

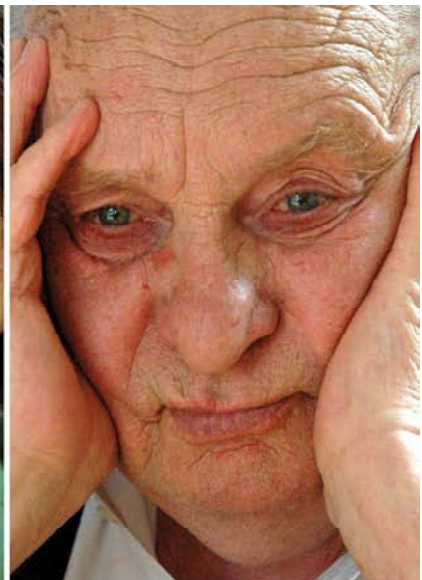
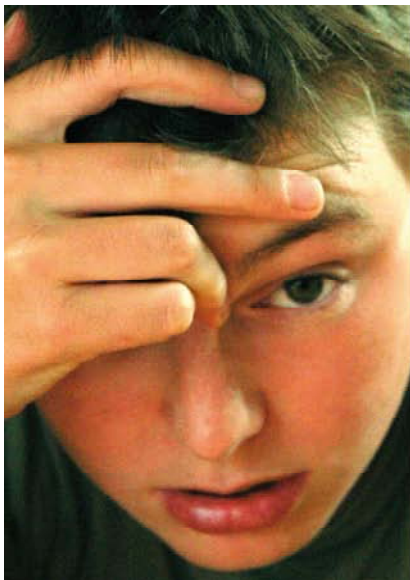
1

Schriften aus der Fakultät Humanwissenschaften
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Sorgen und Grübeln: Zwei Seiten derselben Medaille?

Ein Konzeptvergleich von Worry und Rumination in einer
multizentrischen Studie an Patienten mit Depression und einer
nichtklinischen Vergleichsstichprobe

ANGELA RISCHER



University
of
Bamberg
Press

Schriften aus der Fakultät Humanwissenschaften
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg 1

Schriften aus der Fakultät Humanwissenschaften
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Band 1



University of Bamberg Press 2008

Sorgen und Grübeln: Zwei Seiten derselben Medaille?

Ein Konzeptvergleich von Worry und Rumination
in einer multizentrischen Studie an Patienten mit
Depression und einer nichtklinischen Vergleichsstichprobe

Angela Rischer



University of Bamberg Press 2008

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische
Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de/> abrufbar

Diese Arbeit hat der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg als
Dissertation vorgelegen.

Dekan: Prof. Dr. Heinrich Bedford-Strohm

1. Gutachter: Prof. Dr. Hans Reinecker

2. Gutachter: Prof. Dr. Ludwig Schindler

Tag der mündlichen Prüfung: 10. Dezember 2007

Dieses Werk ist als freie Onlineversion über den Hochschulschriften-Server (OPUS;
<http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/>) der Universitätsbibliothek Bamberg erreichbar. Kopien
und Ausdrücke dürfen nur zum privaten und sonstigen eigenen Gebrauch angefertigt werden.

Herstellung und Druck: digital print, Erlangen
Umschlaggestaltung: Angela Rischer, Barbara Ziegler
Umschlagfotos: Matthias Kronau

© University of Bamberg Press Bamberg 2008
<http://www.uni-bamberg.de/ubp/>

ISSN: 1866-8674

ISBN: 978-3-923507-34-4 (Druckausgabe)

URN: urn:nbn:de:bvb:473-opus-1412

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt

- ◆ Herrn Prof. Dr. Hans Reinecker, der diese Dissertation mit großem Wohlwollen und seinem reichen Erfahrungsschatz betreute, der Türen für die Arbeit mit Patienten öffnete und der mich als Mitbegründer der Selbstmanagement-Therapie in großem Ausmaß beeinflusst hat
- ◆ Herrn Prof. Dr. Ludwig Schindler für seine freundliche Bereitschaft zur Tätigkeit als Zweitgutachter und für das ermutigende Beispiel eines praxisbezogenen Forschers und forschenden Praktikers
- ◆ Herrn Prof. Dr. Johannes Kornhuber, dem Direktor der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, für sein Interesse an der Studie, für die Freiheit zu forschen und für die großzügige finanzielle und personelle Unterstützung während der gesamten Laufzeit des Projekts
- ◆ Herrn Prof. Dr. Jürgen Margraf und Frau PD Dr. Tanja Michael, Basel, für die Anregungen zum Thema, Hilfe bei der Rekrutierung der schweizer Stichprobe und für den konstruktiven wissenschaftlichen Austausch
- ◆ Herrn Dr. Ed R. Watkins, University of Exeter, und Herrn Prof. Dr. Mark H. Freeston, Newcastle University, für ihre freundliche Erlaubnis, das Fragebogenset zu verwenden, abzudrucken und zu veröffentlichen
- ◆ den Klinikdirektoren und Mitarbeitern der beteiligten Einrichtungen, für ihr Entgegenkommen und ihr Vertrauen: Dr. Andrea Eisenberg, Prof. Dr. Johannes Kornhuber, PD Dr. Thomas Kraus, Dr. Robert Meyrer, Dr. Elisabeth Rauh, und Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf. Für die ausgezeichnete Organisation vor Ort danke ich besonders Frau Dipl.-Psych. Ulrike Rupprecht, Bayreuth und Frau Dipl.-Psych. Daniela Tuffner, Staffelstein
- ◆ den Diplomand(inn)en Ines Kollei und Tobias Meister und allen Psycholog(inn)en, die sorgfältig und engagiert an der Datenerhebung und Datenauswertung mitarbeiteten, ganz besonders Marion Schultheiß, Martin Rammrath, Kerstin Schorch, und den Praktikanten cand. psych. Nadia Müller und Martin Zlatev
- ◆ Frau Dipl.-Psych. Christine Glückler für ihre stets kompetente und freundliche Mitarbeit in wichtigen Phasen der Untersuchung
- ◆ meinem Team in der Tagesklinik
- ◆ allen Personen der vorliegenden Studie, die an der Untersuchung teilnahmen und ohne die die Arbeit nicht möglich gewesen wäre
- ◆ Herrn Dr. Dieter Schmelzer, Herrn Prof. Dr. Joachim Demling und Dr. Michael Schieche für fachlichen Rat und Frau Jenifer Marchl-Dingle als Glücksfall einer englisch-deutschen Psychologin und Linguistin für die Übersetzung
- ◆ nicht zuletzt und von ganzem Herzen meinen Eltern und meinen Freunden, die mich immer unterstützen

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	10
2	FORSCHUNGSSTAND	13
2.1	Definitionen von Worry und Rumination	13
2.2	Klinisch relevante ungewollte intrusive Gedanken	16
2.3	Geschichte der Forschung zu Worry und Rumination	20
2.4	Worry und Angststörungen.....	21
2.5	Rumination und Depressionsforschung	23
2.6	Überschneidungen zwischen Worry und Rumination	24
2.6.1	„Vorreiterstudien“ (Papageorgiou & Wells, 1999a).....	25
2.6.2	Worry and Rumination: Repetitive Thought as a Concomitant and Predictor of Negative Mood (Segerstrom, Tsao, Alden, & Craske, 2000)	28
2.6.3	Distinct and Overlapping Features of Rumination and Worry: The Relationship of Cognitive Production to Negative Affective States (Fresco et al., 2002)	29
2.6.4	Appraisals and strategies associated with rumination and worry (Watkins, 2004a).....	30
2.6.5	Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing (Watkins, 2004b)	32
2.6.6	Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population (Watkins et al., 2005)	33
2.6.7	Zusammenfassung der Befunde zu Inhalts- und Prozessmerkmalen bei Worry und Rumination	35
3	THEORETISCHE ANSÄTZE.....	37
3.1	Wiederkehrendes Erinnern, Stimmung und Denken.....	38
3.2	Rumination im Dienst der Zielerreichung	43
3.3	Die Rolle von Metakognitionen im S-REF-Modell.....	48
3.4	Gedankensuppression als dysfunktionale Copingstrategie	54
3.5	Response Styles Theory	58
3.6	Vergleich der theoretischen Erklärungsansätze.....	62
3.7	Fragen zur therapeutischen Relevanz der Modelle.....	66
4	THERAPIEANSÄTZE FÜR WORRY UND RUMINATION	68
4.1.1	Worry bei Generalisierter Angststörung	70
4.1.2	Rumination bei Depression	71
4.1.3	Gedankenstopp-Technik	73
4.1.4	Übergreifende neue Therapieansätze	75
4.1.5	Metakognitive Therapie	76
4.1.5.1	Metakognitive Therapie bei Generalisierter Angststörung	78
4.1.5.2	Metakognitive Therapie bei Depression	79
4.1.6	Mindfulness Based Cognitive Therapy	83

5	STUDIE 1: ÜBERSETZUNG, MODIFIKATION UND ÜBERPRÜFUNG EINES NEUEN FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG VON WORRY UND RUMINATION.....	86
5.1	Auswahl eines Instruments zur Erfassung von Prozessmerkmalen, Metakognitionen und Strategien wiederkehrender Gedanken	86
5.2	Aufbau, Stärken und Schwächen des Fragebogens	88
5.2.1	Itemursprünge und Entwicklung des „Cognitive Intrusions Questionnaire (CIQ, Version 1.1; Freeston et al., 1992).....	89
5.2.2	Die Kritik von Clark (1995) an der psychometrischen Qualität des Cognitive Intrusions Questionnaire.....	92
5.3	Erfassung von Worrygedanken.....	103
5.4	Erfassung von Grübelgedanken	104
5.5	Übersetzung des Fragebogens von Watkins (Watkins et al., 2005)	108
5.6	Modifikation und Optimierung des Fragebogens	110
5.7	Vorstudie zur Generierung neuer Items.....	112
5.7.1	Ziele der Vorstudie	112
5.7.2	Generierung neuer Items.....	113
5.7.3	Diskussion der neu generierten Items	114
5.7.4	Vorstudien zur Verständlichkeit des Fragebogens.....	118
5.8	Überprüfung der Gütekriterien des übersetzten Fragebogens an einer deutschsprachigen Stichprobe.....	118
5.8.1	Gütekriterium Objektivität.....	118
5.8.1.1	Durchführungsobjektivität.....	118
5.8.1.2	Auswertungsobjektivität	120
5.8.2	Reliabilitätsbestimmung	121
5.8.2.1	Durchführung der Retest-Reliabilitätsuntersuchung.....	123
5.8.2.2	Beschreibung der Reliabilitätsstichproben	123
5.8.2.3	Ergebnisse der Reliabilitätsbestimmung.....	128
5.8.3	Überprüfung der Validität.....	130
5.9	Zusammenfassung und Diskussion	130
6	STUDIE 2: INTRASUBJEKTIVER VERGLEICH ZWISCHEN WORRY UND RUMINATION IN EINER NICHTKLINISCHEN STICHPROBE.....	134
6.1	Fragestellungen und Hypothesen	135
6.2	Methode	141
6.2.1	Untersuchungsdesign.....	141
6.2.2	Instrumente	141
6.2.3	Stichprobenkonstruktion.....	145
6.2.4	Untersuchungsdurchführung.....	146
6.2.5	Dateneingabe und Datenverarbeitung.....	147
6.2.6	Auswertungsmethode.....	147
6.3	Ergebnisse.....	149
6.3.1	Beschreibung der gesunden Stichprobe	149
6.3.2	Werte hinsichtlich Depressivität, Angst und Stimmung	152
6.3.3	Voranalysen hinsichtlich gleicher Themen bei Worry und Rumination	155
6.3.4	Merkmale von Worry und Rumination.....	158
6.3.5	Ergebnisse des Vergleichs zwischen Worry und Rumination	163
6.3.5.1	Variablen mit höheren Worry-Werten.....	165
6.3.5.2	Variablen mit höheren Ruminationswerten	168

Inhaltsverzeichnis

6.3.5.3	Variablen ohne signifikante Unterschiede	170
6.3.6	Hypothesenbezug und Vergleich mit der Studie von Watkins et al. 2005	173
6.4	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	176
6.5	Diskussion der Ergebnisse.....	180
6.5.1	Worrytypisches Profil	181
6.5.2	Ruminationstypisches Profil	186
7	STUDIE 3: VERGLEICHE ZWISCHEN WORRY UND RUMINATION AN EINER STICHPROBE VON DEPRESSIVEN PATIENTEN IN EINER MULTIZENTRISCHEN UNTERSUCHUNG	193
7.1	Fragestellung und Hypothesen.....	194
7.2	Methodenteil	195
7.2.1	Untersuchungsdesign	195
7.2.2	Instrumente.....	196
7.2.3	Stichprobenkonstruktion	199
7.2.4	Untersuchungsdurchführung	201
7.2.4.1	Vorbereitung der Durchführung	201
7.2.4.2	Vorbereitung und Training der Untersucher	202
7.2.4.3	Untersuchungsdurchführung	203
7.2.5	Dateneingabe und Datenverarbeitung	204
7.2.6	Auswertungsmethode	205
7.3	Ergebnisse	205
7.3.1	Beschreibung der klinischen Stichprobe	205
7.3.2	Werte hinsichtlich Depressivität, Angst und Stimmung	209
7.3.3	Angaben zur Komorbidität.....	212
7.3.4	Voranalysen zur Themengleichheit.....	213
7.3.5	Ergebnisse der Voranalysen zur Themengleichheit	223
7.3.6	Analysen zur Themenwahl bei der depressiven und nicht depressiven Stichprobe	224
7.3.7	Merkmale für Worry und Rumination.....	228
7.3.8	Ergebnisse des Vergleichs zwischen Worry und Rumination.....	231
7.3.8.1	Variablen mit höheren Worry-Werten	233
7.3.8.2	Variablen mit höheren Werten für Rumination	235
7.3.8.3	Variablen ohne signifikante Unterschiede	236
7.4	Zusammenfassung der Ergebnisse und Hypothesenbezug.....	239
7.5	Diskussion der Ergebnisse	240
8	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER DREI STUDIEN.....	247
9	DISKUSSION DER STUDIEN	249
9.1	Diskussion der Studie 1.....	249
9.2	Diskussion der Studie 2.....	250
9.3	Diskussion der Studie 3.....	253
10	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	257
11	TABELLENVERZEICHNIS.....	258

12	LITERATURVERZEICHNIS	259
13	ANHANG.....	269
13.1	Fragebogenset der Autorin für die empirischen Untersuchungen	
13.2	Instruktionsblatt für die Stichprobe in der Schweiz	
13.3	Originalfragebogenset von Watkins	
13.4	Cognitive Intrusions Questionnaire Version 1.4	

1 Einleitung

Wiederkehrende Gedanken über „Kummer und Sorgen“ können im besten Fall nur lästig sein, im schlimmsten Fall aber regelrecht krankmachen. Bei psychischen Störungen tritt häufig lang anhaltendes Gedankenkreisen auf, das sich verheerend auf Stimmung und Konzentration auswirkt und verhindert, dass die einfachsten Aufgaben in Angriff genommen werden können. Psychische Störungen, die durch sich aufdrängende, quälende Gedanken charakterisiert sind wie Zwangsstörung, Generalisierte Angststörung und Posttraumatische Belastungsstörung, gelten zudem als schwierig zu behandeln oder zählen, wie die Depression, zu den Störungen mit den höchsten Rückfallraten (Purdon, 2005). Diese Patientinnen und Patienten haben das gleiche Dilemma: Was bedeutet es, wenn diese Gedanken immer wieder kommen? Warum kann ich die Gedanken nicht kontrollieren? Was kann ich tun, damit sie aufhören?

Innerhalb der Klinischen Psychologie wurde eine Vielzahl von kognitiven Phänomenen identifiziert, die für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen eine herausragende Rolle spielen. Sowohl Sich-Sorgen-machen (Borcovec, Ray, & Stöber, 1998) als auch depressives Grübeln (Nolen-Hoeksema, 1991) sind in psychiatrischen Populationen erhöht. Grübeln wurde sogar per se als ein Prädiktor für das Auftreten einer Depression identifiziert. Diese kognitiven Phänomene und Prozesse bei unterschiedlichen psychischen Störungen wie Angststörungen oder Depression wurden jedoch bis vor kurzem relativ getrennt voneinander untersucht und nicht aufeinander bezogen. So wurde das Konstrukt „Worry“ (sich Sorgen machen) hauptsächlich im Zusammenhang mit der Generalisierten Angststörung untersucht, während das Konstrukt „Rumination“ (Grübeln) nur hinsichtlich der Depression überprüft wurde. Erst ungefähr ab 1999 wurden vermehrte Anstrengungen unternommen, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Gedankenprozessen und -inhalten bei verschiedenen psychischen Störungen zu untersuchen, mit dem Anspruch, genauere Modellvorstellungen über wiederkehrendes negatives Denken zu erarbeiten, die wiederum die Entwicklung und Überprüfung systematischerer klinischer Interventionen ermöglichen sollten.

Die vorliegende Arbeit schließt sich diesen Bemühungen an und hat zum Ziel, Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Sich-Sorgen-machen und Grübeln zu untersuchen. Dieser Konstruktvergleich ist jedoch nicht nur von theoretischem Interesse, sondern eine ebenso große Rolle spielt die wissenschaftlich begründbare

Einleitung

Planung kognitiver Verhaltenstherapie bei Patienten, die in der Spirale „negativen Denkens“ zu versinken drohen: Ein besseres Verständnis der Beziehung zwischen Grübeln und Sich-Sorgen-machen sollte es gestatten, Aussagen darüber zu treffen, ob spezifische Behandlungsansätze der Generalisierten Angststörung auch relevant für die Behandlung der Depression sind und umgekehrt. Möglicherweise können effektive Behandlungselemente entwickelt werden, die bisher in der Behandlung der komorbiden Angst- und Depressionssymptomatik fehlen. Dabei sind viele Fragen noch ungeklärt. Sind Grübel- und Sorgengedanken überhaupt voneinander unterscheidbar, und müssen sie deshalb unterschiedlich behandelt werden? Gibt es Unterschiede hinsichtlich des Grübelns und Sich-Sorgen-machens bei gesunden Personen und bei Personen mit Depression?

Die Forschung verlief spannenderweise parallel zur Entwicklung und Überprüfung völlig neuer Behandlungsansätze für belastende wiederkehrende Gedanken innerhalb der Kognitiven Verhaltenstherapie, wie beispielsweise der Metakognitiven Therapie von Papageorgiou und Wells und achtsamkeitsorientierten Therapieansätzen. Diese neuen Therapieansätze sind in Deutschland entweder noch relativ unbekannt wie die Metakognitive Therapie, oder ihnen haftet der Ruch des Unwissenschaftlichen an, wie bei den achtsamkeitsorientierten Therapien, die auf buddhistische Meditationspraktiken zurückgreifen. Deshalb ist eine wissenschaftliche Fundierung der grundlegenden Konzepte dysfunktionalen negativen Denkens bei Worry und Rumination zum jetzigen Zeitpunkt unerlässlich, und damit auch das Schaffen einer Basis für eine un-ideologische Interventionsplanung, die wissenschaftlichen Anforderungen von Psychologen genügt.

Kann die klinische Psychologie hier nicht bereits Aussagen zum konzeptuellen Verständnis von Worry und Rumination treffen? Viele der in den Jahren von 1999 bis 2006 veröffentlichten vergleichenden Studien über Sich-Sorgen-machen und Grübeln wurden zunächst, dem damaligen Forschungsstand durchaus angemessen, als Analogstudien durchgeführt. Allerdings hat dies den gravierenden Nachteil, dass diese Studien keine unmittelbaren Rückschlüsse auf eine klinische Population zulassen. In vielen Fällen wurden sogar „nur“ Psychologiestudierende befragt, und in manche Studien wurden ausschließlich Frauen einbezogen, da zu wenige männliche Teilnehmer rekrutiert werden konnten.

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, dem bisherigen Mangel an Repräsentativität Rechnung zu tragen. Deshalb wurde bei der Stichprobenauswahl darauf geachtet, eine gemischte Alters- und Sozialstruktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu

Einleitung

erreichen. Zudem sollte keine weitere Analogstudie durchgeführt werden, sondern die direkte Untersuchung an Patienten sollte zu einer möglichst klaren übertragbaren Aussage führen. Dies ist die erste Multicenter-Studie in Deutschland, die Personen mit einer klinischen Depression zu ihrem Umgang mit Grübeln und Sich-Sorgen-machen direkt befragt. Die dazu notwendigen Forschungsinstrumente sind komplex aufgebaute Fragebögen, die zunächst übersetzt und hinsichtlich der Reliabilität überprüft werden sollen. Nach einem Überblick über wesentliche Forschungsergebnisse und theoretische Ansätze der beiden Konzepte Worry und Rumination sollen im empirischen Teil der Arbeit zwei Fragestellungen untersucht werden:

1. Inwiefern unterscheiden oder überschneiden sich die Konzepte Worry und Rumination bei einer nicht-klinischen, sozial- und altersgemischten Stichprobe?
2. Inwiefern unterscheiden oder überschneiden sich die Konzepte Worry und Rumination bei depressiven Patientinnen und Patienten?

Die Ergebnisse sollen Aufschluss darüber geben,

1. ob die bisherigen Ergebnisse konzeptioneller Untersuchungen an eher kleinen akademischen Stichproben auch einer Überprüfung an einer größeren, sozial- und altersmäßig gemischten Stichprobe standhalten und
2. ob depressive Patienten Grübeln und Besorgnis in ähnlicher Weise wie nicht-depressive Personen unterscheiden oder nicht; und
3. ob die bislang unterschiedlichen Behandlungsansätze für Grübeln und Sorgen aufeinander abgestimmt werden können oder nicht.

Anmerkungen: Wo aus Gründen der Lesbarkeit auf die Nennung beider Geschlechter verzichtet wurde, sind selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint. Ausnahmen, beispielsweise bei geschlechtsspezifischen Ergebnissen, sind kenntlich gemacht. Englische Fachbegriffe werden wie deutsche Substantive groß geschrieben. Alle englischen Textzitate wurden von der Autorin ins Deutsche übertragen.

2 Forschungsstand

Im vorliegenden Kapitel wird die Problematik der getrennten Beforschung von Worry und Rumination beleuchtet: Handelt es sich um sich überschneidende oder getrennte Konzepte? Auf der Grundlage der Definitionen von Rumination und Worry werden Forschungsbefunde zu Worry, Rumination und der gleichzeitigen Untersuchung beider Konzepte dargestellt. Theoretische Ansätze zu Worry und Rumination ergänzen den Forschungsteil. Anschließend erfolgt ein Vergleich der neuesten Ansätze dieses Forschungsbereichs. Inwiefern diese theoretische Diskussion Anregungen für die Therapie intrusiver Gedanken geben, wird abschließend erörtert.

2.1 Definitionen von Worry und Rumination

Während über die Definition von Worry ein relativ breiter Konsens besteht, gibt es in der Fachliteratur viele unterschiedliche Definitionen von Rumination. In jüngster Zeit wird vorgeschlagen, übergeordnete Begriffe wie „*repetitive thinking*“ oder „*intrusions*“ zu verwenden. Auf der Grundlage dieser Überlegungen wird im Anschluss an dieses Kapitel erläutert, welche Definition als Arbeitsdefinition für die vorliegende Studie verwendet wird.

Der englische Fachbegriff *Worry* bezeichnet den Vorgang, den man im Deutschen am ehesten mit „sich Sorgen machen“ übersetzt. „To worry“ bzw. „worrying“ bezeichnet als Verb bzw. Infinitiv den Vorgang des Sich-Sorgen-machens. „Worries“ sind die „Sorgen“ als Substantiv. Der Begriff Besorgnis wird oft analog dazu verwendet, in ihm klingt aber auch die Wortbedeutung als emotionaler ängstlicher Zustand bzw. Persönlichkeitszug mit. In der vorliegenden Arbeit wird der psychologische Fachbegriff *Worry* beibehalten, und auch als „Sich-Sorgen-machen“ oder „sich sorgen“ bezeichnet. Im deutschen Sprachgebrauch haben sich in der wissenschaftlichen Forschung ebenfalls die Begriffe „Worry“, „Sorgen“ bzw. „sich sorgen“ durchgesetzt: „Sorgen sind Gedankenketten, die sich mit möglichen bedrohlichen Situationen beschäftigen. Sie werden begleitet vom Gefühl der Angst und als negativ und belastend erlebt“ (Becker & Margraf, 2002).

Die erste und am häufigsten zitierte Definition von Worry stammt von Borcovec und Mitarbeitern. Sie definieren Worry als

„a chain of thoughts and images, negatively affective-laden and relatively uncontrollable; it represents an attempt to engage in mental problem-solving on an issue whose outcome is uncertain but contains the possibility of one or more negative outcomes“ (Borcovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983).

Worry kann beispielsweise darin bestehen, immer wieder unwillkürlich über die Folgen nachzudenken, die es haben könnte, wenn der Arbeitsvertrag nicht verlängert werden würde, der Partner schwer erkranken oder die Versicherung im Falle eines Unglücks nicht zahlen würde. Ihrer Definition zufolge könnte man beim Sich-Sorgen-machen auch versuchen, vorläufige Lösungen „anzudenken“, wenn der befürchtete Fall eintreffen sollte. Eine andere Definition stammt von Wells:

„Worry is a chain of catastrophising thoughts that are predominantly verbal. It consists of contemplation of potentially dangerous situations and of personal coping strategies. It is intrusive and controllable although it is often experienced as uncontrollable. Worrying is associated with a motivation to prevent or avoid potential danger. Worry itself may be viewed as a coping strategy but can become the focus of an individuals concern“ (Wells, 1999).

Wells bezeichnet Sich-Sorgen-machen als eine Kette katastrophisierender Gedanken hauptsächlich verbal-linguistischer Natur. Sie beinhaltet Überlegungen über potentiell gefährliche Situationen und individuelle Bewältigungsmöglichkeiten. Nach Wells sind diese Gedanken intrusiv, aber kontrollierbar, auch wenn sie von den Betroffenen subjektiv als unkontrollierbar erlebt werden. Sich Sorgen zu machen ist demnach der Versuch, potentiellen Gefahren vorzubeugen oder sie ganz zu vermeiden. Worry kann als Copingstrategie aufgefasst werden, jedoch kann auch das Sich-Sorgen-machen selbst zum Gegenstand katastrophisierender Sorgenketten werden. Dieser letzte Aspekt, das „Doppelgesicht“ von Worry, unterscheidet ihn von der Definition von Borcovec und Mitarbeitern.

Mathews (1990, S.456 f. zit. n. Becker & Margraf, 2002) beschrieb Sorgen als *„einen speziellen Zustand des kognitiven Systems, darauf ausgerichtet, mögliche zukünftige Gefahr zu antizipieren. Eventuelle aversive Ereignisse und Ausgänge werden durchgespielt, während gleichzeitig versucht wird, sie zu vermeiden (...)“*.

Sich-Sorgen-machen gilt per definitionem als primäres Kriterium der Generalisierten Angststörung (GAD bzw. GAS, APA, 1994), kommt aber beispielsweise auch bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (Halligan, Michael, Clark, & Ehlers, 2003) und bei Insomnie (Harvey, 2003a; Harvey & Greenall, 2003) vor.

Der Begriff *Rumination* (lateinisch: *ruminatio* = Wiederkäuen bzw. figurativ wiederholendes Reden) wird mit „Grübeln“ oder „Gedankenkreisen“ übersetzt. Im Englischen bedeutet „to ruminate“ bei Menschen: „to meditate“, „to turn over in the mind“ (Hornby, 1974). In der vorliegenden Studie werden die Begriffe *Rumination* und Grübeln austauschbar verwendet.

Martin und Tesser (1996) schlagen eine relativ breite Definition von *Rumination* vor: *“Rumination is a class of conscious thoughts that revolve around a common instrumental theme and that recur in the absence of immediate environmental demands requiring the thoughts. Although the occurrence of these thoughts does not depend on direct cueing by the external environment, indirect cueing by the environment is likely given the high accessibility of goal-related concepts. Although the external environment may maintain any thought through repeated cueing, the maintenance of ruminative thoughts is not dependent upon such cueing”*. Dieser Definition zufolge können Personen über negative, aber auch positive Inhalte bewusst nachdenken, ohne dass es äußere Hinweisreize dafür gibt. Als kognitive Aktivitäten, die unter den Oberbegriff *Rumination* fallen, werden das Überdenken laufender Angelegenheiten, das gedankliche Durcharbeiten vergangener negativer Ereignisse, Bedauern, sich Sorgen machen, aber auch sich etwas Schönes vorstellen, sich „im Erfolg sonnen“ und Flow-Erleben angeführt (Martin & Tesser, 1996).

Wesentlich enger definiert die einflussreiche Depressionsforscherin Susan Nolen-Hoeksema Grübeln im Rahmen ihrer „Response Styles Theory“. Nolen-Hoeksema definiert depressive *Rumination* als sich wiederholende Gedanken über die Ursachen, Bedeutung und Konsequenzen depressiver Symptome. Nach ihrer Definition ist *Rumination* *„repetitive and passive thinking about one’s symptoms of depression and the possible causes and consequences of these symptoms”* (Nolen-Hoeksema, 1991) und nimmt an, dass der eigene negative emotionale Zustand im Fokus der sich wiederholenden ruminativen Gedanken steht. *Rumination* versteht Nolen-Hoeksema also als ein wiederkehrendes passives Denken an die Symptome der deprimierten Stimmung und auf die Ursachen, Bedeutungen und Konsequenzen der depressiven Symptome. Demnach kann depressive *Rumination* beispielsweise darin bestehen, über Kindheitserlebnisse nachzusinnen und inwiefern sie schuld daran sind, dass es einem gerade schlecht geht, oder darüber nachzudenken, warum man sich so schlapp und lustlos fühlt, wie schlecht sich das auf die eigene Arbeitsleistung auswirkt und dass es vielleicht bedeutet, dass mit einem irgendetwas nicht stimmt.

Neuere Definitionen von Rumination beziehen sich auf den Zusammenhang von Grübeln mit aktuellen Gefühlen von Traurigkeit (Conway, Csank, Holm, & Blake, 2000) oder in der Folge kritischer Lebensereignisse (Alloy et al., 2000; Robinson & Alloy, 2003). Conway et al. (2000) definieren Rumination wie folgt: „*Rumination consists of repetitive thoughts concerning one's present distress and the circumstances surrounding the sadness*“ (S. 404). Entsprechend dieser Definition beziehen sich die Grübelgedanken auf die Ursache oder Beschaffenheit der schlechten Stimmung, und sind weder zielgerichtet noch motivieren sie dazu, nach Lösungen zu suchen. Alloy et al. (2000) schlagen eine Erweiterung der Response Styles Theory von Susan Nolen-Hoeksema um das Konzept der „stress-reactive rumination“ vor. Damit beschreiben die Autoren die Tendenz, nach kritischen Lebensereignissen negative Schlussfolgerungen zu ziehen und darüber zu grübeln (Papageorgiou & Wells, 2004b). Wie dieser Überblick zeigt, legen die Autoren je nach ihrem theoretischen Hintergrund den Schwerpunkt auf unterschiedliche Aspekte des Konzepts Rumination. Wichtig im Rahmen der vorliegenden Studie ist sowohl die fehlende Lösungsorientierung, die Rumination von Prozessen des Problemlösens unterscheidet, wie auch der enge Zusammenhang von Grübeln und depressiver Gestimmtheit.

2.2 Klinisch relevante ungewollte intrusive Gedanken

In bisherigen Definitionen zum Forschungsthema der wiederkehrenden kognitiven Prozesse sind die *Inhalte der Gedanken* meist Teil der Definition des jeweiligen Störungs- oder Krankheitsbegriffs. Bei *Zwangsgedanken* sind es Themen, die wichtigsten persönlichen Werten gefährlich zuwiderlaufen, wie beispielsweise die Angst, das eigene Kind verletzen zu können, oder blasphemische Vorstellungen bei streng religiösen Personen (Reinecker, 1994; 2000). Die verschiedenen *Angststörungen* werden förmlich nach den kognitiven Inhalten definiert und „durchdekliniert“: Angst vor Blamage in sozialen Situationen bei der Sozialen Phobie oder vor eingeschränkten Fluchtmöglichkeiten bei Agoraphobie (Reinecker, 2003). Die Definition der *traumatischen Intrusionen* umfaßt einschließende sinnlich lebhaftes Erinnerungen an die traumatisierende Situation. In den bisherigen Definitionen zu Rumination spielt der inhaltliche Aspekt ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle, wie etwa Definitionen der Rumination als Denken *über* depressive Symptome, Ursachen, Bedeutungen und Folgen (Nolen-Hoeksema, 1991) oder *über* Stress und die Umstände der Traurigkeit (Conway et al., 2000) deutlich machen.

Forschungsstand

Wiederkehrende Sorgen und Grübelgedanken sind kognitive Phänomene, die relativ ungewollt auftreten und mit zielorientiertem Denken und Handeln interferieren. Da sie bei einer Vielzahl psychischer Störungen wie beispielsweise Depressionen, Generalisierter Angststörung, Zwangsstörungen oder auch Posttraumatischen Belastungsstörungen eine signifikante Rolle spielen (Sarason, Pierce, & Sarason, 1996) und bei den Betroffenen einen hohen Leidensdruck erzeugen, sind intrusive Gedanken als *transdiagnostische Kategorie* in den Fokus der klinischen Forschung gerückt. Um den bisherigen Beschränkungen auf den Inhalt der belastenden wiederkehrenden Gedanken zu entgehen, wurden in jüngster Zeit störungsübergreifende Definitionen zu intrusiven (aufdringlichen) Gedanken entwickelt. Themenunabhängig bezeichnen Clark und Rhyno (2005) den Forschungsgegenstand als „*clinically relevant unwanted intrusive thoughts, images or impulses*“ (S.5), also als „klinisch relevante unerwünschte (oder ungewollte) intrusive Gedanken, Bilder oder Impulse“, und sie definieren ihn anhand allgemeiner *Prozessmerkmale*, die in der folgenden Tabelle aufgeführt sind:

Kennzeichen klinisch relevanter unerwünschte intrusiver Gedanken (Clark & Rhyno, 2005); Übersetzung durch die Autorin

- Unterscheidbare, in das Bewusstsein tretende Gedanken, Impulse oder Bilder
- werden als eigene Gedanken attribuiert
- als inakzeptabel oder unerwünscht bewertet
- interferieren mit laufenden Gedanken oder Verhalten/Handlungen
- sind nicht intendiert und nicht volitional oder vom Willen unabhängig
- mit der Tendenz, wiederzukehren und sich zu wiederholen
- beanspruchen sehr leicht Aufmerksamkeitsressourcen, sind hoch ablenkend
- sind mit negativem Affekt verbunden (z.B. Angst, Dysphorie, Schuldgefühl)
- sind schwer zu kontrollieren (loszulassen)

Intrusionen sind demnach einzelne Gedanken, Impulse oder bildhafte Vorstellungen, die ungewollt und wiederholt in das Bewusstsein treten. Sie werden als eigene (und nicht wie etwa bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis als von außen eingegebene) Gedanken identifiziert, sind aber für die Person inakzeptabel. Zudem beeinträchtigen und stören sie aktuelle Tätigkeiten, gehen mit negativen Affekten einher und sind außerdem schwer kontrollierbar beziehungsweise loszuwerden oder loszulassen. Wenn diese Gedanken auftreten, ziehen sie mühelos, ohne dass es dazu Anstrengung von Seiten des Individuums braucht, einen Großteil der Aufmerksamkeit

auf sich, sie „fesseln“ also die Aufmerksamkeit. Diese Definition intrusiver Gedanken ist konsistent mit anderen Forschungsarbeiten (Horowitz, 1975; Rachman, 1981). Sie soll aus mehreren Gründen für die vorliegende Studie als Arbeitsdefinition gewählt werden: Die Definition von Clark und Rhyno ist breit genug angelegt, um einer Untersuchung über Gemeinsamkeiten von Worry und Rumination, also bei zwei bislang ganz unterschiedlich definierten Konzepten, zugrunde zu liegen. Andererseits vermeidet sie Beliebigkeit wie in der großzügigen Definition von Martin und Tesser, die nahezu alle Arten wiederkehrenden Nachdenkens, also etwa auch das mit angenehmen Affekten begleitete Tagträumen, einschließt. Die übergeordnete Definition als intrusive Gedanken bietet sichere Kriterien, um festzustellen, ob man überhaupt wiederkehrendes negatives Denken erfasst: Ungewolltes häufiges Auftreten, Unkontrollierbarkeit, weitgehend egodystone Natur der Gedanken, Aufmerksamkeitsbindung, Interferenz mit „laufenden“ Denk- oder Handlungsprozessen, erschwertes Fallenlassenkönnen der Gedanken. Alle diese Merkmale wurden für Worry und Rumination bereits mit den gängigen Instrumenten und Methoden nachgewiesen. Diese Merkmale könnten in ihrem Ausprägungsgrad bei Worry und Rumination durchaus unterschiedlich sein, erlauben also auch die Erfassung von Unterschieden beider Konstrukte in *einer* Untersuchung. Die Definition enthält darüberhinaus hinreichende Merkmale, um Worry und Rumination beispielsweise von „Ohrwürmern“ oder wiederkehrendem „Nachdenken“ zu unterscheiden: „Ohrwürmer“, z.B. Musikstücke, die einem „nicht aus dem Kopf gehen“, wären nicht mit negativem Affekt und wohl auch nicht an erster Stelle mit einem Bild, Impuls oder Gedanken verbunden. „Nachdenken“ wäre ein volitionaler Prozess. Zumindest sind durch die vorliegende Definition einige hilfreiche „Pflöcke“ auf dem Forschungsweg eingeschlagen.

Andererseits ist das Konzept der Intrusionen nicht ohne Probleme: Es war bislang ein Kind der Forschung von Trauma- und Zwangsstörungen. Von daher hatten Intrusionen bisher die Konnotation, vom Inhalt her widersinnig oder absurd zu sein, was weder bei Rumination noch bei Worry der Fall ist. Clark (2005) gibt selbst ein Beispiel für sein „prototypisches“ Verständnis von Intrusionen an (S.2): Beim morgendlichen Joggen über eine Brücke mit niedrigem Geländer schießt ihm in den Kopf, dass er sich hinunterstürzen könnte. Dies wäre ein Beispiel für die genannte Konnotation von „absurder“ Intrusion. Man wird die Forderung nach Inhaltsleere nicht ganz erfüllen können. Nichtsdestotrotz können Definitionen, die nicht wie bisher wiederkehrende Gedanken über ihren *Inhalt*, sondern über die damit verbundenen Prozesse,

Bewertungen und Rekonstruktionsmechanismen bestimmen, für die Untersuchung von kognitiven *Prozessen* weiterführend sein. Kritisch betrachtet werden muß für Worry und Rumination allerdings der Aspekt des Nicht-Gewollten, Unerwünschten. Hier sollten m.E. in der Definition Veränderungen über die Zeit und eine ambivalente bzw. differenzierte Bewertung zugelassen werden. Begründet wird diese Kritik damit, dass Gedanken mit negativer Valenz *meistens bzw. zu einem bestimmten Zeitpunkt* nicht willkommen sind, denn manche gesunde Personen hegen auch positive Überzeugungen über die Nützlichkeit des Sich-Sorgen-machens, oder tun dies zum Zeitpunkt einer psychischen Störung. So weiß man von Personen mit Schlafstörungen im Vergleich zu Personen ohne Schlafstörungen, dass sie besonders stark davon überzeugt sind, dass ihr nächtliches Sich-Sorgen-machen im Bett zum besseren Einordnen und Verstehen ihrer Probleme beiträgt (Harvey, 2003b; Harvey & Greenall, 2003). Auch wenn beispielsweise Rumination anfangs als aktive Form der Bewältigung eingesetzt wird, kann es zu einem späteren Zeitpunkt doch zu einer veränderten Einschätzung kommen, so dass Rumination als überwiegend belastend erlebt wird, beispielsweise wenn in einer Phase der Depression vermehrte Suizidgedanken auftauchen. Wiederkehrende Suizidgedanken oder Gedanken über die Sinnlosigkeit des Lebens wären in einer schweren Phase der Depression „ich-synton“, während sie in einem gesunden Zustand als „ich-dyston“ eingestuft würden. Hier sollte m.E. (in der Definition) nicht das strenge Merkmal „ungewollt/unerwünscht“ in der Definition verankert werden, sondern es sollte eine differenzierte Bewertung zugelassen werden. Dies fordert z.B. auch Purdon, die das Konzept der „ich-syntonen“ vs. „ich-dystonen“ Kognitionen mit ihren Mitarbeitern überprüft (Purdon, 2005). Andererseits wurde noch nicht berichtet, dass sich Personen wünschen, sie würden sich *mehr* Sorgen machen oder sie würden mehr über Fehler in ihrer Vergangenheit grübeln, so dass das Definitionsmerkmal „unerwünscht“ als zwingend notwendig betrachtet werden muss.

Definitionen bestimmten in der Worry- und Ruminationsforschung maßgeblich den „Ausschnitt“ der zu beobachtenden und zu erfassenden Phänomene. In den Diskussionen um die Studienergebnisse taucht deshalb immer wieder Kritik an den jeweiligen früheren Definitionen auf: Die gebräuchlichen Messinstrumente wie der Penn State Worry Questionnaire (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) oder die Rumination Response Scale (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) sind ja keinesfalls „objektiv“ oder neutral konstruiert, sondern waren stets mit definitions- und theoriegeleiteten Items von Worry oder Rumination bestückt. Deshalb müssen die

Forschungsergebnisse zu Worry und Rumination auch dahingehend beurteilt werden, aus welchem „Hause“ die untersuchten Konzepte stammen und wie sie definiert wurden. In den jüngsten Ansätzen wird von einigen Forscherinnen und Forschern eine Synopse über die verschiedenen Konzeptionen versucht; es geht nun nach Jahrzehnten der detaillierten abgegrenzten Erforschung kognitiver Prozesse um ein Eingliedern der unterschiedlichen Ansätze in ein übergeordnetes Forschungsgebiet. Dieser Versuch spiegelt sich in solchen relativ weit gefassten Definitionen wie der von Clark und Rhyno (2005) wider.

2.3 Geschichte der Forschung zu Worry und Rumination

Aus der psychoanalytischen Perspektive manifestieren sich in unerwünschten Gedanken unbewusste Konflikte, und sie sind nur insofern von Interesse, als dass sie auf die Art des unbewussten Konflikts hindeuten, der die Ursache der Störung darstellt.

In der Verhaltensforschung lehnte z.B. Skinner als Vertreter des Positivismus die Untersuchung von Kognitionen generell ab, da sie nicht direkt vom Untersucher beobachtbar seien. Wolpe sah unerwünschte Gedanken als Stimuli an, die unter Umständen eine aversive Reaktion auslösen, die wiederum aber durch reziproke Inhibition oder Exposition „gelöscht“ werden kann (Wolpe, 1958). Noch bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts hinein wurde Worry lediglich als kognitive Komponente der Angst betrachtet und war deshalb von geringem Interesse. Erst Rachman begann 1971 zu untersuchen, *warum* ein Gedanke eine Angstreaktion auslösen könnte, und analysierte kognitive und emotionale „responses“ bei Zwängen. Als Ende der 70er Jahre Beck sein kognitives Modell der Depression vorstellte, wurde negative Stimmung nicht mehr als durch „die Situation“ selbst ausgelöst betrachtet, sondern als vermittelt über negative Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen der Person zu dieser Situation (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Damit begann ein großes Forschungsinteresse an Gedanken, Bewertungen und Emotionen in der Psychologie. Borcovec und Mitarbeiter (1983) untersuchten die Rolle, die Bewertungen für Angstprozesse spielen, und Foa leistete Pionierarbeit über die Mechanismen verzerrter Kognitionen bei Zwangsstörungen (Persons & Foa, 1984). Erst durch diese Modelle und die daraufhin sich entwickelnde Forschung zu kognitiven Bewertungen (appraisals) wurde die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Depression und Zwangsstörungen überhaupt möglich; einen

ausführlichen Überblick über die Geschichte der Forschung zu Worry und Rumination stellt Purdon dar (Purdon, 2005).

Innerhalb der Klinischen Psychologie wurden seitdem kognitive Prozesse wie Worry und Rumination (aber auch traumatische Intrusionen und Zwangsgedanken) immer detaillierter unabhängig voneinander untersucht – und parallel dazu untersuchten Sozialpsychologen die gleichen kognitiven Prozesse. Clark bemängelt in seinem wegweisenden Buch „Intrusive thoughts in clinical disorders“, dass es im Bereich der kognitiven Prozesse eine ungünstige Grabentrennung sowohl zwischen psychologischen Fachbereichen als auch innerhalb der Klinischen Psychologie selbst gibt (Clark & Rhyno, 2005): *„The social psychologists interested in consciousness and thought flow have pursued their research agenda on thought content quite independent of the clinical research on the same phenomenon. Even within the clinical domain, there has been little cross-fertilization in research on unwanted intrusive thoughts in the context of OCD and the work on cognitive intrusions in other anxiety states such as performance evaluation or test anxiety”* (S.23). Depressionsforscherinnen wie Nolen-Hoeksema und Worry-Experten wie Borcovec haben je eigene Definitionen, Ansätze und Messinstrumente konzipiert. Kognitive Phänomene wurden ausschließlich in ihrem jeweiligen klinischen Kontext untersucht; Worry nur im Zusammenhang mit Angststörungen, Rumination dagegen nur im Zusammenhang mit Depression. In den folgenden beiden Kapiteln wird schlaglichtartig ein kurzer Überblick über die „reinen“ Forschungsansätze gegeben.

2.4 Worry und Angststörungen

Die bisherige Worryforschung stellte häufig den Zusammenhang zwischen ängstlichem Arousal und Worry in den Mittelpunkt. Ausgehend von der Vulnerabilitätshypothese, dass Worry die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Angst erhöht, wurden viele Studien durchgeführt, die zum einen für, zum anderen aber auch gegen diese Hypothese sprechen. So wurde gut belegt, dass Worry das parasympathische Nervensystem dämpfen kann (Borcovec et al., 1998; Thayer, Friedmann, & Borkovec, 1996). Die Herzrate diente in solchen Studien als Indikator für eine verminderte Aktivität des Vagusnervs bzw. des parasympathischen Nervensystems. Es wurde aber im Gegensatz dazu auch gezeigt, dass Worry die Aktivität des Parasympathikus erhöht, und dass Worry mit höherer Aktivierung des zentralen Nervensystems in Verbindung steht. Borcovec und seine Mitarbeiter stellten beispielsweise fest, dass Worry mit intensiveren Angstgefühlen und höherer

Muskelspannung einhergeht (Borcovec et al., 1983). Bei der Generalisierten Angststörung, die im Wesentlichen durch das Auftreten unkontrollierbar scheinender Sorgen definiert wird, wurden bei den Patienten mehr körperliche Symptome von Angst, wie Zittern, Unruhe, Müdigkeit, Spannung und Kurzatmigkeit als bei Patienten mit Sozialer Phobie und mit einer Kontrollgruppe festgestellt (Hoyer, Becker, & Roth, 2001). Neben diesen physiologischen Merkmalen wurden auch kognitive Korrelate von Worry untersucht. So geht Worry mit der Schwierigkeit einher, Sorgengedanken loslassen zu können (Borcovec et al., 1983) und Entscheidungen zu treffen (Siegl, 2006). Kompliziert gestaltete sich die Forschung zu Worry als Vulnerabilitätsfaktor für verschiedene Formen von Ängsten. Dazu wurden oft querschnittlich angelegte Untersuchungen durchgeführt, die letztlich nur Korrelationssaussagen zulassen. Es gibt nur eine sehr begrenzte Anzahl von prospektiven Studien zu Worry, die eine Aussage über Worry als Prädiktorvariable zulassen. In einer Untersuchung von Gana, Martin und Canouet (2001) wurde per Pfadanalyse ermittelt, dass Worry zwar ängstliches Arousal prädizierte, ängstliches Arousal aber kein Prädiktor für Worry war. Angstsymptome wie Worry, die in der Adoleszenz festgestellt wurden, waren ein signifikanter Prädiktor von klinischen Angststörungen, die im Erwachsenenalter auftraten (Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 2005).

Als Schlüsselmerkmale für die Aufrechterhaltung von Worry gelten (1) kognitive Vermeidungsprozesse und (2) Metakognitionen. Das *Vermeiden* von Angst auslösenden bildlichen Vorstellungen, die durch verbales Worrying in Schach gehalten werden können, senkt unangenehmes körperliches Arousal und verhindert das Auftreten von Angst und Panik (Borcovec et al., 1983). Dieser Prozess der negativen Verstärkung kann noch zusätzlich intermittierend verstärkt werden durch das vereinzelte „Wahrwerden“ von Metakognitionen, z.B. der Überzeugung, nur weil man sich gesorgt hat, konnte dem befürchteten Ereignis vorgebeugt werden. Dies ist durchaus plausibel, z.B. werden bei einer Patientin mit Generalisierter Angststörung in den Abendstunden unablässige innere sorgenvolle Selbstgespräche um die Pünktlichkeit des Partners, um Finanzen und berufliche Probleme, um die schulischen Schwierigkeiten der Kinder und mögliche Krankheiten innerhalb der Familie dazu beitragen, sich nicht gleichzeitig allzu lebhaft Schreckensbilder über einen möglichen Verkehrsunfall des Partners in allen Details ausmalen zu können und immer größere Angst entstehen zu lassen (Vermeidung von Angsterleben). Ihre Sorgen werden aber auch zu entsprechenden Vorkehrungen führen, die manchmal tatsächlich erfolgreich verhindern, dass der Partner sich verspätet, z.B. durch einen rechtzeitigen „besorgten“

Anruf (intermittierende Verstärkung von Metakognitionen und Rückversicherungsverhalten).

(1) Gut untersucht wurden deshalb auch die aufrechterhaltenden *Metakognitionen* zu Worry, das heißt, inwieweit Sich-Sorgen-machen hilft, ein Problem zu lösen oder einem unerwünschten Zustand sogar vorzubeugen. Personen mit Generalisierter Angststörung, aber auch solche, die in Extremgruppenvergleichen durch ein hohes Ausmaß an Worry auffielen, scheinen besonders stark davon überzeugt zu sein, dass Sich-Sorgen-machen Vorteile hat, und schreiben ihm eine Schutzfunktion zu. Dies konnte bereits bei Jugendlichen gefunden werden (Gosselin et al., 2007). Das Eintreffen von Befürchtungen bei Worry wurde außerdem vor dem Hintergrund von Erwartungs- x -Werttheorien untersucht. Hier zeigte sich, dass nicht so sehr die angenommene Wahrscheinlichkeit des Eintreffens eines befürchteten Ereignisses, sondern vielmehr die vermuteten „Kosten“ der Konsequenzen, sollte der Gedanke wahr werden, ausschlaggebend für das Ausmaß von Worry waren (Berenbaum, Thompson, & Pomerantz, 2007). Das bedeutet, dass eine wichtige Funktion von Worry das Sichern persönlicher Werte ist, die aktuell bedroht sind.

2.5 Rumination und Depressionsforschung

Die Beeinträchtigungen durch Rumination sind schwerwiegend und in vielen Untersuchungen reproduziert worden (Papageorgiou & Wells, 2004a). In einer langen Reihe von experimentellen und Längsschnittstudien wurde wiederholt gezeigt, dass Rumination in erheblichem Ausmaß zum Risiko für depressive Symptomatik und für depressive Episoden beiträgt. In Laboruntersuchungen, bei denen Rumination bei den Probanden induziert wurde, führte Rumination zu einer längeren und negativeren depressiven Stimmung (Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998; Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Trask & Sigmon, 1999). Darüberhinaus ergaben prospektive Untersuchungen, dass Rumination dazu beiträgt, dass depressive Stimmung und depressive Symptome übermäßig lange persistieren (Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990; Nolan, Roberts, & Gotlib, 1998; Nolen-Hoeksema, McBride, & Larson, 1997; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994). Rumination wurde als Prädiktor- und Mediatorvariable für depressive Symptome identifiziert. So stellt Rumination einen Prädiktor dar für den Beginn einer depressiven Episode (Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 2000) und für schlechtes Ansprechen auf die Behandlung bei depressiven Patienten. Darüberhinaus mediert Rumination die Verbindungen zwischen depressiver Symptomatik und verschiedenen

Risikofaktoren für Depression, so z. B. negativer kognitiver Stil, Selbstkritik und Bedürftigkeit (Spasojevic & Alloy, 2002). Als aufrechterhaltende Faktoren wurden Traitvariablen wie die Tendenz zu Rumination postuliert. Dysphorische Stimmung wurde sowohl als auslösende wie als aufrechterhaltende Bedingung angesehen (s. auch Kapitel 3). Geschlechtsunterschiede bei Rumination medieren die Geschlechtsunterschiede bei Depression. Das heißt, wenn Rumination statistisch für Männer und Frauen kontrolliert wird, verschwinden die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Depression (Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999).

Rumination hat negative Auswirkungen auf die Konzentrations- und Problemlösefähigkeit, sie vermindert Motivation und Handlungsimpulse und trägt damit zum Aufschieben bei, macht verzerrtes Denken und Urteilen wahrscheinlicher, sie verschlimmert Stress und trübt persönliche Beziehungen (Lyubomirsky et al., 1998; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky, Tucker, Caldwell, & Berg, 1999).

2.6 Überschneidungen zwischen Worry und Rumination

Wie eingangs erwähnt, wurde lange Zeit Rumination im Zusammenhang mit Depression sowie Worry im Zusammenhang mit Angst in der klinischen Psychologie untersucht. Aber das repetitive Denken bewegt sich nicht nur in den engen „Störungskategorien“ für Angststörungen oder Depression: Sorgen und Grübeln können, wie die Alltagserfahrung zeigt, miteinander abwechseln, und sie können bei ein und derselben klinischen Störung gleichzeitig vorkommen. Nur in wenigen Studien bisher wurden potentielle Verbindungen zwischen *Worry und Depression* bzw. *Rumination und Angst* untersucht. Diese Studien deuteten darauf hin, dass es sich nicht um völlig getrennte Prozesse handelt: Sich wiederholende, unkontrollierbare Gedankenprozesse tragen zur Vulnerabilität sowohl für das Auftreten von Angst als auch für Depression bei (Borovec et al., 1983; Nolen-Hoeksema, 1991). Bei Patienten mit Major Depression wurde ein erhöhtes Ausmaß an *Worry* festgestellt (Chelminski & Zimmerman, 2003; Starcevic, 1995). In einer etwas älteren Studie wurde gefunden, dass experimentell induziertes Sich-Sorgen-machen *sowohl zu ängstlicher als auch depressiver Stimmung* beitrug (Andrews & Borovec, 1988). Nolen-Hoeksema konnte Rumination als signifikanten prospektiven Prädiktor für Symptome von Depression und Angst gleichermaßen identifizieren (Nolen-Hoeksema, 2000). In dieser Studie waren die Ausgangswerte von Depression und Ängstlichkeit statistisch kontrolliert worden. Zudem scheint Rumination eine Rolle dabei zu spielen, ob man sich nach

einer ängstlichen Stimmung leichter oder schwerer wieder emotional erholen kann: Rumination scheint dafür verantwortlich zu sein, dass eine *ängstliche Stimmung länger* anhält (Blagden & Craske, 1996), jedenfalls unter Experimentalbedingungen. All diese Befunde nährten die Ansicht, dass es sich bei diesen, bisher aus unterschiedlichen Forschungsperspektiven untersuchten kognitiven Phänomenen um miteinander verbundene Prozesse handeln könnte. Symptome der Angst und Angststörungen weisen eine überaus hohe Komorbiditätsrate mit depressiven Symptomen und Depression auf (z.B. Clark & Watson, 1991). Auch aus diesem Grund ist es sinnvoll, gemeinsame Aspekte von Sich-Sorgen-machen und Grübeln anzunehmen (Fresco, Frankel, Mennin, Turk, & Heimberg, 2002). Allerdings ist immer noch unklar, in welchem Ausmaß sich Grübeln und Sich-Sorgen-machen unterscheiden, und wo sich die Konzepte überschneiden. Außerdem ist nicht geklärt, ob diese Konzepte bei Gesunden und bei Patienten gleichermaßen auffindbar sind und das gleiche aussagen. Ist Sich-Sorgen-machen ein Pendant zum Grübeln? Gibt es ein Kontinuum des „normalen“ Grübelns und des Sich-Sorgen-machens, das Patientinnen und Patienten überschreiten? Oder sind die Gedankenprozesse und -inhalte bei Gesunden und Erkrankten qualitativ unterschiedlich?

Beispielhaft sollen im Folgenden sieben aktuelle einflussreiche Studien vorgestellt werden, um in die Fragestellung und das Untersuchungsdesign der geplanten Studie einzuführen.

2.6.1 „Vorreiterstudien“ (Papageorgiou & Wells, 1999a)

Diese beiden Studien werden in allen Folgestudien zu Worry und Rumination immer wieder zitiert, da die untersuchten 17 theoriegeleiteten Merkmale für die weitere Forschung (wie auch für die vorliegende empirische Studie) grundlegend waren. Papageorgiou und Wells verglichen zum ersten Mal in einer gesunden, studentischen Stichprobe (n=69) spontan auftretende depressive (Rumination) und ängstliche Gedanken (Worrying) hinsichtlich ihrer Prozesscharakteristika und metakognitiven Bewertungen. Papageorgiou und Wells stellten Hypothesen auf, die Unterschiede zwischen Worry und Rumination auf Prozess- und auf Metakognitiver Ebene postulierten:

1. Angstbezogene Gedanken sollten zukunftsorientierter und mit Handlungsimpulsen verbunden sein, weil sie eine Alarm- und Vorbereitungsfunktion im Informationsverarbeitungsprozess haben (Eysenck, 1992).

2. Dagegen sollten depressive Gedanken, die sich um Verlust, Hoffnungslosigkeit und Versagen drehen, mit signifikant weniger Problemlöseversuchen und mit weniger Zutrauen in den Erfolg der Problemlösung verbunden sein.

3. Entsprechend des S-REF Modells (Wells & Matthews, 1996) wurde angenommen, dass Metakognitionen signifikant mit der emotionalen Belastung einhergehen.

Die ängstliche Stimmung wurde mittels des Beck Angst Inventars, die depressive Stimmung mit Hilfe des Beck Depressions Inventars erfasst. Die Studierenden sollten zwei Wochen lang ihre wiederkehrenden Gedanken in einem Tagebuch notieren. Die ersten beiden „depressiven“ und die ersten beiden „angstbezogenen“ Gedanken sollten dann eingeschätzt werden bezüglich Inhalt, Dauer und hinsichtlich verschiedener Prozess- und metakognitiver Dimensionen:

1. Dauer
2. Interner/externer Auslöser
3. Verbaler oder bildhafter Inhalt
4. Überzeugung, dass Gedanke stimmt
5. Aufdringlichkeit
6. Freiwilligkeit der Gedanken
7. Kontrollierbarkeit
8. Möglichkeit, Gedanken wegzuschieben
9. Ablenkung durch Gedanken
10. Metaworry
11. Handlungsdrang
12. Aufmerksamkeitsbindung
13. Anstrengung, das Problem zu lösen
14. Vertrauen, dass eine Lösung erzielt wird
15. Vergangenheitsbezug
16. Zukunftsbezug
17. Gegenwartsbezug

Dies war vor der Untersuchung von Watkins und Mitarbeitern (Watkins, Moulds, & Mackintosh, 2005) und der vorliegenden empirischen Studie der Verfasserin die erste Studie, in der Worry und Ruminationsgedanken hinsichtlich dieser 17 Kriterien direkt miteinander verglichen wurden. Ihre Ergebnisse: Alle Probanden hatten mindestens einen Gedanken angegeben, 83,3% hatten mindestens zwei depressive und zwei Angstgedanken in den zwei Wochen notiert. Der Mittelwert im BDI betrug 10,8, der Mittelwert im BAI betrug einen Wert von 12,7. Es ergaben sich fünf signifikante Unterschiede hinsichtlich der metakognitiven Dimensionen und Prozesscharakteristika von Worry- und Ruminationsgedanken. Analog zu Borkovec und Lyonfields konnte gezeigt werden, dass Sorgengedanken hauptsächlich *verbal-linguistisch* ablaufen und nicht als bildhafte Vorstellungen (Borkovec & Lyonfields, 1993). Auch war bei den

Sorgengedanken der *Impuls zu handeln* signifikant größer als bei den depressiven Gedanken. Ruminationgedanken waren signifikant *vergangenheitsorientierter* und verbunden mit *weniger Problemlöseversuchen*. Auch die *Überzeugung, überhaupt eine Lösung finden zu können*, war signifikant geringer als bei den Sorgengedanken. Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass sowohl auf Prozess- wie auch auf metakognitiver Ebene Unterschiede zwischen Sorgen- und Grübelgedanken bestehen.

Im Anschluss überprüften die Autoren mit der gleichen Tagebuchmethode, inwieweit diese Ergebnisse auch für klinische Stichproben gelten, und untersuchten in einer Folgestudie depressive Probanden mit Major Depression (n=15) und Angstpatienten (n=15) sowie eine Kontrollgruppe von 15 Personen. In jeder Gruppe nahmen je 5 Männer und 10 Frauen teil. Die Angaben zu den Stichprobengrößen und Diagnosen wurden der Verfasserin freundlicherweise auf Anfrage von Adrian Wells per eMail im August 2007 mitgeteilt, da die klinische Studie nicht publiziert, sondern nur als Vortrag präsentiert und ohne Stichprobenangaben in einer Zusammenfassung zitiert wurde (Papageorgiou & Wells, 2004b).

Es wurden prozessuale und metakognitive Unterschiede zwischen Rumination und Worry bei Depressiven festgestellt. Im Vergleich zu den Worrygedanken wurden die Ruminationgedanken von der depressiven Stichprobe als von signifikant längerer Dauer beschrieben. Sie waren zusätzlich gekennzeichnet von einer höheren Vergangenheitsorientierung und gingen mit geringeren Problemlöseversuchen und weniger Überzeugung, eine Lösung finden zu können, einher. Nach erfolgter Korrektur des Signifikanzniveaus blieben nur die Unterschiede bezüglich der *Vergangenheitsorientierung* und der *Überzeugung, eine Lösung finden zu können*, bestehen.

Im Vergleich zu den Worrygedanken der Angstpatienten bewerteten die depressiven Patienten ihre Grübelgedanken als länger in der Dauer, als weniger kontrollierbar und sie konnten sie schlechter wegschieben. Die Grübelgedanken waren außerdem assoziiert mit weniger Problemlöseversuchen, geringerem Vertrauen in die Lösbarkeit des Problems und einer stärkeren Vergangenheitsorientierung. Nach Anpassung des Signifikanzniveaus ließen sich noch folgende Unterschiede finden: weniger Problemlöseversuche, geringeres Vertrauen in die Lösbarkeit des Problems und eine stärkere Vergangenheitsorientierung bei den Ruminationgedanken der Depressiven.

2.6.2 Worry and Rumination: Repetitive Thought as a Concomitant and Predictor of Negative Mood (Segerstrom, Tsao, Alden, & Craske, 2000)

Segerstrom und ihre Mitarbeiterinnen beleuchten das Problem der „wiederkehrenden Gedanken“, wie sie den Gegenstand bezeichnen, aus einem anderen Blickwinkel. Sie stellten die Hypothese auf, dass Grübeln und Sich-Sorgen-machen - ungeachtet ihrer spezifischen Inhalte oder Formen - vor allem eine generelle *Begleiterscheinung* bei negativer Stimmung *und* ein *Vorläufer* von *negativer Stimmung* seien.

In einer Querschnittsstudie an 110 Studierenden wurde diese Hypothese bestätigt: Rumination war positiv korreliert mit Angst und Depression, und Rumination und Worry waren interkorreliert ($r=.52$, $p<0,001$). Dieser Befund traf ebenfalls teilweise zu bei Patientinnen und Patienten ($n=40$) einer ambulanten Verhaltenstherapie-Klinik mit heterogenen Diagnosen (vorwiegend Depression und unterschiedliche Angststörungen, aber auch somatische und Zwangsstörungen), wobei Grübeln spezifisch nur mit Depression korreliert war.

In einer zweiten Studie an 90 Studierenden wurden eine Woche vor und nach einem wichtigen Examen die Werte von Angst (BAI), Depression (BDI), Grübeln (Responses To Depression-Rumination; Nolen-Hoeksema, 1991) und Sich-Sorgen-machen (Penn State Worry Questionnaire) ermittelt. Es wurden ebenfalls signifikante Beziehungen im Querschnitt zwischen Grübeln, Angst und Depression festgestellt. Zusätzlich jedoch war Grübeln tatsächlich ein Prädiktor dafür, ob Angst auch noch *nach* der Prüfungssituation erlebt wurde.

Die Autorinnen diskutieren, dass sowohl die Unterbrechung von Zielen (goal interruption), als auch Fehler in der emotionalen Verarbeitung und Fehler in der Informationsverarbeitung zu Grübeln führen können. Diese Prozesse lassen wiederum die negative Stimmung ansteigen und andauern, und resultieren letztlich in einer Zunahme von Angst und Depression. Follow-up-Untersuchungen nicht nur an studentischen Stichproben sind dringend erforderlich, um solchen Zusammenhängen weiter nachzugehen. Der integrative Ansatz, den Segerstrom et al. verfolgen, erscheint dabei weiterführend: Grübeln und Sich-Sorgen-machen könnten zwei Seiten einer Medaille darstellen. Nicht Bewertungen und Strategien, sondern die „aufgerufene“ Stimmung könnten eine Person veranlassen, vermehrt stimmungskongruente Kognitionen zu produzieren.

2.6.3 Distinct and Overlapping Features of Rumination and Worry: The Relationship of Cognitive Production to Negative Affective States (Fresco et al., 2002)

Trotz der Ähnlichkeiten in den Definitionen und Beschreibungen von Sich-Sorgen-machen und Grübeln wurde das Konstrukt des Sich-Sorgen-machens am häufigsten in Verbindung mit Angst, insbesondere auch bei Generalisierter Angststörung, untersucht, während Grübeln in der bisherigen Forschungstradition im Zusammenhang mit depressiver Stimmung und Depression untersucht wurde. Die Unterscheidung dieser beiden kognitiven Konstrukte wurde bisher trotz der hohen Komorbiditätsraten von Angst und Depression aufrechterhalten. Die Studiengruppe um Fresco (Fresco et al., 2002) hatte sich deshalb zum Ziel gesetzt, die unterschiedlichen und sich überlappenden Merkmale dieser Konstrukte genauer zu erfassen, aber auch ihre spezielle Beziehung zu Depression und Angst zu untersuchen.

748 College-Studenten nahmen an der Studie teil. Als Messinstrumente wurden die Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; T. J. Meyer et al., 1990), der Response Style Questionnaire (RSQ; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) und die Mood and Anxiety Questionnaire Short Form (MASQ; Watson & Clark, 1991) eingesetzt. Die Items der Worry- und Grübel-Skalen wurden einer Faktorenanalyse unterzogen, die eine 4-faktorielle Lösung aus zwei Sorgen- und zwei Grübel-Faktoren ergab. Herausgefiltert wurden ein Worry-Engagement-Faktor für Sich-Sorgen-machen und ein „Dwelling on the negative“ (Verweilen-im-Negativen)-Faktor für das Grübeln. Die Werte auf diesen Faktoren korrelierten hoch miteinander und zeigten gleich starke Verbindung sowohl zu Angst als auch zu Depression.

Die Befunde dieser Studie unterstützen die Annahme, dass es sich bei Sich-Sorgen-machen und Grübeln um eng miteinander in Beziehung stehende, aber dennoch unterschiedliche kognitive Prozesse handelt, die sich in gleicher Weise auf Angst und Depression auswirken könnten. Fresco et al. regen deshalb eine neue Konzeptualisierung dieser bisher getrennt beforschten Prozesse an, die unter dem Begriff „repetitive thinking“ die Grenzen bisheriger Worry- und Ruminationsdefinitionen überschreiten sollten.

Fresco et al. vermuten, dass *Worry und Rumination*, also *beide* Prozesse, eine *Vermeidungsfunktion* erfüllen. Dies war von Borcovec zunächst nur für Worry postuliert worden (Borcovec et al., 1983). So stellt das Verweilen im Negativen eine eher passive Fokussierung auf den gegenwärtigen Stimmungszustand dar, und könnte ähnliche Vermeidungsfunktionen haben wie Sich-Sorgen-machen. Durch Sich-Sorgen-

machen scheint das Vermeiden von „echter“ Angst (mit dem entsprechenden physiologischen arousal) gut zu gelingen, was aber mit einer blockierten affektiven Verarbeitung erkauft wird (Borcovec et al, 1983). Wenn aber die affektive Verarbeitung gestört ist, wird die Auswahl der adaptiven Coping-Ressourcen ebenfalls dysfunktional. Hingegen scheint der Faktor „Active Cognitive Appraisal“, der weniger als Verweilen-im-Negativen mit Depression und Angst korreliert war, funktionaler für die affektive Verarbeitung und Handlungsplanung zu sein, so dass Angst und depressive Stimmung womöglich nur kurz andauern. Darüber hinaus können Grübeln und Sich-Sorgen-machen nacheinander oder abwechselnd ablaufen und sich gegenseitig immer wieder triggern, um die oben erwähnten kurzfristig positiven, langfristig aber schädlichen Folgen zu zeitigen.

Die anregende Studie von Fresco und Mitarbeitern wird in ihrer Aussagekraft limitiert durch das Querschnittsdesign und die nicht-klinische Stichprobe. Deshalb sollten zukünftige Forschungsansätze längsschnittlich angelegt sein und Patientinnen und Patienten mit klinischen Störungen einbeziehen.

2.6.4 Appraisals and strategies associated with rumination and worry (Watkins, 2004a)

Die Studie von Watkins zielte darauf ab, neuere Forschungsüberlegungen zu überprüfen, ob bestimmte Bewertungen und kognitive Strategien als Antwort auf intrusive Gedanken mit einer gesteigerten Tendenz zum Grübeln bzw. Sich-Sorgen-machen einhergehen. 148 freiwillige Teilnehmer ohne klinische Symptome wurden mit dem Cognitive Intrusions Questionnaire hinsichtlich ihrer Bewertungen und Strategien zu Sorgen und Grübeln untersucht. Außerdem wurde bei ihnen die Tendenz zum Grübeln mit dem Response Style Questionnaire und die Tendenz zu Sich-Sorgen-machen mit dem Penn State Worry Questionnaire erfasst. Bei beiden Instrumenten handelt es sich um Standardverfahren der Ruminations- respektive Worryforschung, mit ausreichend belegten Gütekriterien. Die Ergebnisse zeigten, dass eine erhöhte Tendenz zum Grübeln einhergeht

- mit einem höheren Bedürfnis, eine Situation zu verstehen,
- mit einer höheren persönlichen Bedeutung dieser Situation, und
- mit Strategien, eine Situation zu analysieren und bei den Gründen und der Bedeutung dieser Situationen zu verweilen.

Eine erhöhte Tendenz zum Sich-Sorgen-machen war assoziiert

- mit einem höheren Grad an Unbehagen und Ärger darüber, dass dieser Gedanke sich aufdrängt, und
- mit der Strategie, einen beunruhigenden Gedanken durch einen anderen unangenehmen Gedanken zu ersetzen.

Diese Korrelationsergebnisse sind konsistent mit Metakognitiven Ansätzen (Watkins & Baracaia, 2001), mit dem Ansatz der Zieldiskrepanzen bei Grübeln (Martin & Tesser, 1996) und mit kognitivem Vermeiden bei Sich-Sorgen-machen (Borcovec et al., 1998). Die Studie unterliegt in ihrem Aussagegehalt drei Einschränkungen, die jedoch für viele der bisherigen Untersuchungen zutreffen. Erstens: Die Aussagen wurden durch Instrumente erfasst, in denen nur bestimmte Aspekte der Worry- bzw. Ruminationstendenz berücksichtigt wurden. Zum Beispiel hebt der Rumination Scale Questionnaire von Nolen-Hoeksema und Morrow (1991) vor allem darauf ab, eine generelle Reaktion auf bedrückte und traurige Stimmung zu erfassen, während Grübeln natürlich noch eine Vielzahl weiterer Formen und Themen umfassen kann. Neben der Tatsache, dass standardisierte Fragebögen für die untersuchten Personen nur eine begrenzte Themenwahl vorgeben, kommen die bekannten Einschränkungen durch retrospektive Erinnerungsfehler dazu. Hier wurde angeregt, in phänomenologischen Studien eine möglichst unmittelbare „Zeitlupen“-Denkweise zu erfassen, die weitere Details liefern können, die nicht erfasst werden können. Die zweite Einschränkung für den Transfer der Ergebnisse ist die Stichprobe an sich, eine rein studentisch-akademische Personengruppe. Watkins schlägt deshalb eine Überprüfung dieser Befunde an klinischen Samples von Patientinnen und Patienten mit Depression oder Generalisierter Angststörung vor. Drittens: Durch eine Querschnittsuntersuchung mit Korrelationsergebnissen, und seien sie auch konsistent mit den genannten Ansätzen, lassen sich keine Aussagen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge oder eine etwaige dritte Moderatorvariable treffen. Watkins schlägt deshalb experimentelle Studien vor, in denen die Variablen Grübeln und Sich-Sorgen-machen gezielt verändert werden. Mit der experimentellen Arbeit über adaptives und maladaptives Grübeln während emotionalem Coping bei (vermeintlichem) Versagen löste er ein Jahr später selbst diesen Anspruch ein (Watkins, 2004a).

2.6.5 Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing (Watkins, 2004b)

Grübelnde Selbstfokussierung auf die negative Stimmung, auf Probleme und andere Aspekte des Selbsterlebens kann maladaptive Konsequenzen haben und Depression aufrechterhalten, oder aber adaptive Konsequenzen haben, die eine Erholung nach beunruhigenden Ereignissen fördern. Forschungsbefunde zeigten, dass diese gegensätzlichen Effekte dann erklärbar werden, wenn man von unterschiedlichen Spielarten der grübelnden Selbstfokussierung ausgeht, die wiederum verschiedene Funktionen erfüllen (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Watkins & Baracaia, 2001).

Die Studie von Watkins überprüfte folgende Hypothese: Fördert ein wahrnehmungs- und erlebensorientierter Modus der selbstfokussierten Aufmerksamkeit („experiential mode“) eine schnellere Stimmungsverbesserung nach einem negativen Ereignis als ein ursachenexplorierend-bewertender Modus („conceptual-evaluative mode“)? Einfacher ausgedrückt: Wird man eher noch bedrückter, wenn man versucht, *Gründe und Folgen* für ein frustrierendes Erlebnis einzuschätzen und dabei *Bewertungen* vornimmt? Oder hebt es die Stimmung, stattdessen zu überlegen, *auf welche Weise* ein frustrierendes Erlebnis abgelaufen ist und was man dabei wahrgenommen und gefühlt hat?

Dazu wurde bei 69 Versuchspersonen schlechte Stimmung induziert durch die Information, dass sie in einem für ihre weitere Ausbildung wichtigen Test (scheinbar) schlecht abgeschnitten hatten. Dann wurde die Hälfte der Versuchspersonen aufgefordert, einen Bericht darüber zu verfassen, was ihrer Meinung nach zu diesem schlechten Ergebnis geführt hatte, welche Bedeutung und welche Konsequenzen dieses Ergebnis nun haben würde und aus welchen Gründen sie sich jetzt so schlecht fühlten („Bewerter“, conceptual-evaluative mode, bewertender Modus). Die zweite Gruppe sollte schriftlich darlegen, wie sie sich von Moment zu Moment während der Testdurchführung gefühlt hatte, wie sie den Test angegangen waren, auf welche Weise sie überlegt hatten, um die Antworten zu finden und wie sie sich momentan fühlten („Beobachter“, experiential mode, empirischer Modus).

Es konnte die Hypothese bestätigt werden, dass die Gruppe der „Bewerter“ eine höhere Tendenz zum Grübeln aufwies und dass bei ihnen Grübeln noch 12 Stunden nach dem vermeintlichen Misserfolg mit einem beträchtlichen Stimmungstief assoziiert war. Zudem erlebten die „Bewerter“ häufigere aufdringliche Gedanken (Intrusionen) über den Misserfolg. Sie wiesen darüberhinaus höhere Werte bei

kognitivem Vermeidungsverhalten bezüglich des Tests auf als die „Beobachter“, d.h. sie versuchten vehementer, nicht an den Test zu denken.

Diese Ergebnisse stützen die oben erwähnte Annahme, dass es sinnvoll ist, Grübeln zu differenzieren, und zwar in unterschiedliche Modi der Selbstfokussierung mit unterschiedlicher Funktionalität: In einen konzeptuell-bewertenden Modus, der dysfunktional oder maladaptiv ist, und einen funktionalen oder adaptiven Modus, der zu einer schnelleren Stimmungsverbesserung nach einem aversiven, persönlich relevanten Ereignis führt. Es ist für die Grundlagen- aber auch für die klinische Forschung wichtig, den Modus der selbstfokussierten Verarbeitung (processing) einer Person zu erkennen, da dieser Modus wiederum viele weitere kognitive, affektive und Verhaltens-Prozesse beeinflussen kann: Übergeneralisierte Erinnerungsfehler, intrusive Gedanken, negative Stimmung, sowie auch die Problemlöseperformanz in sozialen Situationen. Nicht zuletzt spielen Informationsverarbeitungsprozesse in der kognitiven Verhaltenstherapie eine große Rolle.

2.6.6 Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population (Watkins et al., 2005)

Watkins und Mitarbeiterinnen knüpfen in dieser Diskussion um die Bestimmungsstücke von Worry und Rumination und die Schnittmenge dieser kognitiven Inhalte und Prozesse an Überlegungen von Papageorgiou und Wells an.

Papageorgiou und Wells (1999) erkennen an, dass es eine ganze Reihe von Ähnlichkeiten bei depressivem Grübeln und Sich-Sorgen-machen gibt, betonen aber auch wichtige Unterschiede hinsichtlich der jeweiligen Prozesse und Meta-Kognitionen. In einer von ihnen untersuchten nicht-klinischen Stichprobe waren ruminative Gedanken assoziiert mit geringerem verbalem Inhalt, weniger Bemühung um Problemlösung, weniger Vertrauen in eine Problemlösung, und mehr Retrospektion als sorgenvolle, ängstlich getönte Gedanken. Diese Unterschiede könnten möglicherweise *Prozeß*-Unterschiede zwischen Grübeln und Sich-Sorgen-machen widerspiegeln. Ein wichtiger positiver und neuer Aspekt dieser Studie war, dass für jeden einzelnen Gedanken sowohl dessen *Form* (z.B. verbal vs. bildhaft), dessen *Inhalt* und dessen *meta-kognitive Dimensionen* gleichzeitig erfaßt wurden.

Watkins kritisiert an dieser Studie lediglich die relativ kleine Stichprobe und die Tatsache, dass Sich-Sorgen-machen und Grübeln nicht direkt untersucht wurden (Watkins et al., 2005). Er betont, dass keine der bisherigen Studien, die Grübeln und Sich-Sorgen-machen erfassen und vergleichen, *sowohl Form und Inhalt dieser*

Prozesse als auch Emotionen, Bewertungen und Strategien, die damit verbunden sind, *im Zusammenhang* untersuchte. Eine einzige Untersuchung, die diesen Ansatz verfolgt, wurde von Langlois, Freeston und Ladouceur (2000a) vorgelegt, die allerdings Sich-Sorgen-machen und Zwangsgedanken miteinander verglichen. Eine detaillierte Evaluation der Form, der Emotionen, der Bewertungen und Strategien im Umgang mit diesen Gedanken wäre jedoch hilfreich, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede in *Inhalt und Prozess* von Grübeln und Sich-Sorgen-machen zu bestimmen. In seiner Untersuchung bezog Watkins deshalb genau diese Variablen „im Verbund“ ein, um mögliche Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen grüblerischen und sorgenvollen Gedanken bestimmen und vergleichen zu können. Dabei wollte er insbesondere die von Papageorgiou und Wells vertretene Hypothese der Prozessdifferenzen testen, diesmal jedoch in einem Design, das eine direkte Untersuchung von Grübeln und Sich-Sorgen-machen ermöglichte (Papageorgiou & Wells, 2001a).

Watkins und Mitarbeiterinnen befragten 149 ausschließlich weibliche Mitarbeiterinnen und Studentinnen des psychologischen Instituts der Universität London und Teilnehmer einer Summer School der Open University in Milton Keynes, Großbritannien, per Fragebogen und mittels der Untersuchungsmethode von Langlois et al. (2000). Die anfänglich in die Untersuchung rekrutierbaren männlichen Teilnehmer waren zahlenmäßig so gering, dass sie aus statistischen Erwägungen heraus ausgeschlossen wurden ($n=44$). Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen betrug 34,9 Jahre ($SD = 11,0$), sie waren damit älter als die üblichen „undergraduate“ (Vordiplom-) Studierenden. Angaben über die soziale Schicht der Befragten werden nicht genau expliziert, es findet sich lediglich die Angabe: „The sample (...) consisted of a wider range of backgrounds and employment than a normal undergraduate sample.“ (S. 1579). Die Teilnehmerinnen erhielten den Fragebogen per Post, eMail oder direkt. Jede Teilnehmerin erhielt insgesamt drei modifizierte Fragebögen, den Worry Domains Questionnaire (WDQ; Tallis et al., 1992) für Sorgenthemen, und die Ruminative Response Scale (RSQ; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) und sollte je einen typischen wiederkehrenden Gedanken auswählen und notieren. Anschließend sollte sie dann mittels des modifizierten Cognitive Intrusions Questionnaire (Langlois et al., 2000a) Fragen zu diesen beiden Gedanken beantworten. Dabei waren z.B. Dauer, begleitende Emotionen, Bewertungen dieses Gedankens und Copingstrategien anhand einer 10-stufigen Likertskala einzuschätzen. Die erfragten Merkmale schlossen auch die 17 Merkmale der „Vorreiterstudien“ von Papageorgiou und Wells ein (s.

2.6.1). Um etwaige Reihenfolgeeffekte auszuschließen, wurde der Fragebogen in zwei Versionen dargeboten, so sollte eine Hälfte der Probandinnen die CIQ-Fragen zuerst zum Worry-, die andere Hälfte zuerst zum Ruminationsgedanken beantworten. Falls es sich bei beiden identifizierten Gedanken erkennbar um das gleiche Thema handelte, wurden diese Daten von der weiteren Analyse ausgeschlossen.

Signifikante intra-individuelle Unterschiede ergaben sich bei folgenden 7 Variablen: *Chronizität, Unpleasantness (unangenehmer Inhalt), Gefühle der Unruhe und Unsicherheit und Zukunftssorientierung für Worry; Realität des Problems und Vergangenheitssorientierung für Rumination*. Darüber hinaus ergaben sich keine signifikant unterschiedlichen Bewertungen und Strategien im Umgang mit Grübeln und Sich-Sorgen-machen.

Diese Ergebnisse stehen in Kontrast zu der anfangs skizzierten früheren Untersuchung von Watkins (2004), bei der sich unterschiedliche Bewertungen und Strategien bei Grübeln und Sich-Sorgen-machen herauskristallisiert hatten. Watkins und Mitarbeiterinnen folgern, dass sich Sich-Sorgen-machen und Grübeln weit weniger unterscheiden als bislang angenommen. Sich-Sorgen-machen und Grübeln unterscheiden sich nur in 7 von insgesamt 53 Variablen. Im Vergleich dazu hatten Langlois et al. mit der von ihnen entwickelten Methode bei 34 von 38 Variablen Unterschiede bei kognitiven Gedanken zwischen Worry und Obsessive-Compulsive-Disorder-gefunden. Der vorliegende Befund ist also eher konsistent mit Forschungsansätzen von Segerstrom und Mitarbeitern, die unterschiedliche Inhalte, aber ähnliche Prozesse bei Worry und Rumination postulieren (Segerstrom et al., 2000).

2.6.7 Zusammenfassung der Befunde zu Inhalts- und Prozessmerkmalen bei Worry und Rumination

Obwohl es inzwischen einen allgemeinen Konsens darüber gibt, dass Sich-Sorgen-machen und Grübeln einen gewissen Überlappungsgrad aufweisen, gibt es unterschiedliche Ansichten darüber, wie ähnlich Grübeln und Sich-Sorgen-machen hinsichtlich Inhalt und Prozess tatsächlich sind. Grübeln (Nolen-Hoeksema, 1991) und Sich-Sorgen-machen (Borcovet et al., 1998) sind Formen des wiederkehrenden negativen Denkens, die bei der Aufrechterhaltung von Depression und Generalisierter Angststörung (GAS bzw. GAD im Englischen) eine Rolle spielen. Borcovet et al. (1998) vermuteten: „*depressive rumination may be similar in process and content to the worrisome thinking studied in GAD*“ (S. 569). Depressives Grübeln ist häufig

signifikant korreliert mit Sich-Sorgen-machen. Dies wurde an Studien bei Studenten (Fresco et al., 2002; Segerstrom et al., 2000) und Patienten festgestellt. Weiterhin fanden Segerstrom et al. (2000), dass sowohl Sich-Sorgen-machen als auch Grübeln mit wiederkehrendem Denken signifikant korrelierten. Sie verlegten sich aus diesem Grund auf den Begriff „repetitive thinking“. Deshalb vertreten sie die These, dass zwar Inhalte und Zielorientierung bei Sich-Sorgen-machen und Grübeln verschieden sind, andererseits aber Sich-Sorgen-machen und Grübeln möglicherweise denselben Gedankenprozessen unterliegen und sich darin nicht unterscheiden. Papageorgiou und Wells (1999, 2001) hingegen erkennen zwar an, dass es eine ganze Reihe von Ähnlichkeiten bei depressivem Grübeln und Sich-Sorgen-machen gibt, geben aber dennoch zu bedenken, dass es wichtige Unterschiede hinsichtlich der Prozesse und Meta-Kognitionen gibt, und folgern: „worrying is a process that overlaps with but differs from rumination“ (Papageorgiou & Wells, 2001, S. 15). „Depressive“ Gedanken waren zwar in manchen Aspekten ähnlich wie Sorgen, konnten aber durchaus von ihnen unterschieden werden. „Depressive“ Gedanken waren bei einer von ihnen untersuchten nicht-klinischen Stichprobe (Papageorgiou & Wells, 1999a) assoziiert mit geringerem verbalem Inhalt, weniger Bemühung um Problemlösung, weniger Vertrauen in eine Problemlösung, und mehr Retrospektion als sorgenvolle, ängstlich getönte Gedanken. Diese Unterschiede könnten möglicherweise *Prozess-*Unterschiede zwischen Grübeln und Sich-Sorgen-machen widerspiegeln. Trotz der klinischen Bedeutung dieser Prozesse sind die *Mechanismen*, auf denen Grübeln und Sich-Sorgen-machen basieren, immer noch nicht ausreichend untersucht worden. Dies liegt wohl auch an der Verwendung unterschiedlicher Forschungsinstrumente, die die Befunde so schlecht vergleichbar machen: Die Palette erstreckt sich vom „Tagebuch“ wie bei Papageorgiou und Wells, dessen Erfassungsmodi gar nicht bekannt sind, über experimentelle Täuschungsmanöver an Studierenden, deren kurzfristige Auswirkungen dann mittels unterschiedlichster Fragebögen erfaßt werden hin zu Fragebogenuntersuchungen an kleinen Patientenstichproben, deren Instrumente aufgrund ihrer Itemkonfundierung mit Krankheitssymptomen kritisiert wurden. Alle Forscherinnen und Forscher eint jedoch die Forderung am Schluss ihrer jeweiligen Publikation, Worry und Rumination doch künftig an klinischen Stichproben zu untersuchen und nicht nur Extremgruppenvergleiche bei gesunden hochselektiven Stichproben anzustreben.

3 Theoretische Ansätze

Theoretische Modelle in der Klinischen Psychologie werden in der Regel danach beurteilt, wie weitreichend ihr Erklärungsanspruch ist, wie „sparsam“ und elegant sie erklären und wie gut sie überprüfbar sind. Als weitere Erfolgskriterien sind reproduzierbare Ergebnisse der tatsächlichen empirischen Prüfung von daraus abgeleiteten Hypothesen und die Anregung von Therapieansätzen in der Klinischen Psychologie zu nennen, die dann wiederum überprüft in die Theoriebildung einfließen sollen. Die folgende Auswahl der theoretischen Ansätze der vorliegenden Arbeit ist von der Überlegung geleitet, welche relevanten Merkmale des wiederkehrenden Denkens hinsichtlich ihrer *Mechanismen* erklärt werden müssen. Wichtige Definitionsmerkmale sind (Clark & Rhyno, 2005): Die Gedanken sind wiederkehrend, unerwünscht und unkontrollierbar, sie sind hoch ablenkend und sie sind mit „negativen“ Gefühlen verbunden – ob sie nun eher ruminativen oder Worrycharakter haben. Mit dieser Gliederung soll die Ebene der Inhaltsspezifität überstiegen werden, und es kann geprüft werden, welche theoretischen Ansätze für Worry und Rumination gleichermaßen tauglich wären, und bei welchen sich keine Integration abzeichnet. Durch welche theoretischen Ansätze kann also erklärt werden, dass bestimmte Gedanken mit negativer Valenz (Sich-Sorgen-machen und Grübeln) immer wiederkommen und ständig erinnert werden, obwohl sie unerwünscht sind, und man sich gegen sie sträubt?

(1) Aus welchen Gründen sind Gedanken überhaupt *wiederkehrend*, werden besonders „gut“, wenn auch ungewollt, *erinnert*? Dazu sollen im ersten Teil (3.1) Ansätze aus der Grundlagenforschung zu Stimmung, Aufmerksamkeit und Erinnern vorgestellt werden.

(2) Welche theoretischen Ansätze fokussieren besonders die *Bewertungsebene*, nämlich dass die Gedanken als *unerwünscht* bzw. *ambivalent* oder ganz im Gegenteil als positiv und funktional für eine Problemlösung bewertet werden? Dazu werden im zweiten Abschnitt a) die Goal Attainment Theory, die eine Verletzung von als wichtig bewerteten Zielen als eine Grundlage von Ruminationsprozessen postuliert (3.2) und b) das S-REF-Modell von Matthews und Wells bzw. das Metakognitive Modell von Papageorgiou und Wells für Worry und Rumination vorgestellt (3.3).

(3) Im dritten Teil werden Ansätze vorgestellt, die dysfunktionale *Bewältigungsstrategien* in den Mittelpunkt für Worry bzw. Rumination stellen. Der

Aspekt, dass Gedanken scheinbar *unkontrollierbar* wiederkehren, und damit ein zentrales Bedürfnis (nach Kontrolle bzw. Kontrollüberzeugung) verletzen, kann ironischerweise besonders gut durch die Copingstrategie der absichtlichen *Gedankensuppression* (3.4) erklärt werden. Die einflussreiche *Response Styles Theory* von Nolen-Hoeksema soll als Schlußstein in diesem letzten Teil dargestellt werden, da hier ebenfalls die Reaktionen auf wiederkehrende Gedanken zentral für das Erklärungsmodell sind (3.5).

3.1 Wiederkehrendes Erinnern, Stimmung und Denken

Wie lässt sich erklären, wie es statt zum Vergessen einer störenden Information zu wiederholtem unwillkürlichem „Daran-Denken“ kommt? Aus welchen Gründen können Worry und Rumination nicht, wie andere Gedanken, allmählich in den Hintergrund treten?

Für die Forschungen zu Stimmung und Erinnern waren neurologische Studien und Modelle grundlegend. So wurde ein enger Zusammenhang zwischen Langzeitgedächtnis und limbischem System gefunden, der die essentielle Bedeutung von Emotionen, Bedürfnissen, Trieben und willentlichen Einflüssen für Erinnerungsprozesse unterstreicht (Kornhuber, 1973). Das aus dem Bereich der psychologischen Forschung zu Informationsverarbeitung und Gedächtnis stammende semantische Netzwerkmodell von Bower (Bower, 1981) wurde in der Klinischen Psychologie rezipiert. Dieses Modell wird auch für die enge Verbindung von Rumination und negativem Affekt herangezogen (z.B. bei Nolen-Hoeksemas Response Styles Theory). Bower nahm an, dass Emotionen und Erinnerungen in Netzwerkverbindungen miteinander verknüpft sind. Emotionen sind die Organisations-„Knoten“ in diesem Netz. Demzufolge würden die Emotionen Traurigkeit und Ängstlichkeit je einen Knotenpunkt darstellen. Von diesem Knotenpunkt aus erfolgt die Erregungsausbreitung entlang des Netzwerks zu damit assoziierten Gedächtnisinhalten. Diese beinhalten Erinnerungen an Vorkommnisse, in denen die entsprechende Stimmung bereits vorher aufgetreten ist; diese Erinnerungen werden nun aktiviert und können bewusst erinnert werden, insbesondere, wenn entsprechende „cues“ (Hinweisreize) gleichzeitig vorliegen. Andere Knotenpunkte, also Emotionen, die nicht mit Traurigkeit oder Ängstlichkeit verbunden sind wie Freude können gleichzeitig weniger gut aktiviert werden. Sie sind in diesem Moment der Netzwerkaktivierung schlecht zugänglich.

Das Modell von Bower besticht durch seine Plausibilität im Alltag: Wer sich über jemanden ärgert, dem fallen spontan noch weitere Ereignisse ein, in denen diese Person früher auch schon Grund zum Ärger gab. Wer sich hingegen in bester Laune auf einem Fest befindet, wird sich schwertun und länger brauchen, um ernsthaft ärgerliche Vorfälle im letzten Jahr zu erinnern. Wenn hingegen Hinweisreize (cues) vorhanden sind, können diese Vorfälle leichter erinnert werden, z.B. wenn die Person auch auf dem Fest erscheint, die für den Ärger verantwortlich war.

Bei Worry und Rumination denken Personen hauptsächlich an *emotional besetzte* Themen: Bei Sorgen sind es Themen wie die eigene Gesundheit oder die nahestehender Personen, Leistungsanforderungen, die eigenen finanziellen Angelegenheiten und nahe Beziehungen (Tallis & Eysenck, 1994). Ruminationsgedanken drehen sich um Verlusterfahrungen und persönliches Scheitern. Rumination und Worry könnten also gleichermaßen im Netzwerkmodell von Bower erklärt werden, sie können immer wieder dysphorischen Affekt zur Folge haben und diesen immer wieder über eine Feedbackschleife aufrechterhalten (s. auch Response Styles Theory, 3.5).

Informationen, die emotional negativ besetzt sind, können *besonders leicht unter schlechter Stimmung abgerufen* werden. Diese auch als „Stimmungskongruenz“ bezeichnete Beobachtung führte dazu, dass Teasdale in diesem Zusammenhang die „differential activation hypothesis“ formulierte: Die internalen Netzwerk-Verknüpfungen, die während einer Depression zusammen auftraten, also z.B. „schlechte Stimmung“ und „negative Bewertungen und übergeneralisierte Erinnerungen“, sind unter der schlechten Stimmung extrem gut miteinander assoziiert worden. Die Netzwerkverbindungen wurden in der depressiven Episode „gut ausgebaut“, haben somit alle Voraussetzungen für eine schnelle Datenübertragung und aktivieren diese Verbindungen bei emotionaler Erregung besonders schnell. Deshalb können sie nach dem Abklingen einer Depression schon bei leichter Dysphorie, z.B. einer alltäglichen Enttäuschung, besonders leicht zugänglich sein und sofort reaktiviert werden (Teasdale & Barnard, 1993). Diese Hypothese lag vielen Untersuchungen dieser Forschungsgruppe zu rezidivierender Depression zugrunde.

Untersuchungen im Experiment und Alltagserfahrungen zeigen, dass Ereignisse, die emotional besetzt sind, generell *besser und häufiger erinnert* werden als Ereignisse, bei denen Emotionen weniger beteiligt sind. „Gute“ und „schlechte“ Erlebnisse werden besser erinnert als neutrale. Collegestudentinnen und -studenten, die in einem

Tagebuch emotionale Ereignisse festhalten sollten, stellten zu einem späteren Zeitpunkt intrusive Erinnerungen an positive und negative Erlebnisse fest, und zwar abhängig vom Ausmaß der Emotionen: Je heftiger die Emotionen, desto intrusiver die Erinnerungen. Es gibt experimentelle Befunde, dass die Erinnerung an negative Ereignisse sogar *detaillierter erinnert* wird als die an positive (Ochsner, 2000): Personen, die gebeten worden waren, sich an vorher gezeigte Photos über ein lächelndes Baby, ein entstelltes Gesicht oder ein Gebäude (als neutralen Reiz) zu erinnern, taten dies qualitativ unterschiedlich für die positiven und negativen Bilder. Wie erwartet, erkannten sie einige Zeit später die positiven und die negativen Bilder sicherer wieder als das neutrale Bild. Als die Teilnehmer begründen sollten, warum sie glaubten, in dem späteren Test die Bilder wiederzuerkennen, konnten sie viel spezifischere Einzelheiten über ihre Emotionen und Gedanken angeben, die sie beim Betrachten des Bildes mit dem entstellten Gesicht gehabt hatten, als beim positiven Babyfoto.

Emotionale Informationen ziehen die *Aufmerksamkeit* schnell und mühelos auf sich, um den Preis, dass Umgebungsinformationen vernachlässigt werden. Ein Extrembeispiel dafür ist der sogenannte „Waffenfokus“: Nach einem Banküberfall können Unbeteiligte im Schalterraum, wenn eine Waffe auf sie gerichtet worden war, die Waffe überaus deutlich beschreiben und erinnern, aber keine Beschreibung der beteiligten Personen oder anderer peripherer Umstände abgeben (Loftus, 1979). Der Effekt, dass emotionale Information Vorrang vor inhaltlicher Information hat, wurde als „Stroop-Effekt“ in vielen Experimenten belegt (Klieger & Cordner, 1990; MacLeod, 1992): Die Versuchspersonen sehen eine Tafel, auf der das Wort „grün“ in blauer Farbe, das Wort „blau“ in gelber Farbe und das Wort „rot“ in roter Farbe geschrieben ist. Die Aufgabe ist, die Farben, in denen die Wörter geschrieben sind, möglichst schnell zu benennen. Versuchspersonen brauchen signifikant länger, um die Farben blau und gelb als die Farbe rot zu benennen. In dem Bruchteil von Sekunden, den man braucht, um ein Wort zu lesen, wird seine emotionale Bedeutung abgerufen und bewertet. Dies beeinflusst, wie es benannt und enkodiert wird. Ähnliche Experimente wurden durchgeführt mit dem Vorlesen von Wörtern wie „Freude“ und „traurig“ im Vergleich zu „naß“ – Personen, die schlechter Stimmung waren, brauchten länger beim Wort „Freude“ als beim Wort „traurig“ oder „naß“ (MacLeod, 1992; Williams, Mathews, & MacLeod, 1996). Der Stroop-Effekt ist bei Personen mit emotionalen Störungen am besten untersucht, bei gesunden Personen tritt er nicht zuverlässig reproduzierbar auf.

Der jeweilige Stimmungszustand hat einen enormen Einfluss darauf, welche Erinnerungen *abgerufen bzw. verzerrt rekonstruiert* werden. Die Stimmungskongruenz von Gedächtnisinhalten wurde aus dem Modell von Bower heraus abgeleitet und in vielen Studien untersucht (Rusting, 1999). In glücklicher Stimmung treten eher positiv besetzte Ereignisse in Erinnerung als an negative Erfahrungen, bei schlechter Stimmung ist es umgekehrt. Insbesondere das autobiografische Gedächtnis scheint für „schlechte Laune“ besonders anfällig zu sein. Bei einer Untersuchung an Collegestudenten wurde eine Gruppe in besonders schlechte Stimmung versetzt, die andere nicht (Lyubomirsky et al., 1998). Anschließend erhielten sie entweder eine Ablenkungsaufgabe, die ihre Aufmerksamkeit von der schlechten Stimmung weglenken sollte, oder eine Grübelaufgabe, sich intensiv mit ihrem derzeitigen (schlechten) Energie- und Stimmungszustand zu befassen, und darüber nachzudenken, was dazu geführt haben könnte, dass sie zu der Person wurden, die sie jetzt waren. Unter der Bedingung der düsteren Stimmung führte die Grübelaufgabe zu einem Abruf von signifikant mehr negativen autobiografischen Erinnerungen als unter der Ablenkungsaufgabe.

Auch für *dysfunktionale Kommunikationsprozesse* kann über das Modell von Bower gut erklärt werden, warum beispielsweise die Interpretation des Verhaltens des Ehepartners so abhängig von der aktuellen Stimmung ist, und warum das autobiografische Gedächtnis während einer Phase chronischer Verstimmung zwischen den Partnern vorwiegend Erinnerungen an frühere negative Erfahrungen mit dem Partner „einspielt“ (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 1980).

Besonders brisant wirkt sich das sogenannte „*übergeneralisierte autobiografische Gedächtnis*“ für depressive Patienten aus. Mark Williams (1996) fand, dass schwer depressive Patienten auf positive Wortreize (z.B. „glücklich“) oder negative Wortreize (z.B. „betrübt“) selten detaillierte Erinnerungen an konkrete spezifische Vorfälle angeben konnten. Die oben beschriebenen Ergebnisse von Ochsner (2000) weisen jedoch darauf hin, dass gerade negative Ereignisse besonders detailliert wiederholt werden. Gesunde Personen können auf positive wie auf negative Wortreize schnell ein konkretes Ereignis nennen („als meine Tochter laufen lernte“; „als mein Italienurlaub im Frühjahr ins Wasser fiel“). Depressive Patienten reagierten beispielsweise auf das Wort „glücklich“ mit „mein Vater“ und auf das Wort „betrübt“ mit „wenn ich etwas falsch mache“. Williams vermutet, dass eine kleine Enttäuschung bei depressiven Personen negative übergeneralisierte Erinnerungen und entsprechend negative

Rumination auslösen kann („noch nie hat mich jemand wirklich gemocht“), was dann zum Entschluß beitragen könne, sich das Leben zu nehmen. Studien zur Gehirnaktivität depressiver Patienten können Hinweise auf mögliche hirnorganische Grundlagen zu persistierenden übergeneralisierten Erinnerungen liefern (Davidson, Abercrombie, Nitschke, & Putnam, 1999).

Patienten mit einer schweren depressiven Episode, die immer wieder Suizidgedanken haben, können eventuell deshalb so schwer narrative Strukturen aufbauen und zusammenhängend erzählen, weil ihre ruminativen Gedanken um übergeneralisierte negative Erinnerungen kreisen. Damit können sie die positiven Effekte des Erzählens oder Aufschreibens nicht nutzen, um sich von negativen Erlebnissen zu erholen. Während das einsame Grübeln über schmerzliche Erlebnisse zu destruktivem Verhalten führen kann, wirkt die Offenbarung anderen gegenüber oder schon das Aufschreiben bei Gesunden erstaunlich günstig: Pennebaker, der mit seinen Mitarbeitern Studien zu Tagebuchschreiben und Selbstöffnung durchführte, stellte positivere Stimmung, bessere Immunfunktionen und sogar über die Zeit weniger Arztbesuche fest, wenn verstörende Erfahrungen über mehrere Tage hinweg aufgeschrieben oder anderen mitgeteilt wurden (Pennebaker, 1997).

Zusammenfassend läßt sich feststellen, dass die „frühe“ Modellvorstellung von Bower (1981) immer noch die Forschung zu Stimmung und Denken anregt, da sie sich zur Erklärung psychologischer Vorgänge zu Stimmung und Denken mit der Netzwerk- und Knotenmetapher an Erregungsvorgänge der Nervenzellen anlehnt und die *Emotion* als übergeordnete Instanz für Inhaltsspeicherung und -abruf in den Mittelpunkt stellt. So beruft sich die Response Styles Theory für die Erklärung von Rumination auf dieses Modell (Nolen-Hoeksema, s. Kap. 3.5). Rumination wird durch eine (vorausgesetzte!) dysphorische Stimmung über emotionale „Knotenpunkte“ mit Erinnerungsinhalten verbunden, hat wiederum dysphorischen Affekt zur Folge und hält diesen immer wieder über eine Feedbackschleife aufrecht. Das Modell von Bower ist allerdings relativ schwierig zu belegen, da bei einer Beobachtung zum Zeitpunkt x nicht klar ist, ob die aufgetretene Dysphorie nun der „Trigger“ oder die Begleiterscheinung negativer wiederkehrender Gedanken war (s. auch Segerstrom et al., Kap. 2.6.2).

Neben Rumination könnte jedoch auch Worry gleichermaßen vor dem Hintergrund des Netzwerkmodells von Bower (1981) erklärt werden. Gesunde Menschen machen sich meist um hoch emotional besetzte Themen mit Bedrohungspotential Sorgen, die ihre

unmittelbare Lebensumwelt betreffen. Eine leicht ängstliche Grundstimmung könnte zum Aktivieren von angstbesetzten Gedächtnisinhalten führen, so dass z.B. Sorgen um die eigene Gesundheit oder um die Qualität naher Beziehungen (Tallis et al., 1994) stimmungskongruent aufrechterhalten werden. Die Grundlagenbefunde zur Kongruenz zwischen Stimmung und Denken sind äußerst wichtig geworden für die Behandlung rezidivierender Depression (vgl. Kap. 4). Diese enge Verbindung zwischen Stimmung und Denken muß folglich „gelockert“ werden, möchte der depressive Patient nicht hilflos seinen Stimmungen ausgeliefert bleiben. Insofern sind Grundlagenbefunde zum stimmungsabhängigen selektiven Erinnern und zum übergeneralisierten Gedächtnis wichtige Wegweiser nicht nur für die weitere Forschung, sondern auch für therapeutische Interventionen.

3.2 Rumination im Dienst der Zielerreichung

Einen anderen Ansatz verfolgte die Forschergruppe um Martin und Tesser (1989): Hier werden Unterbrechungen in der Zielorientierung des Individuums als konstituierende Faktoren für wiederkehrende Gedanken angenommen. Ihre Goal Progress Theory greift dabei den Zeigarnik-Effekt auf: Danach werden unabgeschlossene Aufgaben länger im Gedächtnis behalten als fertig gestellte Aufgaben (Zeigarnik, 1927, 1938). Rumination ist demnach die Tendenz, über Ziele nachzudenken, die noch nicht erreicht wurden und dient dazu, alternative Wege zum Ziel zu formulieren, die Erwünschtheit des Zieles neu zu evaluieren oder das Verhalten in Relation zu verschiedenen Zielen zu verändern. Wie in Kapitel 2.1 dargestellt, verwenden Martin und Tesser eine äußerst weit gefasste Definition von Rumination.

Grübelprozesse werden nach der Auffassung des Zielunterbrechungsansatzes als endlose Feedback-Schleifen konzipiert, die mit entsprechenden cerebralen Strukturen korrespondieren. Wenn ein Problem nicht auf dem Routineweg bewältigt werden kann und ungelöst bleibt, werden beim Nachdenken verschiedene Prozesse in Gang gesetzt. Zum einen wird das Ziel hinterfragt, zum anderen werden die nicht mehr funktionierenden Strategien zur Zielerreichung überprüft und Alternativen aus dem bisherigen „Wissen“ gesucht. Dazu müssen in der rechten und linken Hemisphäre des Gehirns Prozesse ablaufen, die eine „geordnete“ Produktion von Gedanken ermöglichen und nicht-relevante Ziele und Gedanken unterdrücken. Im geschilderten Ablauf sind beim Grübeln mehrere Störgrößen aktiv, die einen „Rebound-Effekt“ bewirken können. Zum einen werden unterschiedliche Ziele von einer Person

unterschiedlich gut definiert („eine Rechenaufgabe lösen“ vs. „erfolgreich sein“) und bereiten damit vor, zu welchem Zeitpunkt ein Problem als „gelöst“ anzusehen ist. Zum anderen ist die Stimmung beim Problemlösen ein äußerst kritischer Faktor für die Effektivität des Problemlösens. Die Stimmung ist darüber hinaus noch mitentscheidend dafür, wann das Problemlösen abgebrochen wird, d.h. ab wann eine sogenannte Stop-Regel eingesetzt wird. Stop-Regeln sind Teile einer intraindividuellen Heuristik, ab wann es sich noch lohnt oder eben nicht mehr lohnt, über etwas nachzudenken, um das Ziel zu erreichen, und beinhalten implizite Kriterien, wann ein Problemlösefortschritt erzielt worden ist. Stop-Regeln sind also Regeln für das „Aussteigen“ aus einer Problemlösesequenz. So wird etwa die Regel „Finde so viele Lösungen wie möglich“ zu einem späteren Abbruch führen als die Regel „Finde eine Lösung, die funktioniert“. Mit Hilfe dieses Modells kann geprüft werden, ob das Vorausdenken vieler möglicher Problemstellungen und ihrer potentiellen Lösungen zur Aufrechterhaltung der Sorgen bei einer Generalisierten Angststörung beiträgt, wenn die Regel „Finde so viele Lösungen wie möglich“ angewendet wird. Dieser Ansatz wurde hauptsächlich experimentell überprüft. Dies liegt eventuell auch daran, dass Martin und Tesser kein Fragebogeninstrument entwickelten, das es erlauben würde, eine große Anzahl von Probanden auf ökonomische Weise damit zu untersuchen.

Martin und Tesser sowie Startup und Davey erweiterten die Zielerreichungstheorie um neuropsychologische Ansätze aus der Hemisphärenforschung, die für das Verständnis von Rumination relevant sein können (Startup & Davey, 2001). Im Folgenden soll dargestellt und diskutiert werden, welche Parallelen zwischen dieser Spezialisierung der Hemisphären und der Zielerreichungstheorie bestehen. Die beiden sogenannten Hemisphären des menschlichen Gehirns haben sich im Laufe der Evolution auf unterschiedliche Funktionen in der Verarbeitung spezialisiert. Beispielsweise ist die linke Hemisphäre unter anderem auf die Verarbeitung menschlicher Sprache spezialisiert (Gazzaniga, 2000; Meyer & Peterson, 2000; Rotenberg & Weinberg, 1999; Tomarken & Keener, 1998). Die Funktion von Stop-Regeln und der Zugriff auf Alternativlösungen wurde im Zielorientierungsansatz verknüpft mit neueren Erkenntnissen der Hemisphärenforschung (Martin, Shrira, & Startup, 2004). Um ein Ziel zu erreichen, sind zwei unterschiedliche Fähigkeiten notwendig: Zum einen muss das Ziel fokussiert bleiben, auch unter möglicher Frustration und Ablenkung. Zum anderen muss die Möglichkeit bestehen, sich von der Verfolgung eines Zieles abzulenken, z.B. wenn bestimmte Strategien zur Zielerreichung nicht greifen und der Wechsel zu alternativen Strategien indiziert ist. Diese beiden Fähigkeiten können auf

die beiden Hemisphären abgebildet werden. Die linke Hemisphäre verwendet eher internale Repräsentationen (z.B. Schemata), um Verhalten in Richtung Zielerreichung zu lenken. Mögliche Diskrepanzen werden unterdrückt. Die rechte Hemisphäre bearbeitet eher Diskrepanzen vom gewünschten Ziel, z.B. wenn bestimmte Strategien zur Zielerreichung fehlschlagen. Aktivierung der rechten Hemisphäre ermöglicht dann einen Wechsel zu alternativen Strategien. Die Zielbearbeitung erfolgt hierbei nicht durch schon existierende internale Repräsentationen, sondern aufgrund von Hinweisen aus der externen Umwelt. Wird ein neues Verhalten gelernt, so wird dieser Lernprozess zunächst von der rechten Hemisphäre gesteuert. Ist ein Verhalten gut gelernt bzw. wird ein Ziel erreicht, wird das gelernte Verhalten dann intern in der linken Hemisphäre repräsentiert und Ruminieren wird beendet.

Die Tendenz der rechten Hemisphäre, eine verwendete Repräsentation zu verwerfen und die Situation von einer anderen Perspektive zu betrachten, ist mit der Konzeption des Grübelns nach dem Zielerreichungsansatz gut vereinbar. Der Zielerreichungsansatz besagt, dass Personen, die Schwierigkeiten haben, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, zu Grübeln beginnen und die Situation von einer anderen Perspektive aus zu betrachten. Ungelöste Probleme werden somit in der rechten Hemisphäre gespeichert und verwendet, um alternative Strategien zu generieren. Somit wäre die rechte Hemisphäre der Lokus des Zeigarnik-Effekts (Bowden & Beeman, 1998).

Falls diese Parallelen zwischen Ruminieren und der Funktion der Hemisphären stimmen, sollte aktives Grübeln mit erhöhter Aktivierung der rechten Hemisphäre im Vergleich zur linken Hemisphäre einhergehen. Diese Vorhersage wurde in einem Experiment von Bowers und Heilman sowie Milner et al. getestet (Bowers & Heilman, 1980; Milner, Brechmann, & Pagliarini, 1992). Hierbei wurde der „Rebound-Effekt“ untersucht. Dies ist der paradoxe Effekt, der eintritt, nachdem man aktiv den Gedanken z.B. an einen „rosa Elefanten“ unterdrückt hat: In der Folge taucht der unterdrückte Gedanke spontan häufiger auf, und zwar wesentlich häufiger, als wenn er nicht vorher unterdrückt wurde. Wegner et al. erklären diesen Effekt damit, dass man den Gedanken wiederum ins Bewusstsein rufen muss, um zu entscheiden, ob man gerade daran denkt (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987). Diese wiederholte Überprüfung erhöht die Zugänglichkeit des Gedanken. Selbst wenn Individuen dann die aktive Unterdrückung beenden, ist die Zugänglichkeit des Gedanken erhöht im Vergleich zu dem Fall, in welchem gar keine Unterdrückung stattfand. Nach der

Zielerreichungstheorie ist der Rebound-Effekt das Versagen, das übergeordnete Ziel zu erreichen, nämlich den Gedanken zu unterdrücken und resultiert somit in erhöhter Rumination (da nun ständig eine unerledigte Aufgabe vorliegt).

Bezüglich der zerebralen Aktivierung wird vorhergesagt, dass die linke Hemisphäre darin spezialisiert ist, Gedanken, die nicht zentral bezüglich des aktuellen Verarbeitungsziels sind, zu unterdrücken. Daher sollte die linke Hemisphäre initial mehr aktiviert werden, wenn Personen versuchen, einen Gedanken zu unterdrücken. Schlägt die versuchte Gedankenunterdrückung fehl, erleben Personen eine Abweichung ihrer Intention und es erfolgt eine Aktivierung der rechten Hemisphäre, welche Informationen über ungelöste Aufgaben beibehält (Gedanke „rosa Elefant“) und der Rebound-Effekt entsteht. Dies wurde in einem Experiment untersucht, in welchem Personen zunächst über ein beliebiges Thema nachdenken sollten (Baseline-Erhebung). Dann sollten sie den Gedanken an einen „rosa Elefanten“ unterdrücken. Im Anschluß daran sollten sie wieder an etwas anderes denken.

Die Aktivierung der Hemisphären wurde anhand des Liniendurchstreichtests gemessen. Die Aufgabe der Probanden bestand darin, auf einem Blatt Papier mit einer Markierung in der Mitte eine Linie mit einer bestimmten Länge zu zeichnen. Wird hierbei z.B. die linke Seite länger gezeichnet als die rechte, so wird dies als ein Indikator für erhöhte Aktivierung der linken Hemisphäre im Vergleich zur rechten Hemisphäre gewertet. Die Untersucher fanden, dass sich bei Personen mit der Instruktion, einen Gedanken zu unterdrücken, die Aktivierung der linken Hemisphäre im Vergleich zur Baseline erhöhte. Sollten sie nach der Gedankenunterdrückung hingegen an etwas anderes denken, war die rechte Hemisphäre mehr aktiv.

In weiteren Experimenten konnte gezeigt werden, dass Personen, welche momentan ihre Lebensziele nicht erreichen, eine erhöhte Aktivierung der rechten Hemisphäre zeigten. Sie wiesen außerdem eine verstärkte Aktivierung der rechten Hemisphäre auf unabhängig davon, ob sie einen bestimmten Gedanken unterdrücken oder aufrechterhalten sollten (vgl. Martin, Shira & Startup, 2004). Dies wird so interpretiert, dass diese Personen mit erhöhter Aktivierung der rechten Hemisphäre eine erhöhte Vulnerabilität aufwiesen zu grübeln. Diese Experimente belegen, dass Grübeln mit erhöhter Aktivierung der rechten Hemisphäre im Vergleich zur linken Hemisphäre einhergeht und bestätigen somit die postulierten Parallelen zwischen Grübeln und Funktion der Hemisphären.

Müssen Personen die Zielerreichung ohne objektive Standards abschätzen, z.B. wenn das Ziel ungenau ist („gesund sein“), verwenden sie, wie oben bereits ausgeführt, sogenannte subjektive Stop-Regeln. Startup und Davey (2001) untersuchten insbesondere zwei Regeln, die „enough stop rule“ („Genug-Stopp-Regel“) und die „Enjoy-Stop-Regel“ („Genuß-Stopp-Regel“). Bei der „Genug-Stopp-Regel“ wird das Grübeln beendet, wenn subjektiv genug über das Problem nachgedacht wurde und genügend Fortschritt zur Zielerreichung erreicht wurde; bei der „Genuß-Stopp-Regel“ wird das Grübeln beendet, wenn die Person entscheidet, dass das Grübeln keinen Spaß mehr macht. Die jeweilige Stimmung einer Person interagiert mit diesen Regeln: Während Personen in positiver Stimmung mit der „Genuß-Stopp-Regel“ länger grübeln, ist dies für die „Genug-Stopp-Regel“ eher der Fall für Personen mit negativer Stimmung. Ein interessantes Ergebnis war, dass Personen, die sich generell viele Sorgen machen und eher in schlechter Stimmung sind, eher die „Genug-Stopp-Regel“ verwenden und (daher) länger grübeln. Bezüglich der Hemisphären ist die Aktivierung der rechten Hemisphäre eher mit höherem negativem Affekt assoziiert, mit höherer negativer Selbstbewertung, sowie mit mehr Pessimismus und Verlangsamung von Handlungen. Wenn somit Personen sich nicht auf etablierte Routinen beziehen können (linke Hemisphäre), um ein Ziel zu erreichen, suchen sie nach Alternativen. Diese Suche ist mit erhöhter Aktivierung der rechten Hemisphäre assoziiert, was ebenfalls einhergeht mit erhöhtem negativem Affekt und Rumination.

Diese Studien zur zerebralen Lateralität und Funktionalität unterstützen die Postulate der Zielerreichungstheorie. Die angeführten Studien können allerdings dahingehend kritisiert werden, dass eher sehr globale Messungen zur zerebralen Lateralität wie die Linienhalbierungsaufgabe verwendet wurden. Gerade im Zeitalter moderner Bildgebungsverfahren des menschlichen Gehirns, z.B. durch Anwendung der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRI) könnten die postulierten Zusammenhänge zwischen zerebraler Lateralität und Rumination insbesondere zur spezifischen Aktivierung von Gehirnarealen wesentlich genauer untersucht werden (de Zubicaray, Andrew, Zelaya, Williams, & Dumanoir, 2000). Beispielsweise wurden im Zusammenhang mit Depressionen veränderte Aktivierungen des präfrontalen Kortex, des anterioren cingulären Kortex, des Hippocampus und der Amygdala gefunden. Trotzdem ist der Versuch positiv zu bewerten, kognitive Prozesse wie das Grübeln mit einer neuropsychologischen Basis zu untermauern.

3.3 Die Rolle von Metakognitionen im S-REF-Modell

Das so genannte Self-Regulatory Executive Function (S-REF) Modell von Adrian Wells und Gerald Matthews (Wells & Matthews, 1996) ist prozessorientiert und postuliert ein komplexes Zusammenspiel von drei unterschiedlichen Verarbeitungsebenen, die über reziproke Feedbackschleifen miteinander verbunden sind. Das Modell betont die Stellung von Metakognitiven Beliefs und Copingprozessen für die Entstehung und Aufrechterhaltung ruminativer Gedanken. Metakognition bezieht sich auf den Aspekt des Informationsverarbeitungssystems, das Inhalte und Prozesse seiner selbst überwacht, interpretiert, bewertet und reguliert (Wells, 2000). Auswahl und Ausführung von Rumination oder Worry sind wechselseitig verbunden mit speziellen metakognitiven Beliefs und Prozessen. Perseverierendes negatives Denken ist laut S-REF-Modell deshalb problematisch für die emotionale Selbstregulation, weil es vielfache Auswirkungen auf Prozesse der unteren Ebene und auf Prozesse der strategischen Operationen hat, die für die Umstrukturierung des Self-Knowledge und für die Entwicklung effektiver Bewältigungsstrategien zuständig sind. Das Modell betrachtet Rumination und Worry also als Copingstrategien, die kontraproduktive Folgen für das Abklingen affektiver Störungen haben und emotionale Erholung verhindern.

Wells und Matthews schlagen mit dem S-REF-Modell eine Brücke zwischen Rumination und Selbstregulationsprozessen. Sie versuchen außerdem, die Modellvorstellungen anderer Forscherinnen und Forscher (wie Nolen-Hoeksema; Wegner; Martin & Tesser) zum Teil zu integrieren. Als Selbstregulationsmodell hat das Modell seine Wurzeln im Transaktionalen Bewältigungsmodell (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). Dazu sollen vorab einige Grundzüge skizziert werden.

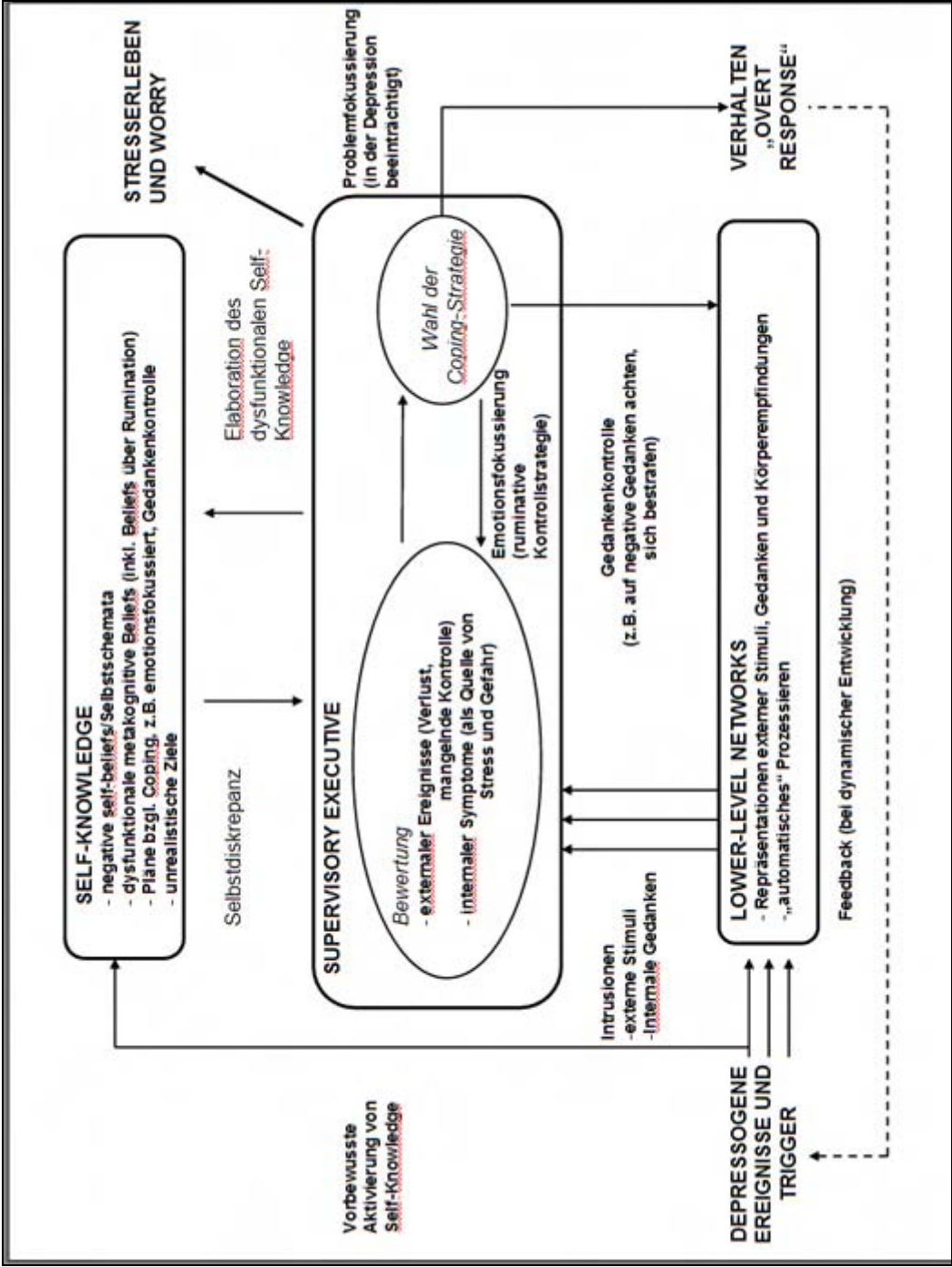
Coping (Bewältigung) wird im Transaktionalen Bewältigungsmodell definiert als die sich fortlaufend verändernde behaviorale und kognitive Anstrengung einer Person, mit bestimmten Anforderungen (internaler oder externaler Natur) fertigzuwerden, welche so eingeschätzt werden, dass sie die intraindividuellen Ressourcen beanspruchen oder übersteigen (Lazarus, 1991). Diese Einschätzung unterliegt hoch subjektiven Bewertungen, „objektive“ Maßstäbe allein spielen keine Rolle. Typischerweise ist eine Störung der Person-Umwelt-Interaktion der Anstoß für den Copingprozess, der in zwei Phasen abläuft: Erstens muß die Situation eingeschätzt werden (Primary Appraisal): Ist das Ereignis relevant für das eigene Wohlbefinden? Elemente wie Ziel-Relevanz und

Ziel-Kongruenz sind beispielsweise wichtig, um diese Frage zu beantworten. Diese subjektive Bewertung entscheidet dann darüber, welche (problem- oder emotionsfokussierte) Bewältigungsstrategie ausgewählt wird (Secondary Appraisal): Was kann man tun, und welche Folgen kann das haben? Bei diesem Bewertungsprozess sind Elemente wie das eigene Bewältigungspotential, Verantwortlichkeit und Erwartungen über die Zukunft beteiligt. Coping muß zwei Aufgaben erfüllen: Zum einen muß es als sogenanntes problemfokussiertes Coping das Problem tatsächlich „angehen“, handhabbar machen: Was tun? Die gestörte Person-Umwelt-Interaktion soll dadurch konkret verändert werden. Zum anderen müssen Emotionen bewältigt werden, die durch die Einschätzung als Problem, das die üblichen Copingmöglichkeiten übersteigt, entstanden sind. Dieser Prozess wird emotionsfokussiertes Coping genannt, und kann darin bestehen, die Bewertung des aufgetretenen Problems zu verändern, z.B. herunterzuspielen, oder die Aufmerksamkeit auf das Problem hin- oder wegzulenken (Alterierung des Aufmerksamkeitsfokus). Dann werden Erfolg oder Nicht-Erfolg der Bewältigungsstrategie erneut eingeschätzt (Reappraisal). Dieser Bewertungsvorgang beeinflusst über diesen Rückkopplungsprozess wiederum emotionale Prozesse (Lazarus, 1993). Neben den Störungen der Person-Umwelt-Interaktion („transaktional“) gibt es auch Störungen durch interne Prozesse, diese sind eher ein „Sonderfall“ dieses kontrolltheoretischen Ansatzes.

Das S-REF-Modell von Wells und Matthews ist in drei Ebenen gegliedert (s. Abb. 3-01). Es versucht, Prozess- und Inhaltsaspekte von Rumination zu erklären.

Die unterste Ebene besteht aus Netzwerkverbindungen („lower level networks“), in denen externe Stimuli, Gedanken und Körperempfindungen repräsentiert sind. Auf dieser Ebene würden etwa „automatische negative Gedanken“ (Beck & Emery, 1985) im Bewusstsein aufblitzen. Die Metapher der Netzwerkepräsentation von Gedanken und Emotionen geht auf das Modell von Bower (Bower, 1981) zurück (vgl. Kapitel 3.1).

Abbildung 3-01: Das S-REF-Modell von Wells & Matthews



Die zweite Ebene nennen Wells und Matthews „Supervisory Executive“. Hier finden Kontrolle und Bewertungen, die „Supervision“ der externen Stimuli, Gedanken und Körperempfindungen statt: Sind sie als bedrohlich einzuschätzen? Ist die Kontrolle darüber gefährdet? Auf dieser Ebene werden auch die entsprechenden Copingstrategien („Exekutive“) ausgewählt. Hier finden sich die Appraisals und Copingstrategien von Lazarus' Modell wieder (s. oben).

Die darüber liegende dritte Ebene fungiert als Speicher des Wissens über sich selbst, und wird mit dem Begriff des „Self-Knowledge“ bezeichnet. Es beinhaltet beispielsweise negative Überzeugungen, günstige und ungünstige Selbstschemata, realistische und unrealistische Ziele, dysfunktionale metakognitive Überzeugungen einschließlich Überzeugungen über die Funktionalität von Grübeln und Sich-Sorgen-machen. Hier werden auch Handlungspläne verwaltet, die unterschiedliche Coping-Möglichkeiten bereitstellen: man könnte z.B. emotional-fokussiert reagieren, sich einen Gedankenstopp verordnen oder ein neues unrealistisches Ziel auswählen. Die Auswahl, ob ruminatives, emotional betontes Coping oder handlungsorientierte Strategien als selbstregulatorische Strategien gewählt werden, hängt davon ab, wie verfügbar und zugänglich Self-Knowledge für die Person ist. Damit kommt dem Wissen über sich selbst eine immens wichtige Rolle zu. Self-Knowledge, das Wissen über sich selbst auf der „obersten Ebene“ des Modells bietet gleichsam das Forum, auf dem erst die Bedeutsamkeit der eigenen internalen Ereignisse interpretiert werden kann. Sowohl Bewertungs- als auch Copingprozesse beruhen auf dem Konzept des Self-Knowledge. Um Bewertungen vornehmen zu können, muß im Self-Knowledge ein Referenzrahmen zur Berechnung von jetzigem und gewünschtem Status abgelegt und abrufbar sein. Copingprozesse müssen zum einen als vorhandenes Praxiswissen vorhanden sein, zum anderen müssen sie während des Transfers auf eine neue Situation hin angepaßt oder verändert werden.

Als Antwort auf deprimierende Ereignisse und Gedanken werden über Rückmeldungen der drei angenommenen Verarbeitungsebenen unterschiedliche Bewertungen über den Gedanken (z.B. bedrohlich), die zu wählenden Strategien und Vergleiche mit Zielen, Plänen und Schemata über sich selbst gesucht und generiert. Im Zuge dessen kommt es auch zu einer emotionalen „Antwort“, nämlich Unbehagen, affektivem Sich-Sorgen-machen und physiologischem Stress.

Im S-REF-Modell wird das Auftreten von Rumination zum einen dadurch erklärt, dass eine Person Beliefs (relativ stabile Überzeugungen und Einstellungen) über solche Metakognitionen hat, die das absichtliche Benutzen von Rumination als eine günstige

Strategie für Coping und Selbstregulation plausibel erscheinen lassen. Diese Beliefs existieren als implizite Pläne (welche vorbewusst selbstregulatorische Prozesse steuern) und als explizite, deklarative Beliefs (die zugänglich sind und sprachlich ausgedrückt werden können). Ein Beispiel für explizite Beliefs ist die Aussage „Grübeln über die Vergangenheit hilft mir, Fehlern in der Zukunft vorzubeugen“ (Papageorgiou & Wells, 2001b). Damit kann Rumination zum Teil intentional und volitional gesteuert werden. Die überwachend-ausführende Ebene („Supervisory Exekutive“) wird „von oben“ über dysfunktionales metakognitives Wissen angesteuert; z.B. über metakognitive Beliefs, die selbstreferentielles, emotionsfokussiertes Coping für günstig halten.

Rumination wird zum anderen durch Prozesse auf der untersten Netzwerkebene erklärt, und dies bedeutet, dass Rumination nicht immer volitional initiiert sein muß. So kann beispielsweise die von der „Exekutive“ (auf der mittleren Ebene) ausgewählte Strategie der Gedankenkontrolle ungewollte Auswirkungen auf das „automatische“ Prozessieren dieser unteren Netzwerkverbindungen haben, deren ungestörter Ablauf ja für die emotionale Erholung in diesem Modell als wesentlich angesehen wird.

Dieser allgemeine Ansatz für dysfunktionales Verhalten und Erleben, wie er im S-REF-Modell formuliert wird, definiert Rumination als Folge der Copingstrategien, die bei Auftreten von Dissonanz primär die selbstreferentiellen Informationsinhalte schützen sollen: als repetitive Gedanken, „generated by attempts to cope with discrepancy that are directed primarily toward processing the content of self-referent information and not toward immediate goal-directed action“ (Matthews & Wells, 2004). Eine Person, die nach einem bedrückenden oder bedrohlichen Vorfall ruminiert, behilft sich also mittels Rumination, folgende Worry-Fragen zu beantworten: „Wie fühle ich mich durch diese Sache?“, „Wie kann ich meine Gedanken und Gefühle über diesen Vorfall verändern?“ und „Wie kann ich in Zukunft solche beunruhigenden oder traurigen Gedanken und Gefühle verhindern?“. Worry wird folglich als übergeordnete Begriffskategorie verwendet; Worry schließt nach Meinung der Autoren jedoch nicht nur Rumination, sondern auch intrusive Handlungsimpulse für die Situation ein, die solche Schwierigkeiten verursacht. Damit werden Worry und Rumination als Copingstrategien zur Verringerung kognitiver Dissonanz beschrieben.

Die schädlichen Auswirkungen der Rumination hängen in diesem Modell aber vor allem sehr eng mit Metakognitiven Beliefs zusammen, inwiefern eine Person an die überzogene Wichtigkeit von Gedanken und Kontrollstrategien glaubt (Wells & Matthews, 1994). Besonders wenn das S-REF-Modell durch *internal* generierte

Intrusionen aktiviert wird, z.B. bei Intrusionen über Versagen oder bei Zwangsstörungen, dann werden Bewertung und Coping in hohem Maß durch Metakognitive Beliefs beeinflusst. Metakognitive Beliefs spezifizieren erst a) die persönliche Bedeutsamkeit des intrusiven Gedankens und b) die Copingimplikationen, also auf welche Weise man am besten mit diesem Gedanken umgehen sollte. Diese Unterscheidung geht auf eine theoretische Unterscheidung zwischen a) Metakognitivem Wissen und b) Metakognitiver Regulation zurück und stammt von Brown, Bransford, Campione und Ferrara (1983). Ein Beispiel dazu gibt Wells: Ein von ihm behandelter Patient mit einer Zwangsstörung hatte intrusive Gedanken über den Teufel. Der Patient schätzte diese auftauchenden Bilder als gefährlich und böse ein (Metakognitives Wissen über persönliche Bedeutsamkeit) und bewältigte sie folgendermaßen: Der Patient betete, konzentrierte sich auf jedes Wort des Gebets und ließ dann vor seinem geistigen Auge eine Christusfigur entstehen (Metakognitive Regulation: Implikation für die geeignete Copingstrategien) (Wells, 2000).

Metakognitive Beliefs und Kontroll-/Regulationsstrategien selbst sind also in hohem Maße individuell vom Self-Knowledge-Speicher mitgeformt. Erfahrungen in der Kindheit, die im Self-Knowledge repräsentiert sind, können beispielsweise zur Metakognition „Angstgedanken sind etwas Schädliches“ oder „Gedanken über den Teufel sind ernstzunehmen“, und zur Kontrollstrategie „Unterdrücken“ oder „Beten“ geführt haben.

Eine Schlüsselfrage, die aus dem S-REF-Modell heraus überprüft wurde, war, ob Metakognitive Beliefs mit der Rumination bei Major Depression zusammenhängen. Papageorgiou & Wells (2001a) führten in einer ersten Überprüfung ein halbstrukturiertes Interview mit Patienten durch, die an wiederkehrender Major Depression litten und keine weiteren Achse-1-Störungen aufwiesen. Die Ergebnisse zeigten, dass alle Patienten positive wie auch negative Überzeugungen über Rumination benennen konnten. Positive Beliefs waren beispielsweise Themen, die Rumination als geeignete Copingstrategie einstufen (z.B. „Ich muß über meine Probleme grübeln, um Antworten für meine Depression zu finden.“). Negative Beliefs berührten Themen von Unkontrollierbarkeit und Schäden durch Rumination, z.B. „Grübeln über meine Probleme ist unkontrollierbar“ und interpersonelle und soziale Konsequenzen, z.B. „Die Leute werden mich abweisen, wenn ich grüble.“ Dies war ein vorläufiger Befund dafür, dass positive und negative Metakognitive Beliefs bei Personen mit Major Depression vorkommen. Inzwischen gibt es spezifische Therapiemodelle (Therapierationale) für Worry und Rumination, die das vereinfachte

Modell mit spezifischen Metakognitionen für Generalisierte Angststörung und Depression darstellen (Kapitel 4.1.5) und eine Vielzahl von Fragebögen zu Metakognitionen.

Das S-REF-Modell geht mit seiner komplexen Architektur auf Selbstregulationsmodelle (Lazarus) zurück, und ist angereichert mit Befunden der dysfunktionalen Copingstrategien (Response Styles Theory), integriert Zielerreichungsdiskrepanzen (vgl. Martin & Tesser) und aufrechterhaltende ungünstige Strategien wie die Gedankensuppression (vgl. 3.4). Das Modell kann negative repetitive Gedanken unabhängig von ihrem Inhalt sowohl für einige Angst- als auch Zwangsstörungen wie auch für Depression erklären und bietet damit das erste transdiagnostische Modell für die Aufrechterhaltung wiederkehrender unerwünschter Gedanken. Es ist von therapeutischem Wert, weil dadurch ein plausibles Störungsmodell entwickelt wurde, das Interventionen für wiederkehrende Gedanken sowohl bei Worry als auch bei depressiver Rumination „minimal invasiv“ möglich macht. Die Befunde zur Metakognitiven Therapie (4.1.5) können bereits belegen, dass mit der Bewertung der Gedanken, den Metakognitionen, eine bislang oft zu wenig beachtete „Sollbruchstelle“ für die Vulnerabilität für Depression und Angststörungen aufgespürt wurde. Weniger gut expliziert sind m.E. die „lower level networks“, die auf der unteren Ebene automatisch generierte Gedanken und Empfindungen postulieren. Kritisch zu betrachten ist ebenso, dass im Modell emotionsfokussiertes Coping mit dysfunktionalem Ruminieren gleichgesetzt wird. Im Modell von Lazarus bezeichnete „emotionsfokussiertes Coping“ die generelle Notwendigkeit, etwas, das man zunächst nicht bewältigen kann, weil es die eigenen Möglichkeiten (oder die Vorstellungen, die man davon hat) übersteigt, auch im *Erleben* zu bewältigen, nicht nur im Handeln. Nun wird man nicht bestreiten können, dass Menschen sehr unterschiedliche und auch kreative Wege einschlagen, um nach Stress *emotional* wieder in Balance zu kommen; Worry und Rumination können lediglich *ein* Weg der emotionalen Auseinandersetzung sein. Emotionsfokussiertes Coping mit dysfunktionalen Grübel- und Sorgenprozessen gleichzusetzen stellt deshalb eine Verkürzung dar.

3.4 Gedankensuppression als dysfunktionale Copingstrategie

Ein letzter Ansatz soll zeigen, wie eine unflexible Selbsthilfestrategie zur Aufrechterhaltung von Grübeln und zur Vermeidung von emotionaler Habituation führen kann. Wegner und seine Kollegen führten intensive Forschungen zum paradoxen Effekt der Gedankensuppression als mentale Kontrollstrategie durch

(Wegner, 1994; Wegner et al., 1987; Wegner & Wenzlaff, 1996; Wegner & Zanakos, 1994): Der paradoxe Effekt besteht darin, dass der Versuch, Gedanken bewusst zu unterdrücken, die Häufigkeit und Intensität ihres Auftretens erhöht. Wenn nun eine Person sich noch mehr bemüht, den Gedanken durch bewusstes Unterdrücken unter Kontrolle zu bringen, gerät er in einen Teufelskreis repetitiver Gedankenschleifen, den Wenzlaff als „ironic process“ (Wenzlaff & Wegner, 2000) bezeichnet. Das Modell zur Gedankensuppression und zum Rebound-Effekt hat hohen Erklärungswert für die Aufrechterhaltung ruminativen Grübelns. Ein wichtiges Ergebnis der paradoxen Effekte der Gedankensuppression war die Annahme, dass dadurch die Habituation an emotionale Stimuli weniger wahrscheinlich gelingt: „Suppressing distressing emotional thoughts increases the likelihood that the individual will fail to habituate to emotional stimuli relevant to those thoughts“ (Wegner, 1994) (S. 619). Ihr Modell war deshalb auch hilfreich, um therapeutische Auswege aus dem Grübeln aus wissenschaftlichem Blickwinkel zu beurteilen.

Die Theorie ironischer Prozesse (Wegner, 1994; Wegner & Wenzlaff, 1996) postuliert zwei kognitive Abläufe: Wenn eine Person einen unerwünschten Gedanken bemerkt, kann in einem ersten kognitiven Prozess die Aufmerksamkeit bewusst wieder von diesem unerwünschten Gedanken weggelenkt werden. Dies wird „intentional distraction process“ genannt. Ein zweites „monitoring system“ ist dazu da, zu überwachen, welchen Gedanken Aufmerksamkeit geschenkt wird bzw. wo Ablenkungen vom Objekt der Aufmerksamkeit drohen. Dieses Überwachungssystem arbeitet eher vorbewusst und verlangt weniger mentale Anstrengung. Im Normalfall laufen das vorbewusste „monitoring system“ und der bewusste Ablenkungsprozeß synchron und komplementär ab. Das „monitoring system“ kann allerdings das Ziel der gerichteten Unterdrückung von Gedanken unterlaufen, indem es die Vigilanz für genau die Gedanken erhöht, die eigentlich ausgeblendet werden sollen.

In diesem Modell werden also Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprozesse, die gelungene Ablenkung vom störenden Gedanken und die gelungene Wieder-Hinlenkung auf den gewünschten bewussten kognitiven Vorgang als grundlegend für einen ungestörten Ablauf der Gedanken dargestellt.

Wenn aber die bewusste Ablenkung vom störenden intrusiven Gedanken nicht mehr gelingt, dann gewinnt das sonst vorbewusste „monitoring system“ die Oberhand über den Gedankenprozess und lenkt die Aufmerksamkeit ständig auf die gedanklichen „Störreize“. Als Ausweg versucht die Person dann, die unerwünschten Gedanken bewusst zu unterdrücken („thought suppression“). Wenn also beispielsweise eine

positive Zielausrichtung fehlt, wohin der Gedanke „abgelenkt“ werden soll, wird ein Ausweg gewählt, die Gedankensuppression, die aber einen paradoxen Effekt hat. Der paradoxe Effekt besteht darin, dass bewusst unterdrückte Gedanken mit größerer Häufigkeit und wesentlich machtvoller ins Bewusstsein drängen, als wenn eine Gedankensuppression nicht stattgefunden hätte.

Die Erklärung hierfür ist, dass kognitive „bewusste kontrollierte“ Aufgaben (hier: bewusstes Gedankenunterdrücken) sich eher störend auf andere kontrollierte kognitive Prozesse (hier: bewusstes Ablenken) auswirken. Automatisch ablaufende kognitive Prozesse (hier: das postulierte vorbewusste „monitoring system“) werden weniger von kognitiven Aufgaben gestört. Diese grundlegenden Prozesse wurden u.a. von Posner und Snyder sowie Shiffrin und Schneider untersucht (Posner & Snyder, 1975; Shiffrin & Schneider, 1977). Vergleichen kann man diese grundlegenden Prozesse mit dem Autofahren auf einer Strecke, die man seit 20 Jahren fährt („automatisch ablaufend“) oder, im Vergleich dazu, zum ersten Mal in Großbritannien bei Linksverkehr autozufahren. Dabei muß man sich deutlich mehr bewusst konzentrieren (kognitiv bewusst kontrolliert), und kann anfangs nicht gleichzeitig den Verkehrsfunk verfolgen (eine andere bewusst kontrollierte Aufgabe).

Untersuchungen zur Gedankenunterdrückung fanden meist im Labor statt. Im englischen Sprachraum wird der Proband bei Experimenten zur Gedankenunterdrückung aufgefordert, auf keinen Fall an einen weißen Bären zu denken, das Pendant zum „rosa Elefanten“ im deutschen Sprachraum. Der Fragebogen, der diesen Effekt untersuchen soll, heißt deshalb „White Bear Suppression Inventory“ (WBSI; Wegner, 1994). Items sind beispielsweise die Aussage „Es gibt Dinge, an die ich nicht zu denken versuche“ oder „Es gibt Gedanken, die mir immer wieder in den Kopf kommen“ (Übersetzung durch die Autorin). In einer Untersuchung von Wegner und Zanakos (1994) konnte gezeigt werden, dass Gedankenunterdrückung als mentale Kontrollstrategie (gemessen über hohe Werte im WBSI) die Werte im Beck Depressions Inventar prädizierte.

Wenzlaff liefert eine Reihe von Belegen, warum gerade bei schlechter Stimmung und Depression die kognitive Belastung viel höher ist, und deshalb als Konsequenz der intentionale Ablenkungsprozess zusammenbricht, so dass das kontrollierte Wieder-Hinwenden zum „eigentlichen“ Gedanken wesentlich schlechter oder gar nicht mehr funktioniert. Er macht insbesondere stimmungskongruentes Denken und – als Kehrseite der Medaille – das prompte Aufrufen depressogener Denkmuster bei schlechter Stimmung für den Zusammenbruch des bewussten Ablenkungsprozesses

verantwortlich. Schlechte Stimmung hat einen geradezu verheerenden Effekt auf mentale Kontrollprozesse und „kostet“ Aufmerksamkeit, lenkt hin zu negativem Denken und dysfunktionalen Einstellungen. Dieser Verlust an Aufmerksamkeit wird dafür verantwortlich gemacht, dass der oben beschriebene Prozess der bewussten Ablenkungsfähigkeit gestört wird (Wenzlaff, 2004).

Viele Studien belegen außerdem Effekte zwischen Gedankensuppression und Unterbrechung der Zielorientierung (vgl. Kapitel 3.2 und 3.4). Wenn die Gedankensuppression unterbrochen wird, kehren die Gedanken mit größerer Intensität und Häufigkeit wieder als wenn überhaupt keine Gedankensuppression stattgefunden hätte (Wenzlaff & Wegner, 2000). So wurden in einer Studie von Wenzlaff und Bates die Teilnehmer gebeten, unvollständige Sätze zu ergänzen, die dann entweder einen emotional positiven oder negativen Inhalt ergaben (Wenzlaff & Bates, 2000). Ein Teil sollte während dieser Aufgabe negative Gedanken unterdrücken, die andere Gruppe durfte die erstbesten Ideen zur Satzergänzung formulieren. Unter dieser Bedingung formulierten die Gedankenunterdrücker wie erwartet tatsächlich zunächst weniger negative Satzergänzungen als die Kontrollgruppe. Wurden sie jedoch in einer zweiten Versuchsbedingung beim Gedankenunterdrücken unterbrochen, und sollten eine weitere kognitiv belastende Aufgabe einschieben, formulierten die Teilnehmer dieser Gruppe mehr negative Aussagen als die Kontrollgruppe. Dies interpretieren Wenzlaff und Bates im Sinne von Wenzlaff und Wegner: Die Zielunterbrechung stellt eine kognitive „Last“ (cognitive load) dar, die zu einem noch ausgeprägterem Rebound-Effekt führt; die Versuchspersonen mußten unter dieser Aufmerksamkeitsbelastung mehr intrusive Gedanken über die negativen Inhalte gehabt haben, die mit der „richtigen“ Aufgabenstellung interferierten, ein Unterdrücken der negativen Satzinhalte war wesentlich weniger gut möglich (Wenzlaff & Wegner, 2000).

Im Vergleich zu Personen, die noch nie eine depressive Episode hatten, wiesen ehemalige Patienten signifikant höhere Werte von chronischer Gedankensuppression auf (Wenzlaff, 2002; Wenzlaff & Bates, 1998; Wenzlaff & Eisenberg, 2001; Wenzlaff, Rude, & West, 2002). Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass ehemals Depressive sich über lange Zeiträume hinweg anstrengen, um emotional belastende Gedanken nicht aufkommen zu lassen, auch wenn ihre Stimmung (noch) relativ gut ist. Normalerweise könnte diese Strategie auch zum gewünschten Erfolg führen. Wenn jedoch noch eine Unterbrechung dieses Ziels stattfindet (wie die Zielerreichungstheorie postuliert), und damit eine unabgeschlossene Aufgabe vorliegt, dann könnte sich diese Strategie besonders leicht ins Gegenteil verkehren und zu

einem Anstieg negativer Gedanken führen. Denn: Wann ist der Gedanke „gut genug“ unterdrückt? Diese Aufgabe ist im täglichen Leben kaum abzuschließen und unterliegt damit dem Zeigarnik-Effekt, als unerledigte Aufgabe besser erinnert zu werden.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, dass die Thought Suppression Forschung enormen Einfluß auf die neueren Therapieansätze bei Grübeln und Worry hatte, da sie gut erklären kann, warum trotz der häufigen Intrusionen keine emotionale Erholung durch Habituation stattfinden kann und warum das Grübeln bzw. Sich-Sorgen-machen so schwer als „abgeschlossen“ beendet werden kann. Eine mentale Selbstkontrollstrategie bekommt hier über die beschriebenen Mechanismen letztlich aufrechterhaltende Funktion für die unerwünschten Gedanken und erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit. Jede Therapierichtung der kognitiven Verhaltenstherapie, bei der der Patient lernt, seine lästigen wiederkehrenden Gedanken einfach kommen und gehen zu lassen, ohne sie zu manipulieren, baut auf diesen Erkenntnissen auf, vor allem die Mindfulness Basierte Meditation und Metakognitive Verfahren.

3.5 Response Styles Theory

Besonders einflussreich für die Ruminationsforschung war die Response Styles Theory von Susan Nolen-Hoeksema (Nolen-Hoeksema, 1991; 1996; Lyobumirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). In den nunmehr über zwanzig Jahren ihrer bisherigen Forschungstätigkeit galt ihr Interesse unter anderem der Tatsache, dass Frauen stärker als Männer von Depression betroffen sind. Ihre Befunde zeigten, dass Frauen in einem bisher unbekannt hohen Ausmaß im Alltag grübeln und sich Sorgen machen. Dieser Aspekt wurde in der vorliegenden Arbeit nicht dargestellt (Details siehe Kollei, 2007). Die Tendenz zum Grübeln ist bei Frauen und Männern auch ein Risikofaktor für die Entwicklung von Alkoholismus. Ihre Forschung über Depressive Rumination als einem Prädiktor von Depression und Angst ist international anerkannt.

Die Response Styles Theory postuliert, dass sich Personen dispositionell darin unterscheiden, auf welche Weise sie üblicherweise mit negativen bzw. dysphorischen Gefühlen umgehen, mit welchem Bewältigungsstil sie auf dysphorischen Affekt „antworten“. *Ausgangspunkt ist die negative Stimmung*: Enttäuschung, schlechte Laune, oder eine vorübergehende Traurigkeit zum Beispiel. Dieser Ausgangspunkt ist deshalb wichtig, weil *Rumination* bei Nolen-Hoeksema immer als *Folge* einer „negative mood“ gesehen wird, was inzwischen hinterfragt wird (Seegerstrom et al., 2000). Nolen-Hoeksemas Modell geht zurück auf das kontrolltheoretische Modell der

Selbstregulation (Carver & Scheier, 1981) und das semantische Netzwerkmodell (Bower, 1981). Das Modell von Bower wurde im Abschnitt 3.1 dargestellt. Die Selbstregulation stellt eine Sonderform innerhalb der Kontrolltheorie dar (Carver & Scheier, 1981): Der Input, der verarbeitet wird, entsteht immer im eigenen Selbst und geht nicht unmittelbar auf die Umwelt zurück. Der Input entsteht durch Diskrepanzen zwischen dem individuell eingeschätzten Ist-Zustand und Zieldiskrepanzen, wobei persönliche Standards konfligierend sein können. Übertragen auf die Response Styles Theory heißt das: Ein dysphorischer Affekt geht als Input in eine selbstregulatorische Feedback-Schleife ein. Er stellt einen Unterschied, eine Diskrepanz, zum „durchschnittlichen“ Affekt der gesunden Person dar. Damit liegt eine Diskrepanz zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand, ein Problem, vor, welches bewältigt werden muß. Diese Bewältigung kann nun mittels zweier „Stile“ geschehen: Rumination oder Distraction. Dabei handelt es sich um habituelle Bewältigungsdispositionen (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995), d.h. Copingstrategien, die zeitlich stabil sind und im eigenen Selbstregulationssystem verankert sind.

Distraction meint ein bewusstes gedankliches Ablenken, weg von den Zieldiskrepanzen hin zu neutralen oder positiven Gedanken. Dadurch wird eine weitere Verschlechterung der Stimmung verhindert, die – nach dem semantischen Netzwerkmodell von Bower – drohen würde, weil die Netzwerkverbindungen zwischen negativem Affekt und entsprechenden Gedankeninhalten aktiviert worden sind. Distraction ist ein volitionaler Akt: Voraussetzung dafür ist, dass sich die Person nach der Wahrnehmung der Verstimmung dafür entscheidet, sich ablenkenden Kognitionen aktiv zuzuwenden. Ablenkende Aktivitäten ohne kognitive Distraction, beispielsweise Spaziergehen und dabei weitergrübeln, wären keine Distraction, wie sie Nolen-Hoeksema definiert.

Eine andere habituelle Bewältigungsstrategie ist die Rumination, definiert als das Konzentrieren auf die negativen Symptome und auf Ursachen, potentielle Bedeutung und Folgen des dysphorischen Zustands. Rumination wird als nicht instrumentell und nicht adaptiv konzipiert, sondern „Schlüsselkriterium für Rumination ist die gedankliche Wiederholung eines Themas, ohne Fortschritte bei der Findung und Auswahl der Lösung und ohne Vorsatz einer Ausführung der Lösung“ (Korntheuer, 2004). Rumination kann entweder volitional oder nicht-volitional auftreten. Die Person bleibt in einem längerdauernden Teufelskreis aus Bedrücktsein und Grübeln gefangen, denn über das semantische Netzwerk (Bower, 1981) werden ständig Erinnerungsinhalte aufgerufen, die in Verbindung zu früheren Erfahrungen von

Bedrücktsein stehen. Ein Ausweg wäre die Distraction, die a) von den erlebten Diskrepanzen weglenkt oder die zumindest b) die aktivierten Netzwerkverbindungen zwischen schlechter Stimmung und ruminativen Gedächtnisinhalten abschwächt, indem stattdessen andere Netzwerkverbindungen, die nicht mit schlechter Stimmung assoziiert sind, aktiviert werden.

Nolen-Hoeksema überprüfte die Response Style Theory in zahlreichen Untersuchungen. In neueren experimentellen Untersuchungen, Querschnittsstudien und prospektiven Feldstudien konnte gezeigt werden, dass die Tendenz, auf depressive Stimmung mit Rumination zu reagieren, eine Vielzahl negativer Folgen hat. So stellt Grübeln nicht nur einen aufrechterhaltenden Faktor für depressive Stimmung dar, sondern führt zu einer *Zunahme* der depressiven Gestimmtheit (Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 1994). Just und Alloy konnten Rumination als *Prädiktor für das Ausmaß depressiver Symptome* identifizieren (Just & Alloy, 1997). Darüber hinaus ließen sich auch der *Beginn* und die *Dauer* von Major Depression Episoden anhand der Grübelneigung vorhersagen (Kuehner & Weber, 1999; Nolen-Hoeksema, 2000; Spasojevic & Alloy, 2002).

Studien, die die konkreten Auswirkungen von Rumination auf das Erleben und Verhalten untersuchten, hatten zum Ergebnis, dass Grübeln die Bereitschaft, ablenkende oder angenehme Aktivitäten aufzunehmen reduziert, mit gesteigertem Pessimismus hinsichtlich der Zukunft und mangelhaftem interpersonellem Problemlösen assoziiert ist (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993) und die Auswirkungen einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung verstärkt (Nolen-Hoeksema et al., 1999). Rumination geht weiter einher mit negativistischem Denken, verringerter Motivation, Hemmung instrumentellen Verhaltens, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie mit gesteigertem Stresserleben (Lyubomirsky & Tkach, 2004). Als im klinischen Kontext besonders relevantes Ergebnis fand Siegle, dass Rumination die Remission von Depressionen unter der Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie verzögert (Siegle, 1999).

Distraction als ausschließlich funktionaler Stil wird aber auch infrage gestellt: Bei einer Überprüfung eines „Gefühlsfragebogens“ an 72 Studentinnen wurde festgestellt, dass die Verbindung von Entspannung und angenehmen Hochgefühlen bei der eher depressiven Studentinnensubgruppe fehlte (Feist, 2007). Diese Frauen fühlten sich nicht unter Entspannungsbedingungen gut, sondern wenn sie von etwas fasziniert waren, wenn sie Informationen aufnahmen oder wenn ihr Interesse geweckt wurde,

beispielsweise beim Arbeiten. Je stärker sie sich für eine Sache interessierten, desto mehr entspannten sie sich. Diese Kopplung von kognitiver Denkarbeit (Distraktion) und Glücksgefühlen wurde bei der nicht bedrückten Subgruppe nicht gefunden, und es gab auch keine Verbindung zwischen kognitiven Aktivitäten und Entspannung. Feist folgert daraus, dass depressiv gestimmte Menschen Faszination und Interesse beim Arbeiten als Ablenkung von ihrem ansonsten als schmerzhaft oder mühsam empfundenen Alltag erlebten. Diese Ablenkung könnte dysfunktional sein: Der Effekt kann sich rasch abnutzen und schließlich könnte diese Strategie zu Verausgabung und Burnout führen, was wiederum eine Major Depression auslösen kann.

In einer neueren deutschen Untersuchung konnte Korntheuer (2004) empirisch zeigen, dass Rumination wie auch Distraktion bei der Bewältigung von negativen Ereignissen im Alltag häufig eingesetzt wird. Interessanterweise betrachtete Korntheuer Prozesse über die Zeit hinweg, und stellte eine Veränderung der auslösenden Funktion von Dysphorie für Rumination fest. *Dysphorie kann als Hinweissignal für eine anstehende Problemlösung* bei normalen Grübelprozessen im Alltag dienen, der Hinweischarakter kann jedoch *verloren gehen*, wenn die Dysphorie länger andauert oder die Aufmerksamkeit habituell auf negative Aspekte gerichtet ist. Dann trägt sie zu grüblerischer Selbstaufmerksamkeit bei und hat schädliche Auswirkungen. Bei rückfällig gewordenen Alkoholpatienten konnte Korntheuer eine erhöhte Ruminationsneigung im Vergleich zu abstinenten nachweisen. Allerdings war Dysphorie nicht allein ausschlaggebend für Rumination, sondern auch die Einschätzung (Appraisal) des Schweregrads der anliegenden Probleme. Dies wiederum spräche für ein Modell wie das S-REF-Modell, das die Bewertungskomponente mehr berücksichtigen würde als „schlechte Stimmung“ allein (Korntheuer, 2004).

3.6 Vergleich der theoretischen Erklärungsansätze

Im Folgenden sollen die unterschiedlichen Ansätze miteinander verglichen werden, und abschließend der Frage nachgegangen werden, welcher Ansatz am besten für die Ableitung therapeutischer Interventionen geeignet scheint.

Nolen-Hoeksemas' Response Styles Theory ist mit Abstand derjenige Ansatz, der den Gegenstand der wiederkehrenden Gedanken am engsten, aber sehr klar in den Blickpunkt nimmt. Das liegt an ihrer Definition von Rumination: Rumination wird als ein Prozess eingegrenzt, der die Aufmerksamkeit ausschließlich auf die Bedeutung, Folgen und Ursachen von depressiven Symptomen richtet, damit ausschließlich nicht adaptiv und folglich schädlich ist. So untersucht, führt Rumination auch ausschließlich zu negativen Folgen für die psychische Gesundheit: Es aktiviert negative Gedanken und Erinnerungen, macht eine effektive Problemlösung unwahrscheinlicher, stört instrumentelles Handeln, führt zu sozialem Rückzug und noch mehr depressiven Symptomen. Die von Nolen-Hoeksema entwickelten Fragebögen zur Erfassung von Grübeln waren wegweisend für die weitere Forschung; sie engten den Blick jedoch auch stark auf maladaptives Grübeln über einen engen Themenausschnitt ein (Rumination über depressive Symptome, deren Ursachen, Bedeutung und Folgen). Kritisch ist auch zu sehen, wie undifferenziert Nolen-Hoeksema Begriffe wie „depressive“ oder „depression“ verwendet. Hier wird nicht immer unterschieden, ob es sich um eine vorübergehende Verstimmung, schlechte Laune, Niedergeschlagenheit oder depressive Symptome handelt, oder ob eine Major Depression diagnostiziert werden konnte. Die alleinige Verwendung des Beck Depression Inventars in ihren Studien kann eine klinische Diagnostik nicht ersetzen. Eine Stärke von Nolen-Hoeksemas Response Styles Theory ist jedoch eindeutig ihre Überprüfung unter längsschnittlicher Perspektive: Ihre Studien zu Rumination und Coping nach kritischen Lebensereignissen wie dem Tod eines geliebten Menschen (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Nolen-Hoeksema et al., 1994) oder das Copingverhalten vor und nach dem Loma-Prieta-Erdbeben in Kalifornien (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) sind bis heute wegweisend für die Forschung, weil sie eine hohe externe Validität aufweisen und eindeutige Schlußfolgerungen über die „Richtung“ des Einflußfaktors Rumination auf Depression ermöglichen. Ihre Untersuchungsstrategien wie die prospektiven Langzeituntersuchungen bei Grübeln, Depression und Posttraumatischen Stresssymptomen setzten hohe Maßstäbe für die weitere Forschung. Ein großer Verdienst gebührt Nolen-Hoeksema und ihrer Arbeitsgruppe unbestritten für ihre

Erkenntnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Rumination als Explanans für die doppelt so hohe Rate bei Depressionen bei Frauen (Nolen-Hoeksema et al., 1999): Geschlechtsunterschiede bei Rumination medieren die Geschlechtsunterschiede bei Depression. Das heißt, wenn Rumination statistisch für Männer und Frauen kontrolliert wird, verschwinden die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Depression. Auch die Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Rumination und spezifisch weiblichen Belastungsfaktoren, über die gegrübelt werden kann, wie der im Durchschnitt geringere Verdienst, Armut, das größere Ausmaß an Stressoren durch Doppelt- und Dreifachbelastung oder sexuellem Mißbrauch (Spasojevic & Alloy, 2002) ist ein wesentlicher Schritt weg von Rumination als allein „neurotischem“ Konzept. Ihre Theorie und die Vielzahl der Untersuchungen dazu sind inzwischen fester Bestandteil des bisherigen Wissens der „scientific community“ über Rumination. Trotzdem bleibt die Frage offen, ob Rumination als Trait-Konzept aufrechterhalten werden kann, denn es bleibt unklar, was zur Tendenz der Rumination führt: Welche Faktoren führen (vor allem bei Frauen) zu einem mehr ruminationsfördernden Stil? Ist Rumination Teil eines übergeordneten Problems? Gegen die Annahme, Rumination als gewohnheitsmäßigen Trait anzusehen, spricht die erstaunliche Bandbreite interindividueller Unterschiede auch bei Frauen. Die Entwicklung der habituellen Rumination wird noch genauer zu untersuchen sein. Vielleicht, und das würden kognitive Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten eher annehmen, können sich auch Bewältigungsstrategien über die Lebenszeit oder im Kontext unterschiedlicher Umwelterfahrungen ändern. Susan Nolen-Hoeksema führt ihre neueren Studien an Kindern und Eltern durch, um zu überprüfen, ob und warum einige Kinder einen mehr problemlöseorientierten und andere einen passiveren (und damit vielleicht ruminationsfördernden) Stil bei der Aufgabenbewältigung entwickeln. Es bleibt zu untersuchen, welche Faktoren Rumination als habituellen „Response Style“ fördern, und welche Formen der Rumination eventuell nicht nur dysfunktional sein könnten.

So diskutieren, im Gegensatz zu Nolen-Hoeksema, Martin und Mitarbeiterinnen (Martin et al., 2004), dass Rumination auch eine *funktionale Strategie* im Kontext der Zielerreichung darstellt. Rumination sorgt für eine „innere Wiedervorlage“ von Zieldiskrepanzen, die gegebenenfalls Selbstwert bedrohend sein können und deshalb beachtet werden sollten. Wenn Individuen sich nicht so erleben, dass sie Fortschritte in Bezug auf ihre Ziele erreichen, dann werden sie aufgrund des Zeigarnik-Effekts durch wiederkehrende Gedanken an diese unerledigte Aufgabe erinnert. Die Goal Process

Theory kann in den größeren Rahmen des S-REF-Modells von Matthew und Wells eingebettet werden. Rumination kann eine Funktion der Selbstregulation sein, denn zielbezogene Information bleibt solange aktiviert, wie die Selbstdiskrepanz (auf der obersten Ebene des Self-Knowledge) vorgefunden wird. Wie wird diese Diskrepanz vermindert? Nach der S-REF-Theorie können Copingmechanismen entweder auf die „Lower Level Networks“ verzerrend einwirken, um die Diskrepanz weniger deutlich werden zu lassen, oder es werden Maßnahmen ergriffen, um die äußeren Umstände zu ändern. Die Goal Process Theory besagt, dass Rumination, definiert als die Tendenz, über unerreichte Ziele nachzudenken, jeder dieser beiden Copingprozesse zuarbeitet: Rumination kann entweder dazu beitragen, die Diskrepanz mental zu korrigieren oder zu verzerren (über emotional-fokussiertes Coping im Sinne von Matthews und Wells) oder es kann zu neuen Problemlöseschritten führen (was dann problemfokussiertes Coping im Sinne von Matthews und Wells wäre). Die erste Strategie wäre unter Umständen effektiv, die zweite würde zu einer pathologischen Entwicklung führen. Aus diesem Blickwinkel heraus ist die Goal Attainment Theory von Martin und Mitarbeiterinnen breiter angelegt als die Theorie von Nolen-Hoeksema, denn Rumination kann im Gegensatz zur Response Styles Theory 1. zu effektiver Handlung führen, und Rumination kann 2. eine ganze Bandbreite von emotionalen Zuständen mit bedingen, nicht nur Depression. Darauf deuten im übrigen auch die neueren Befunde hin (vgl. Kapitel 2.6).

S-REF-Modell und Response Styles Theory ergänzen sich insofern, als beide die unterschiedliche Auswahl von Copingstrategien als auslösend für Rumination ansehen. Copingstrategien im S-REF-Modell können emotionsfokussiert bzw. problemfokussiert sein, in der Response Styles Theory entspricht dies der habituellen Rumination bzw. Distraction. Interindividuelle Unterschiede würden darin bestehen, dass auf der obersten Ebene des Self-Knowledge unterschiedliche Copingstrategien ausgewählt werden können, die bei Nolen-Hoeksema als habituelle Tendenz und bei Matthews und Wells als übergeordnete Überzeugungen und Handlungspläne konzipiert sind. Unterschiede zwischen den beiden Ansätzen bestehen darin, dass im S-REF-Modell diese Überzeugungen erst aktiviert werden, wenn Selbstdiskrepanzen vorliegen. Darin liegt auch die eigenständige Position von Matthew und Wells: Erst die *Bewertung*, dass eine Diskrepanz vorliegt, und die *Bewertung*, dass diese Diskrepanz mittels Rumination scheinbar in den Griff zu bekommen ist, löst Rumination als Bewältigungsstrategie aus, oder besser ausgedrückt, lässt das Individuum Rumination auswählen. Es handelt sich um eine wesentlich komplexere

top-down-Regulation (mit Rückkopplungsschleifen) als bei der Response Styles Theory.

Unterschiede bestehen ebenfalls in der Einschätzung der Schädlichkeit von Rumination – und in der salutogenen Wirkung von Distraction. Nolen-Hoeksemas' Annahme, dass Distraction im Gegensatz zu Rumination keine schädliche Auswirkung hat, sollte überprüft werden. So gibt es neuere Befunde, die zeigen, dass sich vor allem niedergeschlagene Personen mit höheren Depressionswerten versuchen, über kognitive Ablenkungsmanöver zu stabilisieren; die Autoren diskutieren jedoch diese Strategie als eine, die zu „Workaholism“ und Burnout führen könnte (Feist, 2007) und damit letztlich die depressive Stimmung verschlimmert.

Während Rumination bei Nolen-Hoeksema immer maladaptiv ist, unterscheiden Matthews und Wells positive und negative Beliefs über Rumination, die bei gesunden Personen und solchen mit Generalisierter Angststörung oder Depression unterschiedlich ausgeprägt sind. Bei gesunden Personen scheinen beide Beliefs vorzuliegen, sie können aber auch relativiert und abgeschwächt werden. Bei Personen, die sich häufig Sorgen machen oder Grübeln, überwiegen die positiven Beliefs über diese Vorgänge (z.B. „Wenn ich mir überhaupt keine Sorgen machen würde, hieße das, das Schicksal herauszufordern.“ „Grübeln hilft mir, um zu verstehen, warum ich so niedergeschlagen bin.“). Es müßte im direkten Vergleich von nichtklinischen mit klinischen Stichproben überprüft werden, ob sich gesunde Personen und Patienten mit Depression und Angststörung darin unterscheiden, wie vehement und ernsthaft sie an ihre Überzeugungen „glauben“ und inwieweit sie diese relativieren können. Stellt man das S-REF-Modell der Goal Attainment Theory und seinen Erweiterungen aus der Hemisphärenforschung gegenüber, können einige übereinstimmende Vergleiche gezogen werden: Beide Hemisphären können von „Lower Level Networks“ aktiviert werden. Gut integrierbar sind auch die Vorstellungen über Routineprozesse (rechtshemisphärisch) und die Suche nach neuen Problemlösungen, die bei einer Diskrepanz auf der Ebene des Self-Knowledge eher in der linken Hirnhälfte aktiviert werden. Wenn diese Problemlösung eine bekannte Technik beinhaltet, wird die rechte Hirnhälfte aktiviert. Wenn keine geeignete Lösung (rechts) gefunden wird, dann bleibt sie weiterhin aktiviert und Rumination geht weiter. Schwierig ist es, Metakognitionen in dieses Hemisphärenmodell zu übertragen, da nicht klar ist, „wo“ sie hemisphärisch repräsentiert sind. Wenn Metakognition ähnlich aufgefasst werden könnte wie die „Genug-Stopp-Regel“ bei Martin et al., dann bestimmt die rechte Hirnhälfte, ob der Fortschritt auf ein Ziel hin zufrieden stellend ist. Andererseits ist anzunehmen, dass

Metakognitionen relativ zeitinvariant sind, weil sie im Selbstschema repräsentiert sind, und deshalb könnten sie eher linkshemisphärisch verortet werden. Außerdem müsste überzeugender als bisher belegt werden, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Hemisphärenaktivierung gibt (da Frauen mehr ruminieren als Männer). Sogar unter der Annahme, dass es in der „hardware“ geschlechtsspezifische Unterschiede gäbe, würde die Hemisphärenforschung nicht dazu beitragen können, die Ursachen dieser Unterschiede aufzuspüren. Es müsste untersucht werden, ob sich in anderen Kulturen, die sich hinsichtlich ihrer Geschlechtsrollenfestlegungen unterscheiden, ähnliche Ruminationstendenzen auffinden lassen wie in den Untersuchungen, die in den USA von Nolen-Hoeksema durchgeführt wurden.

3.7 Fragen zur therapeutischen Relevanz der Modelle

Nolen-Hoeksemas Response Styles Theory, Matthews und Wells S-REF-Modell und die Auffassung von Rumination als Funktion von Zielfrustration und rechtshemisphärischer Aktivierung haben aus unterschiedlichen Blickrichtungen den Prozess wiederkehrender Gedanken formuliert. Welcher dieser Ansätze kann zu erfolgreichen klinischen Interventionen führen?

Ist gesunder Umgang mit intrusiven unerwünschten Gedanken eher möglich, wenn man in der Kindheit gelernt hat, sich gewohnheitsmäßig bewusst von Grübelgedanken abzulenken (Distraktion bei Nolen-Hoeksema), wenn man differenzierte Problemlösefähigkeiten erwirbt (Martin & Tesser), wenn man seinen Gedanken relativ freien Lauf lässt (Gedankensuppression) oder wenn man weniger fest daran glaubt, dass man durch Grübeln einer Sache „auf den Grund“ kommt (wie im Metakognitiven Modell)? Oder könnte es eine Kombination aus allen Faktoren sein?

Das S-REF-Modell von Matthews und Wells besticht dadurch, dass diese Hypothesen nicht nur untersucht, sondern auch als Therapierationale abgeleitet und getestet werden können. Interventionen können auf jeder der drei Ebenen ansetzen. Auf der untersten Ebene können die „automatischen Gedanken“ und Körperempfindungen, die als auslösende Trigger vielleicht unbeachtet bleiben, in der Therapie untersucht werden. Die Copingstrategien der Klienten können pragmatisch dahingehend analysiert werden, ob sie (noch) effektiv sind oder vielleicht unerwünschte Nebenwirkungen zeitigen. Eine hoch effektive Intervention wäre es, auf der Ebene der Metabeliefs anzusetzen. Solange die Klientin oder der Klient davon überzeugt sind, dass Sich-Sorgen-machen und Grübeln helfen, um ihre Ziele zu erreichen, dann werden sie dies als scheinbar zielführende Strategie weiterhin einsetzen. Außerdem führen negative

Metakognitionen, z.B. über die Schädlichkeit der wiederkehrenden Gedanken, zu dysfunktionalen Kontrollversuchen, die die Gedanken weiterbestehen lassen und in Folge dessen andere negative Metakognitionen (dass die Gedanken unkontrollierbar und gefährlich sind) erst recht bestätigen. Deshalb sollten vor allem die *Metakognitionen* einer Überprüfung in der Kognitiven Verhaltenstherapie unterzogen werden, weniger die Inhalte des Sich-Sorgen-machens und des Grübelns. Da Rumination sehr wahrscheinlich einsetzt, wenn persönliche *Ziele* nicht erreicht werden konnten, kann geprüft werden, ob es zu einer Veränderung und Anpassung von Zielen kommen könnte, und ob Patienten überhaupt effektive *Problemlösetechniken* anwenden können. Insofern lässt sich das S-REF-Modell zusammen mit dem Zielerreichungsansatz als elaboriertes Modell für Selbstregulationsprozesse auch in den Rahmen des Selbstmanagement-Ansatzes von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2005) einordnen. Es geht darum, die nicht zielführenden Faktoren, vor allem Metakognitionen über das unerwünschte wiederkehrende Sich-Sorgen-machen und Grübeln, als Hindernisse auf dem Weg zu einer gelingenden Verarbeitung zu erkennen. In bezug auf die Behandlung des Grübelns und Sich-Sorgen-machens hieße das: Worry und Rumination stellen solange kein Problem dar, wie sie nicht überfrachtet werden mit Metakognitionen, die wiederkehrende Gedanken abwechselnd empfehlen und verteufeln, und unflexibel und lang anhaltend zur hauptsächlichen Bewältigungsstrategie einer Person werden.

Bei der Response Styles Theory bleibt offen, wie der habituelle Ruminationsstil noch im Erwachsenenalter beeinflusst werden kann. Die Entwicklung des habituellen Distraktions- oder Ruminationsstils müßte folgerichtig bereits bei Kindern in die Distraktionsrichtung gelenkt werden. Damit aber berühren sich Response Styles Theory und Metakognitive Theorie: Der Speicher des Wissens über sich selbst, das „Self-Knowledge“, wird durch Erfahrungen und Bewertungen in kindlichen und adoleszenten Entwicklungsphasen angelegt und „gefüllt“. In populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen plädiert Nolen-Hoeksema bei grüblerischen Erwachsenen für eine aktive Problembewältigung, Ablenkungsstrategien, Meditation und soziale Aktivitäten (Nolen-Hoeksema, 2004).

4 Therapieansätze für Worry und Rumination

Worry und Rumination sind schwierig zu behandeln. Auch von den erfolgreichen Interventionsansätzen profitieren viele Patienten nicht ausreichend (Purdon, 2004). Ein Problem besteht darin, die Prozesse des wiederkehrenden negativen Denkens noch nicht umfassend und konsistent genug beschreiben zu können. Je nach theoretischer und störungsspezifischer „Herkunft“ und Konzeptionalisierung von Worry und Rumination wurden unterschiedliche aufrechterhaltende Aspekte angenommen, therapeutische Interventionen abgeleitet und untersucht. Welche Faktoren müssen auf welche Weise verändert werden, damit Worry und Rumination „auf Normalmaß“ zurückkehren?

Auf der theoretischen Ebene war immer deutlicher geworden, dass der *Denkstil* beim Grübeln, die *Prozesse* des Denkens, genauso relevant sind wie die *Inhalte* der Gedanken selbst. Die Forderung, Stil und Inhalt kognitiver Prozesse zu unterscheiden, geht auf die grundlegenden Arbeiten von Teasdale und Mitarbeitern (Teasdale & Barnard, 1993) zurück. Die *Inhalte* des Denkens, wie sie in den vergangenen 20 Jahren der Einstellungsforschung (z.B. zum Attributionsstil) beforscht wurden, hatten wenig bis keine prädiktive Kraft, um Rückfälle bei Depression vorherzusagen, wohingegen der *Gedankenstil*, die *Art* des Denkens (z.B. dichotomes Denken, Urteilsprozesse vom Typ „quick and dirty“) ein substantieller Prädiktor für Rückfälle bei klinischen Depressionen war (Teasdale et al., 2001). In den letzten Jahren münzte Teasdale diese Befunde in ein Behandlungsprogramm um, das, aufbauend auf einer Meditationsmethode, die Art der Gedankenprozesse therapeutisch mit Erfolg verändern soll.

Theoretische Modelle und die Grundlagenforschung bei Sich-Sorgen-machen und Grübeln hatten deshalb enormen Einfluss auf die Entwicklung und Überprüfung neuer Behandlungsansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie, wie beispielsweise auf die Metakognitive Therapie für Depressives Denken von Wells und Papageorgiou (Wells, 2000) und die Achtsamkeitsorientierte Therapie (Mindfulness Based Cognitive Therapy) von Teasdale und Mitarbeitern (Teasdale et al., 2000).

Drei Ansätze können unterschieden werden:

- Therapieprogramme, die kognitives Vermeidungsverhalten konfrontieren: Ein Beispiel wäre die Sorgenexposition, wie sie von Margraf und Becker bei Generalisierter Angststörung vorgeschlagen wird (Becker & Margraf, 2002).

Therapieansätze für Worry und Rumination

- Therapieansätze, die verzerrte Urteilsprozesse umstrukturieren wie bei der „klassischen“ kognitiven Therapie bei Depression und Generalisierter Angststörung bzw. die Metakognitionen umstrukturieren wie die Metacognitive Therapy von Wells und Papageorgiou (Wells, 2000).
- Therapieansätze, die das Nicht-Manipulieren von Gedanken üben: Mindfulness Based Cognitive Therapy (Teasdale et al., 2001); „Detached mindfulness“ (Wells & Matthews, 1994, 1996)

Allerdings sind bei genauerer Betrachtung die Therapieansätze nicht so unterschiedlich, wie sie vorgeben. So werden beispielsweise bei der Metakognitiven Therapie von Wells und Papageorgiou auch Gedankenmanipulationen fokussiert; dem Klienten wird über mentale Übungen und über das Störungsmodell vermittelt, dass neben den Metakognitionen über das Sorgen bzw. Grübeln auch der Versuch, die Gedanken zu manipulieren (durch Gedankenunterdrücken, Kontrollieren) die Störung aufrechterhält.

In der folgenden Übersicht sind die Behandlungsansätze bei Worry und Rumination aufgeführt. Damit soll eine Basis für die Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden empirischen Studie geschaffen werden. Die Therapieansätze werden lediglich in ihren Grundzügen skizziert; unspezifische Behandlungsansätze für Worry und Rumination wie Entspannungsverfahren oder Problemlösetraining wurden als bekannt vorausgesetzt und nicht in die anschließende Darstellung aufgenommen.

Tabelle 4-01: Therapieverfahren bei Worry und Rumination

Worry bei GAD	Rumination bei Depression
Kognitive (Verhaltens-)Therapie	Kognitive (Verhaltens-)Therapie z.T. mit Entspannungsverfahren
Entspannungsverfahren (singulär)	
Sorgenkonfrontation in sensu und in vivo	
Metakognitive Therapie	Metakognitive Therapie
	Attention Training Therapy
	Mindfulness Based Cognitive Therapy
Problemlösetraining	Problemlösetraining
Kombinationen	Kombinationen
kein Gedankenstopp-Training	z.T. Gedankenstopp-Training

4.1.1 Worry bei Generalisierter Angststörung

Becker und Margraf legten 2002 erstmals ein umfassendes Behandlungsprogramm für die Generalisierte Angststörung (GAS) im deutschen Sprachraum vor. Es enthält eine Kombination der wesentlichen Elemente zur Behandlung von Worry und soll deshalb statt der einzelnen Therapien (z.B. nur Entspannungsverfahren allein), die es im angloamerikanischen Raum gibt, vorgestellt werden. Für das Behandlungsprogramm sind neben eigenen Studien vor allem die Forschungsbefunde zu Worry von Borcovec et al. (1983) grundlegend, der a) *verbales* Sich-Sorgen-machen als gelingende Vermeidung von Arousal und b) die dadurch entstehende *emotionale Distanz* als aufrechterhaltende Faktoren für GAS postulierte.

Nach einer Vermittlung von Informationen über die Generalisierte Angststörung und zum Therapierationale werden die Klienten auf die Sorgenkonfrontation in sensu und in vivo vorbereitet. Die Grundidee ist, dass erst das detaillierte „Zu-Ende-Denken-und-Fühlen“ einer Sorge (statt des Springens von Sorge zu Sorge) eine Angstexposition ermöglicht, die dann über den Habituationsprozess an Schrecken verliert und die Angst von selbst zurückgehen läßt. Für die *Konfrontation in sensu* wird nach dem Erstellen einer Sorgenhierarchie ein Vorstellungsszenario ausgewählt und ausgearbeitet („Sorgendrehbuch“). Ziel ist, diese Szene nun *mit emotionaler Beteiligung zu imaginieren*. Beispielsweise soll mit einer Patientin über die Auswahl von Sorgenthemen (wie z.B. ihr Sohn hat Probleme im Beruf, seine Frau verlässt ihn, er verliert die Arbeit und könnte womöglich „kriminell werden“) ein Sorgendrehbuch über eine Besuchsszene im Gefängnis entwickelt werden. Diese Szene wird genau vorbereitet und begleitet, da die detaillierte Vorstellung der Schreckensszenarien auch im Therapieprozeß wegen der damit verbundenen emotionalen Aktivierung noch hartnäckig mental vermieden werden können. Für manche Patientinnen und Patienten werden deshalb zusätzlich noch Elemente eines Imaginationstrainings zwischengeschaltet. Die *Konfrontation in vivo* soll generell von Patienten allein durchgeführt werden: Vermeidungsverhalten (z.B. Zeitung nicht lesen, um nicht mit Informationen über die Firma des Sohnes konfrontiert zu werden) soll aufgegeben und neues, noch angstbesetztes, Verhalten (Zeitungslesen, kleine Risiken eingehen) eingeübt werden. Das Rückversicherungsverhalten soll reduziert werden, z.B. von täglichen Telefonaten auf einmaliges Anrufen des Sohnes am Wochenende.

Becker und Margraf ergänzen diese Vorgehensweise noch um *kognitive Interventionen* wie eine *Realitätsüberprüfung* und *Entkatastrophisieren*, also ein Hinterfragen der

Inhalte von Worry, die aus der kognitiven Verhaltenstherapie stammen. Wichtig ist auch die Durchführung der *Progressiven Muskelrelaxation* während und nach der Therapie, um das erhöhte (Worry-aufrechterhaltende) Arousal bei GAS-Patienten zu senken. Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten soll ebenfalls weiterhin durchgängig beobachtet und aktiv unterbrochen werden.

Bei der Behandlung von Worry bei der Generalisierten Angststörung spielen *sowohl Form als auch Inhalt* von Gedanken eine wesentliche Rolle: Die Form der Kognitionen als verbal-narratives „von-Sorge-zu-Sorge-springen“ wird über imaginative Verfahren aufgebrochen, und der gefürchtete Inhalt der Kognitionen wird über Realitätsüberprüfung und Entkatastrophisieren entzerrt. Letztlich geht es aber darum, dass über diese beiden Wege eine bislang blockierte *emotionale Bewältigung* von Unsicherheit einsetzen kann. Unsicherheitstoleranz soll für GAS-Patientinnen und -patienten sowohl kognitiv als auch emotional „aushaltbar“ werden.

4.1.2 Rumination bei Depression

Für depressive Störungen werden eine Vielzahl kognitiver Symptome angegeben (Wolfersdorf & Heindl, 2003). Diese umfassen eine negative Einstellung gegenüber sich selbst (als Person, den eigenen Fähigkeiten und dem eigenen Erscheinungsbild), gegenüber der Zukunft, Pessimismus, permanente Selbstkritik, Selbstunsicherheit, Hypochondrie, Einfallsarmut, langsames, mühseliges Denken, Konzentrationsprobleme, zirkuläres Grübeln, Erwartung von Strafen oder Katastrophen, Wahnvorstellungen, z.B. Versündigungs-, Insuffizienz- und Verarmungsvorstellungen, rigides Anspruchsniveau, nihilistische Ideen der Ausweglosigkeit und Zwecklosigkeit des eigenen Lebens, Suizidideen (Hautzinger & De Jong-Meyer, 1998). Beck prägte den Begriff der „kognitiven Triade“, die die negative Sicht über sich selbst, über die Umwelt und die Zukunft umfaßt.

In der Kognitiven Therapie für Depression (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1992), die als state-of-the-art-Behandlung der unipolaren Depression gilt, werden diese kognitiven Symptome erst nach dem Vermitteln eines plausiblen Störungsmodells und einer Phase der Aktivierung, z.B. dem Aufbau angenehmer Aktivitäten im Alltag, in den Fokus genommen. Drei Hauptgebiete negativen Denkens sollen verändert werden: *negative automatische Gedanken*, *Denkfehler* (kognitive Verzerrungen) und *depressive Schemata*. Die Aktivierung negativer Schemata („Ich muß immer Erfolg haben, sonst bin ich ein nutzloser Mensch“) wird durch Ereignisse ausgelöst, die nicht in das Schema der Person passen, z.B. durch einen Mißerfolg. Negative Schemata triggern

negative automatische Gedanken, die scheinbar spontan einschließen, bildlicher oder verbaler Natur sein und sich zu zirkulärem Grübeln steigern können. Negative automatische Gedanken umfassen Gedanken über die Person selbst („Ich bin zu nichts nütze“), die Umwelt/externale Ereignisse („Das Leben hat keinen Sinn“) und die Zukunft („Mein Leben wird scheitern“), die so genannte *negative kognitive Triade*.

Denkfehler oder systematische Verzerrungen des Denkens umfassen beispielsweise selektive Abstraktion, Übergeneralisieren und dichotomes Denken. In der Therapie regt die Therapeutin/der Therapeut in der Haltung des Sokratischen Dialogs an, die *Inhalte* und die damit verbundenen *systematischen Verzerrungen* der automatischen Gedanken einer Überprüfung zu unterziehen, z.B. „Wie würden Sie definieren, dass jemand zu etwas nütze ist?“ und Gegenbeweise und alternative Erklärungen mit unterschiedlicher Plausibilität zu entwickeln. Anschließend wird der Zusammenhang von negativen Gedanken und Affekt, z.B. mittels der 5-Spalten-Technik, überprüft, und der Patient lernt, dass seine Bewertungen zur Aufrechterhaltung der schlechten Stimmung beitragen. Zudem wird geübt, die systematischen *Denkverzerrungen zu identifizieren und zu überprüfen*; z.B. das „Gedankenlesenkönnen“, ob man wirklich weiß, was andere Personen von einem halten, oder „Übergeneralisieren“, ob man beispielsweise aus einem singulären Vorfall Schlüsse für „das ganze Leben“ ziehen kann. Dies wird in Verhaltensexperimenten und mit einer Vielzahl von Einzeltechniken und Übungen durchgespielt. In einem längeren Therapieabschnitt geht es um die *Überprüfung von dysfunktionalen Schemata*, die aus überdauernden Lernerfahrungen stammen. So kann das Schema „Ich bin machtlos“ in Situationsanalysen und Verhaltensexperimenten auf seinen Gehalt in der Situation der Person im Erwachsenenalter überprüft werden.

Kognitive Therapie für Depression (Beck et al., 1992) ist mit hoher Wahrscheinlichkeit die am besten evaluierte psychologische Intervention für psychische Störungen. Zusammengefasst geht es um die inhaltliche Überprüfung zentraler Schemata und Inhalte von automatischen Gedanken. Die Klienten erhalten durch das Erlernen der Techniken und Identifizieren der individuellen kognitiven Verzerrungen das „Handwerkszeug“, um ihre Grundannahmen und hinderlichen negativen Grübeleien weiterhin selbst hinterfragen zu lernen.

4.1.3 Gedankenstopp-Technik

Gedankenstopp stellt eine Form des Aversionstrainings dar. Grundlegend für das Aversionstraining ist die Annahme von Wolpe (1973): Wird ein aversiver Stimulus eingeführt, dann ist die dadurch erzeugte Response unvereinbar mit der unerwünschten, emotionalen Response, die sonst normalerweise auftritt, beispielsweise Angst. Das Verfahren läuft so ab, dass der Patient signalisieren muß, dass er in diesem Moment den unerwünschten Gedanken hatte, und der Therapeut unmittelbar darauf laut „Stopp“ ruft oder einen schmerzhaften Schock appliziert. Der Patient soll dies anschließend übernehmen und sich beim Auftreten des Gedankens diesen Schmerz selbst zufügen, z.B. sich zwicken, ein um das Handgelenk getragenes Gummiband gegen die Haut schnalzen lassen oder schließlich allein durch das Stoppsagen bzw. -denken den Gedanken unterbrechen können. Diese Prozedur wurde mit unklarem Erfolg sowohl für Posttraumatische Belastungsstörungen (Kilpatrick, Veronen, & Resick, 1982), sowie Zwangsgedanken (Hackman & Mc Lean, 1975; Likierman & Rachman, 1982) eingesetzt und zum Teil für Rumination empfohlen. Dieses Verfahren wurde jedoch äußerst heftig kritisiert. Die Assoziation zwischen dem aversiven Reiz (Gummiband) und dem Gedanken führe erst recht zu einem Schlüsselreiz für das Auftreten ruminativer Gedanken, kritisierte z.B. Blue (1978). Außerdem sind vermutlich ganz andere Prozesse dafür verantwortlich, wenn durch dieses Vorgehen Rumination tatsächlich weniger häufig auftrete (Rachman & Hodgson, 1980): statt dass der aversive Reiz und die Angstemotion einfach entkoppelt würden, komme eine positive Wirkung vielmehr zustande, dass der Patient den unerwünschten Gedanken umwertet („nicht mehr so schlimm“) und eine erhöhte Selbstwirksamkeit erlebe. Dieses Verfahren wurde zum Teil dadurch abgewandelt, dass nach der Stopp-Unterbrechung die Patienten üben sollten, anschließend einen positiveren Gedanken bzw. eine angenehme bildliche Vorstellung (z.B. Palmenstrand) einzusetzen.

Gedankenunterdrückung ist jedoch klar kontraindiziert bei den führenden Theorien zu Ängsten, die bei Zwangsstörungen auftreten (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985, 1998; Wells, 2000), denn Gedankenunterdrückung hält die Häufigkeit von Intrusionen aufrecht und untermauert dysfunktionale Überzeugungen über deren Gefahrenpotential. Erst wenn es dem Patienten mit therapeutischer Hilfe gelingt, das vermeintliche „Gift“ der Bedeutung seiner Gedanken anders zu bewerten, kann er

dysfunktionale Copingstrategien unterlassen, die wiederum die Störung aufrechterhalten.

Im Theorie-Kapitel über Gedankensuppression (3.4) wurde das Modell von Wegner bzw. Wenzlaff vorgestellt. Erstaunlicherweise gibt es zum paradoxen Effekt der Gedankensuppression inkonsistente Befunde (Purdon, 1999; Rassin, Merckelbach, & Muris, 2000). Milde bis mäßige Rebound-Effekte von Gedankenunterdrückung konnten Abramowitz et al. (2001) in einer Metaanalyse feststellen. Jedoch konnte in anderen Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen Gedankenunterdrückung und einem Andauern schlechter Stimmung (Inkubationseffekt) gefunden werden (Roemer & Borkovec, 1994). Von unterschiedlichen Seiten werden Überlegungen angestellt, wie diese inkonsistenten Befunde zu erklären sind: Gedankenunterdrückung könnte kurzfristig eine dysphorische Stimmung verbessern. Gedankenunterdrückung bei ehemals depressiven Patienten könnte aber auch anfällig für Unterbrechungen sein und dann eine nicht erledigte Aufgabe darstellen, die besonders häufig erinnert wird (Purdon, 2004).

Eine *Unterbrechung des Grübelns durch geplante Aktivitäten* wird als einziges Beispiel zur direkten Grübelbehandlung im Manual von Hautzinger et al. (Hautzinger, Stark, & Treiber, 1989) beispielhaft so angegeben: Ein Patient, der morgens noch lange im Bett liegt und grübelt, soll die Situation so kontrollieren lernen, dass er sich morgens gleich anzieht und nach dem Frühstück für eine halbe Stunde das Haus verlässt. Hier soll Grübeln also über eine Veränderung und Kontrolle derjenigen Situationen erreicht werden, die im Zusammenhang mit grübelfördernden Aktivitäten auftreten. Im Manual von Stavemann, der kognitive Verfahren in der Verhaltenstherapie ausführlich beschreibt, taucht Gedankenstopp gar in neuem Gewand auf, hier wird sie als Methode, „verdeckte problematische Prozesse wieder in das Bewusstsein zurückzuholen“ (Stavemann, 2003) beschrieben. Der Patient soll halblaut Stopp rufen, wenn er sich bei einer geleiteten Vorstellungübung bei einer vorher identifizierten Emotion ertappt, um anschließend die Situation mit Hilfe von strukturierenden Fragen hinsichtlich seiner automatisch ablaufenden Bewertungen zu analysieren.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Gedankenstopp *völlig kontraindiziert ist bei Worry*, die im Rahmen der Generalisierten Angststörung auftritt, und *bei Rumination* immer noch ein *hoch umstrittenes* Verfahren darstellt.

4.1.4 Übergreifende neue Therapieansätze

Für die vorliegende empirische Studie interessieren besonders diejenigen Therapieansätze, mit denen man Worry und Rumination gleichzeitig behandeln könnte. In der praktischen Arbeit haben es Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten meist mit Menschen zu tun, die sowohl über Vergangenes grübeln als auch sich über bestimmte Dinge in der Zukunft Sorgen machen. Dies trifft bereits bei der Major Depression als alleiniger Diagnose zu, das Problem verschärft sich aber noch, wenn eine Angststörung und eine Major Depression gleichzeitig vorliegen. Diese Komorbidität ist eher der Regelfall als die Ausnahme (Reinecker, 1993, 1994, 2003) und verlangt nach einer optimalen Behandlungsplanung (Reinecker, 1999; Reinecker & Fiedler, 1997).

Ein depressiver Patient mit Major Depression denkt nicht nur über Versagen in der Vergangenheit nach, sondern macht sich auch über Zukünftiges Sorgen. Dies postuliert zumindest Beck mit seinem Begriff der kognitiven Triade (s. „Rumination bei Depression“). Zirkuläres Grübeln *und* die Erwartung von Katastrophen und Strafen finden sich auch in der klinischen Praxis, wie die Symptomliste von Hautzinger und de Jong-Meyer (in: Reinecker, 2003) zeigt.

Treten Ängste und Depression gleichzeitig auf, muß sich der Therapeut/die Therapeutin entscheiden, welches Störungsbild aktuell bzw. im Funktionalen Bedingungsmodell Vorrang hat, und daraus dann die entsprechenden Techniken ableiten (Reinecker, 1994; Reinecker & Fiedler, 1998). Zwei Beispiele:

1. Bei einer Patientin mit Generalisierter Angststörung (GAS) und Depression muß immer ein Balanceakt vollzogen werden. Expositionen in sensu zu Sorgengedanken verbieten sich, weil die Patientin emotional meist nicht in der Lage ist, zu habituierten, und eher suizidale Tendenzen unterstützt werden könnten, wenn man Katastrophen tatsächlich „zu Ende denkt“. Wenn aber die GAS die Depression langfristig mit ausgelöst hat, muß man auch die zugrundeliegende Störung kognitiv behandeln, wobei nicht klar ist, ob man dies gleichzeitig, zuvor oder danach tun sollte. Einer genauen Entscheidungshilfe gehen die GAS-Therapeuten mit eher vagen Hinweisen aus dem Weg (Becker & Margraf, 2002).

2. Ein depressiver Patient mit einer z.B. sozialen Phobie hat zum Teil durchaus nachvollziehbare Ängste entwickelt vor zukünftigen realen Bedrohungen im Beruf und in der Familie, die man mit ihm nicht allein unter dem Gesichtspunkt einer depressiven kognitiven Verzerrung nach Beck „herunterdiskutieren“ kann. Zudem kann es bei

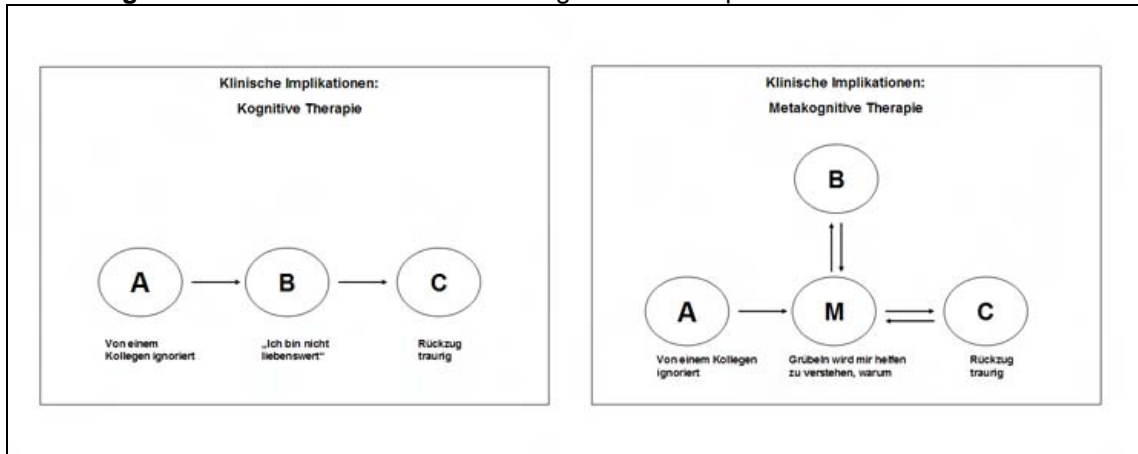
Verhaltensexperimenten zur Überprüfung zu depressiven Verzerrungen hinsichtlich der Attribuierung kommen, die eine Behandlung der sozialen Ängste erschweren: Hat der Patient erfolgreich eine Situation gemeistert, in der er Sorgen über sein soziales Auftreten einer Realitätsprüfung unterziehen sollte, kann er die positive Erfahrung durch die depressiv verzerrte post-hoc-Attribuierung auf die „zu leichte“ Situation, und die depressogen stimmungsabhängige Bewertung „Ich fühle mich aber jetzt nach der Übung auch nicht besser“ in ihrer Wirkung deutlich minimieren. Andererseits sollen in der Depressionsbehandlung auch der soziale Rückzug beendet und soziale Kompetenzen aufgebaut werden, was dann schwierig ist, wenn schon vor der Depression chronisches Sich-Sorgen-machen über die eigene soziale Performanz bestand.

Deshalb sollen zwei neuere Verfahren vorgestellt werden, die vielversprechend für die Behandlung von Worry als auch Rumination sind: Metakognitive Therapie und Mindfulness Based Cognitive Therapy.

4.1.5 Metakognitive Therapie

Die Metakognitive Therapie (Metacognitive Therapy, MCT) wurde von Wells, basierend auf dem bereits im Theorieteil vorgestellten Self-Regulatory Executive Functioning-Modell, zunächst für die Generalisierte Angststörung entwickelt (Wells, 1997). Es stellt dysfunktionale Meta-Annahmen über die Gedanken in den Mittelpunkt der Behandlung (Wells, 2000). Nicht der Gedanke an sich hat dysfunktionales Potential, sondern die Metakognition über den Gedanken (vgl. folgende Grafik)

Abbildung 4-01: Grundannahmen der Metakognitiven Therapie



Damit geht die MCT über die Behandlung von Gedankeninhalten wie bei der Exposition in sensu bei Sorgengedanken vorgeschlagen (s. oben) hinaus. Sie greift bei den „steuernden“ Bewertungen an, die aber wiederum auch nicht in die gleiche Kategorie wie die kognitiven Verzerrungen bei der Depressionsbehandlung nach Beck passen (Denkfehler beim rationalen Schließen, Argumentationsfehler, dichotome Urteilstendenzen).

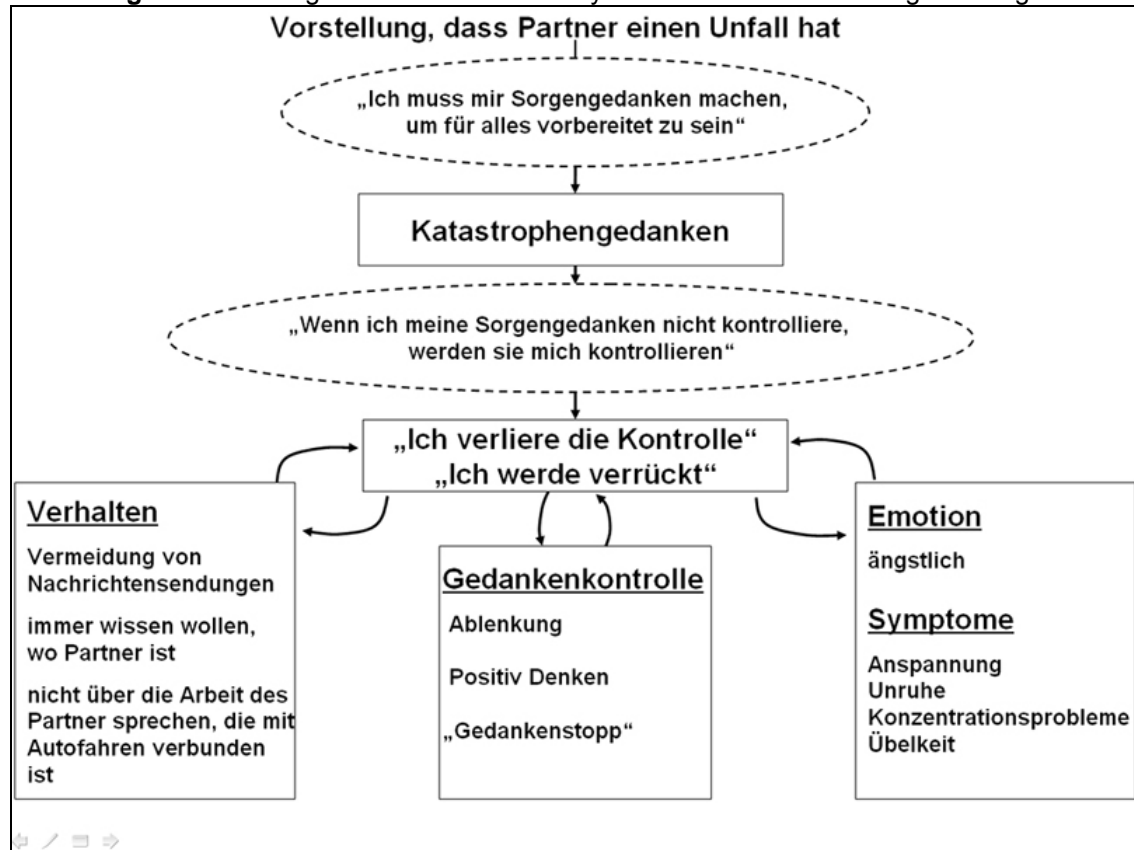
In der jüngsten Zeit wurde das S-REF-Modell (s. Kapitel 3.3) und die Metakognitive Therapie auch für Depression angewandt. Es liegen inzwischen Therapiemodelle für die metakognitive Behandlung für Posttraumatische Belastungsstörung (Wells et al., 2004), und sogar für Hypochondrie und Zwangsstörungen vor, die auf dem World Congress for Behavioral Cognitive Therapy 2007 in Barcelona vorgestellt wurden. Damit gewinnt die MCT (zumindest im englischen Sprachraum) derzeit enorm an Bedeutung, da sie über das gleiche Therapierationale, nämlich vor allem die Veränderung von Metakognitionen, die Hauptursachen für die pathologische Entwicklung von wiederkehrenden Gedanken bei unterschiedlichen Störungen beheben will.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll das Modell für die Behandlung von Worry in der Generalisierten Angststörung und die Behandlung von Rumination in der Depression kurz dargestellt werden.

4.1.5.1 Metakognitive Therapie bei Generalisierter Angststörung

Wells unterscheidet zwischen Worry an sich (Worry Typ 1) und „Worry über Worry“ (Worry Typ 2). Worry vom Typ 1 sind die „Katastrophengedanken“ in der folgenden Grafik, Worry vom Typ 2 wäre die Sorgen „Ich verliere die Kontrolle“ und „Ich werde verrückt“.

Abbildung 4-02: Metakognitives Modell bei Worry in der Generalisierten Angststörung



Die Patientin hat vermutlich auch positive Beliefs über Worry, etwa „Ich muss mir Sorgengedanken machen um für alles vorbereitet zu sein. Negative Beliefs sind „Wenn ich meine Sorgengedanken nicht kontrolliere, werden sie mich kontrollieren“. Erst Worries vom Typ 2 „ich kann gar nicht mehr aufhören, daran zu denken, ich verliere die Kontrolle, wahrscheinlich werde ich verrückt“ machen aus normalen Sorgengedanken pathologische Kognitionen. Worries vom Typ 2 drehen sich um die Unkontrollierbarkeit und Gefährlichkeit des Sich-Sorgen-machens. Die Patientin hält sich mit diesen ambivalenten Metakognitionen aus positiven Beliefs und Typ-2-Worry in der Zwickmühle ihrer Sorgen gefangen: Hört sie auf, sich Sorgen zu machen, könnte sie nicht mehr „auf alles vorbereitet“ sein, diese Variante kann also keinesfalls

ausprobiert werden. Wenn sie dagegen fortfährt, sich Sorgen zu machen, wird sie voraussichtlich verrückt werden. In ihrem Dilemma wird es für die Klientin immer unwahrscheinlicher, andere Copingformen zu suchen oder zu wählen außer Worry. Wenn die Sorgen dann anhalten, beeinträchtigen die Typ-2-Sorgen das effektive Bewältigen oder auch Vorübergehenlassen von Typ-1-Sorgen. Sie verlängern damit die Sorgenepisode, und die Sensibilität für das Entdecken neuer sorgenrelevanter Themen steigt. Zusätzlich kann ein aufrechterhaltender Mechanismus für Typ-1-Sorgen in Gang gesetzt werden, und zwar über das Vermeiden von Schlüsselreizen (cues) oder über Gedankenunterdrückung.

In der Therapie wird mit der Klientin zunächst das Therapierationale erörtert. Dies wird über hypothetische Fragen, kleine Gedankenexperimente, das Anknüpfen an die Erfahrung der Patientin und die Einbettung dieser Erfahrung in das Metakognitive Modell erreicht. Eine hypothetische Frage zum Beispiel ist: „Inwiefern wäre Sich-Sorgen-machen ein Problem, wenn ihr Leben davon abhinge?“

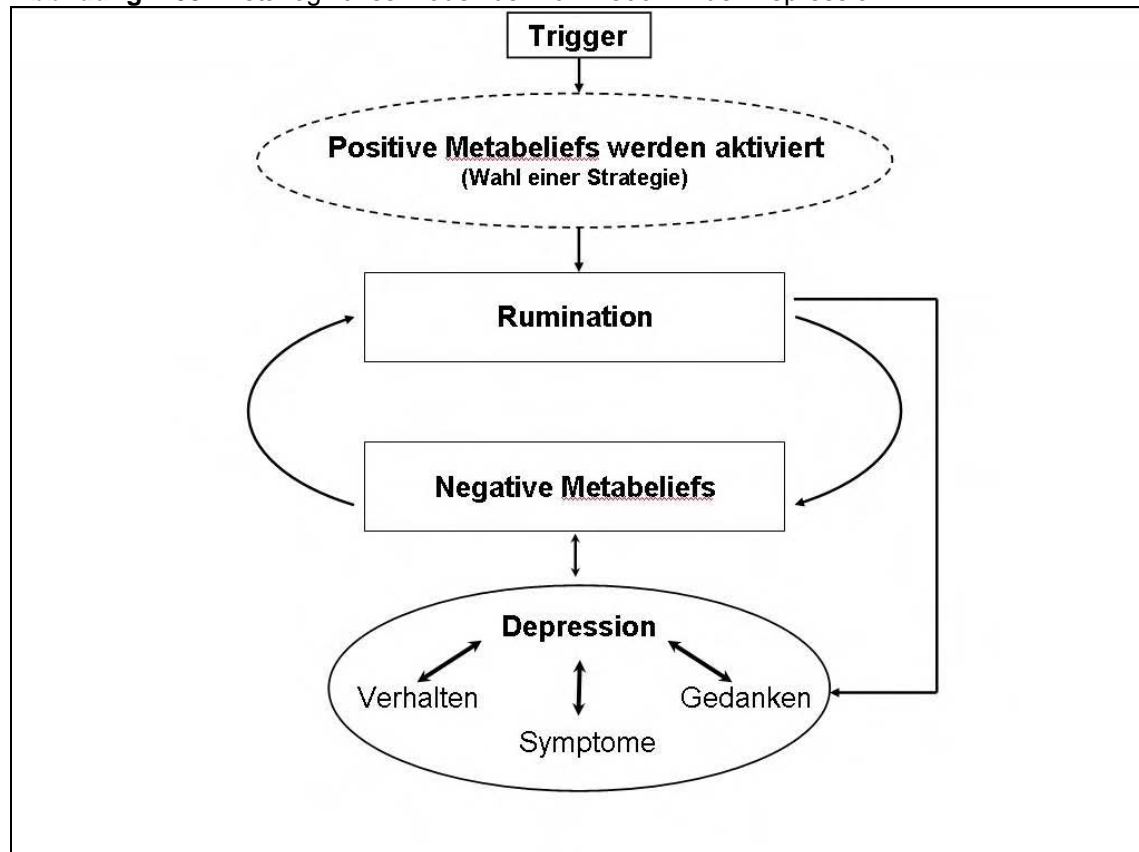
Die negativen Beliefs über Worry, seine Unkontrollierbarkeit und seine Schädlichkeit z.B. für die Gesundheit, sind der Hauptgegenstand der kognitiven Umstrukturierung. Dazu werden wiederum kognitive Verhaltensexperimente über die vermeintliche Unkontrollierbarkeit von Gedanken durchgeführt oder über die in ihrer übertriebenen Form abergläubische Annahme, das Sich-Sorgen-machen tatsächlich Schaden abwenden kann. Zudem werden auch die positiven Überzeugungen über Worry gemeinsam einer kritischen Überprüfung unterzogen. Das Therapierationale favorisiert hingegen keine Versuche einer aktiven Problemlösung, da dann die Ansicht der Klientin bestehen bleiben würde, dass es noch Grund zur Sorge gibt.

4.1.5.2 Metakognitive Therapie bei Depression

Im Metakognitiven Modell über Rumination und Depression werden zwei Ziele aufgestellt:

1. Metakognitive Überzeugungen zu hinterfragen, z.B. über das Experiment „Geplantes Grübeln“, dass es nicht möglich ist, Grübeln zu kontrollieren und zu steuern.
2. Negative Metakognitionen über die Gefahren, die vom Erleben von Gefühlen ausgehen könnten, zu hinterfragen, die zu Selbstbezogenheit und Rückfallangst führen.

Abbildung 4-03: Metakognitives Modell bei Rumination in der Depression



Die Wege in der Metakognitiven Therapie für die Depression dazu sind ähnlich wie beim oben vorgestellten Procedere bei der Generalisierten Angststörung:

1. Die Patienten werden zunächst mit dem Therapierational vertraut gemacht (Socialization).
2. Der Therapeut hilft dabei, das „Loslassenkönnen“ des ruminativen Denkens zu erleichtern, z.B. über eine Vor- und Nachteilsanalyse mittels entsprechender Fragebögen zu positiven und negativen Beliefs und durch kognitive Experimente. So schlagen Wells und Papageorgiou vor, dass der Patient z.B. Metaworry vom Typ 2 über die Vorteile des Grübelns („hilft bei Problemlösung“) in Verhaltensexperimenten an zwei aufeinanderfolgenden Tagen vergleicht, an dem einmal 2 Stunden gegrübelt wird im Vergleich zu einem Tag, an dem es nicht gut möglich ist zu grübeln (z.B. wegen einer Reise, bei einer Sportveranstaltung). Der Patient soll Qualität und Quantität der gefundenen Problemlösungen und die Stimmung jeweils vergleichen.
3. Die flexible Kontrolle über die Kognitionen erhöhen, über a) Aufmerksamkeitstraining, b) „verschriebenes“ geplantes Grübeln, und c) „detached mindfulness“, also die Distanzierung von allen Versuchen, mit Gedanken manipulativ oder bewertend umzugehen. Dazu gibt es verschiedene Übungen, die der Patient/die Patientin schließlich selbst zwischen den Sitzungen durchführen soll.

- a) Das Aufmerksamkeitstraining soll ermöglichen, sozusagen aus eingefahrenen Gedankenspuren (wie bei der Rumination) heraus schneller wechseln zu können. Es handelt sich um für Therapeuten und Klienten einfach durchzuführende Hörübungen zur selektiven und wechselnden Aufmerksamkeitsfokussierung. Sie haben inhaltlich nichts mit den ruminativen Gedanken zu tun, sondern trainieren „lediglich“, die eigene Aufmerksamkeit gezielt auf einzelne bzw. gleichzeitig auftretende akustische Reize zu lenken und andere akustische Reize in den Hintergrund treten zu lassen. Insofern üben sie Basisfertigkeiten der Aufmerksamkeitslenkung, und bereiten den Boden dafür, durch die Bedeutungszuschreibung zu kognitivem Material dieses „festzuhalten“ (zu fokussieren) oder wieder „loszulassen“ (sich auf andere Töne zu konzentrieren) und dieses schnell wechseln zu können.
- b) „Verschriebenes Grübeln“ lehnt sich begrifflich an die Verschreibungen aus den Systemischen Therapien an. Es geht zum Teil um die paradoxe Erfahrung, dass eine vorgeschriebene Verhaltensweise, die sonst sowieso ausgeführt wird, durch die Verschreibung auf einmal unter das Primat der Planbarkeit gestellt wird; und zudem, da es nun vorgeschrieben worden ist, weniger gern/wahrscheinlich umgesetzt wird (Reaktanzphänomen). Dadurch vergessen die Patienten oft die Übung, was in einer Nachbesprechung zum Anlass dient, die Funktionalität des Grübelns zu überprüfen („...dann wird es nicht so wichtig gewesen sein“). Durch geplantes Grübeln zu einer bestimmten Uhrzeit, in einer definierten Zeitspanne kann der Patient/die Patientin die Erfahrung von Selbstregulation machen. Es müssen ja bestimmte Vorgehensweisen gewählt werden, um beispielsweise nach dem Beaufsichtigen der Hausaufgaben der Kinder am Nachmittag zu einer bestimmten Uhrzeit jetzt das Grübeln zu beginnen. Ebenfalls muss sich die Person überlegen, wie sie das Grübeln wieder beenden will, z.B. durch einen Wechsel in einen anderen Raum, durch ein Gespräch oder ähnliches. Dadurch können Kontrollüberzeugungen über Rumination wiederentdeckt und geeignete Copingstrategien ausprobiert werden.
- c) „Detached mindfulness“ ist für die MCT ein wünschenswerter Zustand insofern, als der Patient erst durch das aufmerksam-distanzierte Beobachten in die Lage versetzt wird, Rumination wählen zu können oder sich dagegen zu entscheiden. Die Patienten sollen lernen, nicht „auf jeden Gedankenzug“ aufzuspringen, und insbesondere, ihre Gedanken nicht zu manipulieren, z.B. um negativen Empfindungen vorzubeugen. Dieser letzte Gesichtspunkt wird noch einmal besonders für Depressionspatienten herausgehoben, da man weiß, dass ehemalige depressive Personen sich besonders stark darum bemühen, ihr inneres Gleichgewicht durch das Ausblenden negativer

Emotionen zu bewahren. Zudem beobachten sie sich in hohem Maße selbst, um frühzeitig Symptome einer erneuten Verschlimmerung erkennen zu können. Laut dem Therapieansatz der MCT stellen aber genau diese negative Selbstaufmerksamkeit und das Ausblenden von unerwünschten Gefühlen die „Achillesferse“ für das erneute Auftreten einer Depression dar: Die Angst vor erneuter Depression oder die Tendenz, beliebige Symptome als Warnsignale überzuinterpretieren, sind wiederum ungünstige Kognitionen auf der Metaebene. *Emotionen zu entkatastrophisieren und zu normalisieren* nimmt deshalb einen breiten Raum in der MCT ein. Hier gibt es Kombinationen mit bewährten Techniken der Kognitiven Therapie, wie Alternativerklärungen abschätzen, Wahrscheinlichkeiten prüfen und kognitive Verzerrungen auffinden. So soll der Patient beispielsweise überprüfen, wie andere Personen Veränderungen in der Stimmung, im Energiehaushalt, in Optimismus oder Müdigkeit erleben und bewerten (Ziel: Normalisieren). Zudem werden kognitive Verzerrungen beim schlussfolgernden Denken („Ich fühle mich müde, also werde ich wohl krank“) identifiziert und einer Überprüfung unterzogen.

Eine große Herausforderung für Therapeuten ist es, nicht selbst Metaworry vom Typ 2 zu unterliegen, wenn man um die langfristige Schädlichkeit depressiver Rumination aus den Untersuchungen der Forschungsgruppe um Nolen-Hoeksema weiß (s. Kapitel 3.5). Auch wird in anderen Behandlungsprogrammen empfohlen, Frühwarnsymptome mit Patienten für die sekundäre Prävention zu erörtern und ein „Notfallprogramm“ als Handlungsplan zu erstellen (z.B. Hautzinger et al., 1989). Diesen Widerspruch lösen Papageorgiou und Wells in ihrem Therapiemodell nicht auf.

Die Metakognitive Therapie wäre dann „erfolgreich“, wenn der Patient/die Patientin gelernt hat, unterschiedliche Gedanken und Gefühle zu erleben, ohne das Bedürfnis, unmittelbar mit Bewertungen oder Handlungen darauf reagieren zu müssen. Insofern ist das Ziel der Metakognitiven Therapie das gleiche wie bei der Mindfulness Based Cognitive Therapy. Der Unterschied dazu ist allerdings, dass die Patienten in der Metakognitiven Therapie ein Therapierational über die Auswirkungen von Metakognitionen und Gedankenmanipulation vermittelt bekommen, und im Sinne des Selbstmanagement-Ansatzes auch das „Handwerkszeug“ erwerben, um den aufrechterhaltenden bzw. rückfallriskanten Kognitionen selbst besser begegnen zu können. Bei der MBCT sollten sich diese Erfahrungen durch die Übungen „von selbst“ einstellen.

4.1.6 Mindfulness Based Cognitive Therapy

Teasdale und Barnard glauben, dass erst unter einer Bewertungshaltung manche Gedanken, die im Bewusstseinsstrom auftauchen, mit belastenden Bewertungen und Emotionen „beschwert“ werden, was einer normalen Verarbeitung im Wege steht (Teasdale & Barnard, 1993). Besonders tückisch wirke sich dieser Effekt für ehemalige depressive Patienten aus. Sie gingen von der von ihnen postulierten „differential activation hypothesis“ aus, nach der Patienten während der Depression eine enge Verknüpfung und Bahnung zwischen depressogenen Kognitionen und der depressiven Stimmung „erlernen“. Diese enge Verknüpfung wird bei kleinsten Frustrationserlebnissen nach einer überstandenen Depression sofort reaktiviert, wirkt rückfallauslösend und sollte deshalb dringend therapeutisch behandelt werden. Für diese Patientengruppe entwickelten sie ein Verfahren, das sie Mindfulness Based Cognitive Therapy nannten, im folgenden abgekürzt als MBCT (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). In der Mindfulness Based Cognitive Therapie wird über Meditationsübungen eine Haltung eingeübt, auf auftretende Gedanken, Gefühle und körperliche Empfindungen generell nicht-wertend zu reagieren, sondern sie als distanzierter Beobachter vorüberziehen zu lassen, sich nicht „automatisch“ mit seinen Gedanken und Gefühlen zu identifizieren. Dies setzt einen Zustand der Aufmerksamkeit für sich selbst voraus, um z.B. negative Gedanken frühzeitig zu identifizieren und dann, statt wie bisher in einen bewertenden (meist abwertenden) Modus zu schalten, sich an die neue Haltung des Vorüberziehenlassens zu erinnern. Die Meditationstechniken werden in der Regel in der Gruppe eingeübt und sind mehr oder weniger stark deutlich als buddhistische Meditationspraktiken erkennbar, z.B. über den Einsatz von Klangschalen, Gongs oder die Sitzhaltung aus einer bestimmten Schule des Zen-Buddhismus. Die eingesetzten Methoden sind z.B. der „Body Scan“, eine Wahrnehmungsübung für den ganzen Körper, die allmählich immer mehr ohne Bewertungen des Wahrgenommenen durchgeführt werden soll, und Atemmeditation. Darüber hinaus werden psychoedukative Elemente über die Bedeutung des nicht-manipulativen Umgangs mit Gedanken und den Auswirkungen von automatischen Gedanken, also klassische kognitive Verfahren, eingesetzt. Die Mindfulness Based Cognitive Therapy umfasst 8 Sitzungen, die Teilnehmer dürfen jedoch aktuell nicht depressiv sein. Eine weitere Anforderung sieht vor, möglichst nur solche Therapeuten einzusetzen, die selbst eine lange Meditationspraxis vorweisen können. In England überprüften Teasdale und Mitarbeiter die Meditation für diejenigen Patienten, die an rezidivierenden unipolaren Depressionen litten, mit erstaunlich guten, aber noch nicht

replizierten Ergebnissen (Teasdale et al., 2000): Die mit MBCT behandelte Gruppe wies über einen Zeitraum von 60 Wochen 50% weniger Rückfälle auf als die Treatment-as-usual-Gruppe. Dies galt jedoch nur für Teilnehmer, die drei oder mehr depressive Episoden erlebt hatten (77% der Stichprobe). Die Stichprobenszusammensetzung wird derzeit einer Reanalyse unterzogen, um die Ergebnisse besser erklären zu können. Die Mindfulness Based Cognitive Therapy ist also nur für die Behandlung von Rumination bei dieser Personengruppe vorläufig erprobt. Als Therapeutikum wird hier ein für die meisten Menschen paradoxer kognitiver Zustand eingeübt: Hohe *Aufmerksamkeit bei gleichzeitiger emotionaler Distanzierung* gegenüber Gedanken, Emotionen und körperlichen Empfindungen.

Die Idee, so genannte Achtsamkeitsübungen für Menschen mit psychischen Störungen einzuführen, stammte ursprünglich von Kabat-Zinn, der sie für stressgeplagte Menschen im Allgemeinen und für fast alle Arten psychischer Störungen im Besonderen empfiehlt (Kabat-Zinn, 1990; Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985; Kabat-Zinn et al., 1992). Kabat-Zinn nennt seine störungsübergreifende Methode „Mindfulness Based Stress Reduction“. Sie ist wesentlich weniger theoriebezogen als die Mindfulness Based Cognitive Therapy. Im deutschen Sprachraum wurde der Begriff Achtsamkeit in der Verhaltenstherapie mit der Verbreitung der Dialektisch-Behavioralen Therapie von Marsha Linehan bekannt, die Achtsamkeit als wichtiges Element in der Behandlung von Borderline-Störungen einsetzt (Linehan, 1994), allerdings ohne formelle Meditationsübungen.

Über das stille „Kommen und Gehen-Lassen“ der unterschiedlichen wiederkehrenden Gedanken über einen langen Übungszeitraum könnten meiner Überlegung nach zum Beispiel a) verdeckte Habituationsprozesse an bislang mit hoher Erwartungsangst besetzte Themen analog zur Exposition in sensu bei der GAS ablaufen. Indirekt könnten auch b) die Metakognitionen einer Veränderung unterliegen. So wäre z.B. die Metakognition „Ich fühle es, also ist es wahr“ („Ich fühle mich so unzulänglich, also bin ich es“) vom Meditierenden allmählich von selbst überprüfbar. Dies ist jedoch nicht die erklärte Absicht der ursprünglich „absichtslosen“ Meditation, die keine Veränderung *anstrebt*. Teasdale wandelt diesen „absichtslosen“ Anspruch ab und möchte, dass die ehemaligen Patienten durch die *erhöhte Selbstaufmerksamkeit bemerken lernen*, wann sie wieder negativen Bewertungen im Gedankenstrom unterliegen. Eventuell kann dann c) über eine allmähliche, weniger bewertungsfokussierte Beobachtung wieder Selbstregulation „greifen“; und vielleicht können d) bislang unbemerkte Copingstrategien wie die Gedankenunterdrückung

damit vom Meditierenden (ohne therapeutische Anleitung) von selbst experimentell überprüft werden.

Durchaus kritisch zu betrachten ist die Verankerung der Therapie in einer kulturfremden religionsbasierten Meditationsform; die Fachwelt würde wahrscheinlich deutlich protestieren, wenn kognitive Verhaltenstherapeuten trance-induzierendes automatisiertes Rosenkranzbeten als Form des Detachment einführen wollten. Die (zugegeben inhaltsfreiere) Meditation unterliegt auch in der buddhistischen Religion einem „Zweck“, nämlich sich von Leid freizumachen, um schließlich aus dem Rad der Wiedergeburt aussteigen zu können. Die Gefahr, über den Import von buddhistischen Meditationstechniken vulnerable Patientinnen und Patienten ideologisch zu beeinflussen (vor allem über die ebenfalls täglich buddhistisch meditierenden Therapeuten und den an die Übungsgruppe anschließenden Erfahrungsaustausch) ist nicht von der Hand zu weisen. Zudem könnte es „offene“ faktische Probleme im Leben der Menschen mit rezidivierender Depression geben, die ein Anpacken und Problemlösen verlangen und nicht ein gleichgültiges Aussitzen, wie z.B. Freunde finden, unzumutbare Arbeits- oder Wohnbedingungen ändern oder eine Entscheidung über eine Trennung treffen.

Andererseits bieten neue Ansätze wie die Mindfulness Based Cognitive Therapy die Möglichkeit, generelle habituelle Fehl-„Haltungen“ der ständigen kritischen Bewertung (Watkins, 2004a), die in Fragebogenuntersuchungen als theoretische Vulnerabilitätsfaktoren identifiziert worden waren, nun tatsächlich als potentielle Auslösefaktoren zu überprüfen. Die MBCT bzw. Achtsamkeitsbasierte Meditationsformen werden derzeit hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei Angsterkrankungen überprüft.

5 Studie 1: Übersetzung, Modifikation und Überprüfung eines neuen Fragebogens zur Erfassung von Worry und Rumination

In diesem ersten Abschnitt wird erläutert, welche Argumente ausschlaggebend dafür waren, welches Forschungsinstrument für die Auswahl der Erfassung von Worry und Rumination in den Studien 2 und 3 eingesetzt wurde (1.1). Der ausgewählte englischsprachige Fragebogen wird hinsichtlich seines Aufbaus und seiner Stärken und Schwächen vorgestellt (1.2), gefolgt von der Darstellung des Übersetzungsprozesses und der Erstellung des deutschsprachigen Instruments für die vorliegende empirische Arbeit (1.3). Nach einem Einschub über die Generierung neuer theorie- und therapierelevanter Items (1.4) schließt das Kapitel mit einer Darstellung der vorläufigen Prüfung von Gütekriterien und Beobachtungen im Umgang mit dem neuen Instrument (1.5).

5.1 Auswahl eines Instruments zur Erfassung von Prozessmerkmalen, Metakognitionen und Strategien wiederkehrender Gedanken

Um wiederkehrende negative Gedanken in der Klinischen Psychologie zu erfassen, wurden Fragebogenverfahren bisher vor allem aus der Perspektive der Worry- und der Ruminationforschung heraus entwickelt. Aus der Forschung zu Zwangsgedanken und zu Posttraumatischen Störungen kamen ebenfalls wichtige Entwicklungsimpulse für Instrumente, die Intrusionen gut erfassen können.

Zur Erfassung von *Worry* liegen im deutschen Sprachraum drei Fragebogeninstrumente vor:

- der Worry Domain Questionnaire (Stöber, 1995)
- der Penn State Worry Questionnaire (Stöber, 1995) und
- der Meta-Kognitions-Fragebogen (Hoyer & Gräfe, 1999).

Im englischen Sprachraum gibt es zwei Instrumente zur Erfassung von *Rumination*:

- Response Style Questionnaire (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), und
- Rumination on Sadness Scale (Conway et al., 2000).

Drei Verfahren liegen vor zur Erfassung von *Metakognitionen*, nämlich

- The Positive and Negative Beliefs about Rumination Scales (Papageorgiou & Wells, 2001a, 2001b) und

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

- The Metacognitions Questionnaire (Cartwright-Hatten, 1997), der Beliefs über Worry erfassen soll.

Der Aspekt der *Kontrolle unerwünschter wiederkehrender Gedanken* kann über zwei weitere Verfahren untersucht werden:

- Thought Control Questionnaire (Wells & Davies, 1994)
- The White Bear Suppression Inventory WBSI (Wegner & Zanakos, 1994).

Besonders schwierig ist es, einen Fragebogen zu finden, der über die Erfassung von *traits* (z.B. Tendenz zum Grübeln/Sich-Sorgen-machen) hinausgeht. Wie Papageorgiou und Wells ausführen, ist es erforderlich, „naturally occurring depressive thoughts (rumination) and anxious thoughts (worry)“ zu erfassen. Dies war bisher nur über aufwändige Diary-Assessment-Verfahren möglich (Papageorgiou & Wells, 1999a). Diese bringen neue wichtige Impulse zur Hypothesenprüfung der Konstrukte, sind aber für den klinischen Einsatz relativ unökonomisch und können zudem nicht normiert werden.

Im Deutschen gab es vor dem Beginn der vorliegenden Studie im März 2005 überhaupt keinen Fragebogen, der Rumination oder wiederkehrende Gedanken (als übergeordnete Kategorie) generell erfassen könnte, obwohl Grübeln und Gedankenkreisen als quälendes Symptom der Depression auftreten, die eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen darstellt. Erst im Sommer 2007 stellte Thomas Ehring auf der Tagung der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie in Tübingen ein deutschsprachiges Instrument zur Erfassung der Grübel*tendenz* vor. Diese „Lücke“ in der Erfassung von Rumination erstaunt umso mehr, als Rumination einen gut untersuchten Prädiktor für das Auftreten einer Depression darstellt (Nolen-Hoeksema, 1991) und ein Erhebungsinstrument insofern von erheblicher klinischer Relevanz wäre. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht steht außer Frage, dass kognitive Prozesse eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression spielen. Forschungsergebnisse führender Teams von Wissenschaftlern (z.B. Teasdale et al., 2001) weisen etwa darauf hin, dass es nicht so sehr die Einstellungen sind, die depressogen wirken, sondern vielmehr der Gedankenstil bzw. Gedankenprozesse. Für die Erfassung dysfunktionaler „depressogener“ Einstellungen liegen bereits Fragebogenverfahren vor, z.B. die Skala dysfunktionaler Einstellungen (Hautzinger, Luka, & Trautner, 1985), diese erfaßt jedoch keine Prozesse und Merkmale von Rumination.

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Aus diesen Überlegungen heraus wäre die testpsychologische Erfassung wiederkehrender negativer Gedanken auch für deutschsprachige Patienten notwendig. Wünschenswert wäre ein Fragebogen, der Grübeln und Sorgen gleichermaßen erfassen kann, da viele depressive und Angstpatienten in der klinischen Praxis beide Arten von Kognitionen aufweisen. Auch für die weitere Forschung zu wiederkehrenden Gedanken wäre es nützlich, einen deutschsprachigen Fragebogen einsetzen zu können, der *Gedankenprozesse und Metakognitionen statt wie bisher überwiegend trait-Variablen erfassen kann*.

Ein Fragebogen, der diese Erfordernisse erfüllt, ist das self-report-*Fragebogenset von Watkins und Mitarbeitern* (Watkins et al., 2005), das für die vorliegende Studie für eine Übersetzung und psychometrische Überprüfung ausgewählt wurde. Die Forschungsgruppe um Watkins setzte dieses Fragebogenset in einer Studie zur Überprüfung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Worry und Rumination ein. Deshalb versprach dieser Fragebogen, ein klares Licht auf diese bisher häufig getrennt untersuchten kognitiven Prozesse zu werfen. Das Fragebogenset bietet den Vorteil, bei wiederkehrenden Gedanken gleichzeitig Gedankeninhalte, begleitende Emotionen, Bewertungen und Strategien des Umgangs mit diesen Gedanken zu erfassen. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass nicht die Tendenz zum Grübeln oder andere trait-Variablen erfasst werden, sondern dass anhand zweier persönlich relevanter wiederkehrender Gedanken die *Gedankenprozesse* untersucht werden. Watkins et al. regten an, dass mit der von ihnen entwickelten Fragebogenbatterie auch klinische Stichproben untersucht werden sollten, somit könnte realisiert werden, mit dem eingesetzten Fragebogen auch spätere Vergleiche zwischen einer gesunden und einer depressiven Stichprobe vorzunehmen.

5.2 Aufbau, Stärken und Schwächen des Fragebogens

Die Forschungsgruppe um Watkins setzte ein umfangreiches Fragebogenset in einer englischen Studie zur Überprüfung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Worry und Rumination ein (Watkins et al., 2005). Das Fragebogenset besteht aus drei Fragebögen:

- Dem Worry Domains Questionnaire WDQ (Tallis, Davey, & Bond, 1994),
- Response Style Questionnaire RSQ (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Watkins et al., 2005).

- Cognitive Intrusions Questionnaire CIQ (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon, 1992a, 1992b).

Watkins, Moulds und Mackintosh knüpften an die empirischen Untersuchungen an, die die frankokanadische Forschergruppe um Langlois, Freeston & Ladouceur (Freeston et al., 1992a, 1992b; Langlois et al., 2000a; Langlois, Freeston, & Ladouceur, 2000b) durchgeführt hatte. Langlois und Mitarbeiter wollten mit ihren Fragebogenstudien Inhalte, formale Prozesscharakteristika, begleitende Emotionen, Bewertungen und Copingstrategien im Hinblick auf wiederkehrende *Sorgen und Zwangsgedanken* untersuchen. Insofern ist deren Arbeit sowohl hinsichtlich der verwendeten *Messinstrumente* als auch ihrer *methodischen Vorgehensweise* der Vorläufer der vorliegenden empirischen Studien im Rahmen der Dissertation; Watkins (2005) nutzte den CIQ in einer von ihm modifizierten Form und auch die Methode von Langlois et al. zum empirischen Vergleich von Sorgen und depressiven Grübelgedanken.

Im folgenden Abschnitt soll der „Cognitive Intrusions Questionnaire“ (CIQ; 1992; Langlois et al., 2000) bzw. dessen Itemursprünge vorgestellt werden. Für eine ausführlichere Darstellung sei an dieser Stelle auf die von der Autorin mitbetreute Diplomarbeit von Tobias Meister verwiesen (Meister, 2007).

5.2.1 Itemursprünge und Entwicklung des „Cognitive Intrusions Questionnaire“ (CIQ, Version 1.1; Freeston et al., 1992)

In der Studie „Cognitive Intrusions in a non-clinical population“ (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon, 1992), wurde der „Cognitive Intrusions Questionnaire“ (CIQ) erstmalig im Rahmen einer empirischen Untersuchung verwendet. Die Autoren beabsichtigten in ihrer Publikation zu klären, ob die Reaktionen von Probanden auf persönlich belastend erlebte wiederkehrende Gedanken in unterschiedlicher Art und Weise mit spezifischen Bewertungen dieser intrusiven Erfahrungen assoziiert waren. Es wurde angenommen, dass bestimmte Kontextvariablen und entsprechende individuelle Bewertungen spezifische (evtl. dysfunktionale) Strategien einerseits begünstigen, aber eben auch verhindern. Dazu konstruierten die Autoren einen Fragebogen (CIQ) für ihre Studie, mit dem Prozessmerkmale von belastenden wiederkehrenden Gedanken, wie begleitende Emotionen, Bewertungen und schließlich die mit den Gedanken verbundenen Neutralisierungsstrategien, erhoben werden konnten. Die für diese Studie konzipierte erste Version des Fragebogens CIQ, Version 1.1. (Freeston et al., 1992) beinhaltete 22 Items zur Einschätzung aufdringlicher Gedanken. Die dargebotenen *inhaltlichen Themen* intrusiver Gedanken bezogen sich

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

auf 1. die persönliche Gesundheit, 2. eine schockierende oder schmerzhaft Erfahrung, 3. persönlich inakzeptables sexuelles Verhalten, 4. verbale Aggression, 5. schwere Erkrankungen eines Freundes oder Familienangehörigen, sowie 6. auf den Gedanken, dass Nahestehende in einen schweren Unfall verwickelt werden könnten (Freeston et al., 1992). Eine zusätzliche siebte, offene Frage wurde addiert, um auch weniger häufigen, idiosynkratischen Themen, Raum zu geben. Von den aufgelisteten 22 Variablen des Cognitive Intrusions Questionnaire (Version 1.1), stammen sieben aus dem „Distressing Thoughts Questionnaire“ DTQ (vgl. auch Freeston et al., 1992). Folgende Fragen sollen zum gewählten Gedankenthema beantwortet werden:

1. How often does this thought enter your mind? (frequency)
2. How sad or unhappy does this thought make you feel? (sadness)
3. How worried does this thought make you feel? (worry)
4. How difficult is it to remove this thought from your mind? (difficulty of removal)
5. How much do you disapprove that the thought enters your mind? (disapproval)
6. How guilty does this thought make you feel? (guilt)
7. How much do you believe that the content of the thought will happen in real life? (belief)

Fünf Items des Fragebogens wurden dem “Intrusive Thoughts Questionnaire” (ITQ: Edwards & Dickerson, 1987; vgl. Freeston et al., 1991) entnommen:

8. Are you aware of triggers that set off the thought (seeing or hearing someone or something, being in a certain mood, doing something in particular, thinking about something in particular)? (triggers)

9. What form does the thought normally take?

- a) an idea
- b) an image or picture in mind
- c) an impulse or urge to do something
- d) a doubt
- e) a feeling (form)

10. What do you normally do when the thought occurs?

- a) I do not do anything, it goes of its own accord.
- b) I reassure myself by saying that it does not mean anything.
- c) I seek reassurance from someone else.

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

- d) I do something either in my mind or in action to neutralize the thought.
- e) I think it through.
- f) I try to replace the thought by another.
- g) I distract myself with things around me.
- h) I throw myself into some absorbing activity.
- i) I say “stop” to myself.
- j) Other (open question) (strategies used)

11. How effective are the strategies that you use for getting rid of the thought? (success in thought removal)

12. How effective are the strategies that you use for relieving your discomfort? (success in discomfort reduction)

Von den Autoren wurde das folgende Item zur Erfassung der subjektiven Verantwortlichkeit für den Inhalt des Gedankens addiert:

13. If this thought really happened in your life, to what extent would you feel responsible? (responsibility)

Alle Items des Fragebogens, außer den Fragen nach der gewöhnlichen Auftretensform des aufdringlichen Gedankens (form) und den zehn personzentrierten Aussagen bezüglich der verwendeten thought-removal-Strategien (strategies used), sollten auf einer Skala von 1-9 eingestuft werden (vgl. Freeston et al., 1992).

125 Studierende bearbeiteten den CIQ, mit dem mehrere vorgegebene Themen kognitiver Intrusionen anhand unterschiedlicher Merkmalsdimensionen eingeschätzt werden sollten. Zusätzlich wurden Inventare zur Erfassung der Angstintensität (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), der depressiven Belastung (BDI; Beck et al., 1979) und der Zwangssymptomatik (Compulsive Activities Checklist; Cottraux, Bouvard, Defayolle, & Messy, 1988) ausgegeben. Die Probanden unterschieden sich stark hinsichtlich ihrer dominanten Strategie, mit negativen wiederkehrenden Gedanken umzugehen: *Angestregtes Nachdenken* über den Gedanken („attentive thinking“), als auch *Handlungsstrategien*, welche sich um kognitive und affektive Vermeidung bzw. Fluchtmöglichkeiten („escape/avoidance behavior“) beim Erleben der belastenden Gedanken bemühten, standen der Reaktion gegenüber, mit keinerlei Anstrengung bzw. intrapsychisch „gelassenen“ *Strategien* („doing nothing“), den erlebten Gedanken zu beantworten.

Die Hauptstrategien der Probanden korrelierten jeweils mit besonderen Bewertungen der Gedanken. Die Probanden, welche eine der mit *Anstrengung* verbundenen Strategien verfolgten, erlebten ein stärkeres Ausmaß an Angst und größere Schwierigkeiten, ihre aufdringlichen Gedanken loszuwerden, im Vergleich zur Probandengruppe, die *ohne anschließende Neutralisierungsbemühungen* den Gedanken erlebte. Die Probanden, die vorrangig *Flucht- und Vermeidungsstrategien* wählten, wiesen mehr Traurigkeit, größere Sorgen und Schuldgefühle und eine stärkere Ablehnung dem erlebten wiederkehrenden Gedanken gegenüber auf als die Probanden, die den Gedanken wenig „manipulierten“ und auf den Gedanken hin nichts unternahmen. In der ersten mit dem CIQ durchgeführten Studie gaben 99% der Studenten an, eine oder mehrere der inhaltlichen Themen negativer wiederkehrender Gedanken häufiger erlebt zu haben (Freeston et al., 1992). Dieses Ergebnis spricht für die weite Verbreitung intrusiver mentaler Phänomene auch in nichtklinischen Populationen (Clark & Rhyno, 2005).

5.2.2 Die Kritik von Clark (1995) an der psychometrischen Qualität des Cognitive Intrusions Questionnaire

In der Folgezeit wurde eine Reihe von Studien mit dem Cognitive Intrusions Questionnaire (Freeston et al., 1992; 1993; Langlois et al., 2000) durchgeführt. Eine auf diesen Studien fußende umfassende Analyse und Einschätzung der Stärken und Schwächen des CIQ in der Version 1.1 von Freeston et al. (1992) in bezug auf seine psychometrischen Eigenschaften unternahm Clark (Clark & Purdon, 1995).

Reliabilität: Um die Messgenauigkeit des Gesamtfragebogens zu prüfen, waren für jede der sieben Skalen (d.h. der oben genannten Themenkomplexe) Maße der Internen Konsistenz berechnet worden. Die Alpha-Werte schwankten von niedrig (.68 für „verbale Aggression“) bis adäquat (.86 für die Themen der selbst gewählten Intrusion), in Abhängigkeit von der Anzahl der Probanden, welche die jeweils spezifischen Gedanken einschätzten (Freeston et al., 1992). Nicht allein aufgrund der inkonsistenten Reliabilitätskennwerte fordert das gewählte methodische Vorgehen zur Kritik auf. Zwar werden die Maße der Internen Konsistenz auch von Clark (Clark & Purdon, 1995) als adäquat bezeichnet; dennoch können gegen die Autoren der Studie, unter der Berücksichtigung grundlegender Prinzipien der Reliabilitätsbestimmung von Fragebögen, Einwände erhoben werden: Nach strengen Kriterien für die Bestimmung der Messgenauigkeit sollte als Stichprobe auf eine Mindestzahl von 300 Probanden zurückgegriffen werden (Fisseni, 1997). Die erhobenen Daten von lediglich 125

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Studenten können dieser Forderung nicht genügen. Die einzelnen Reliabilitätsschätzungen wurden nur für die Fragebogendaten *der jeweiligen einzelnen inhaltlichen Themenbereiche* durchgeführt, was zur Folge hatte, dass sich die Reliabilitätsstichproben für die einzelnen Themenbereiche auf eine Fallzahl von beispielsweise lediglich $n = 47$ reduzierte. Die Größe der Stichproben beläuft sich von $n = 47$ für den frei gewählten aufdringlichen Gedanken, bis zu $n = 86$ für befürchtete eigene Gesundheitsprobleme. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Probanden alle erlebten belastenden Gedanken festhalten sollten, deshalb finden sich hier für die separaten Themenbereiche Mehrfachbeantwortungen. Das Verfahren der Autoren zur Bestimmung der Messgenauigkeit des Fragebogens entfernt sich von konservativen Wegen der Reliabilitätsbestimmung; aufgrund der geringen Stichprobengrößen erhöht sich die Fehleranfälligkeit und die Wahrscheinlichkeit von Stichprobenverzerrungen (Bühner, 2004; Meyer, 2004).

Für den Cognitive Intrusions Questionnaire wurde weder von den Fragebogenautoren noch in sonstigen Studien die Test-Retest-Reliabilität zur stabilen Erfassung der fraglichen Merkmale berechnet. Die Angaben zur Messgenauigkeit des Fragebogens sind bislang also entweder noch nicht etabliert, wie im Falle der Stabilität, oder, hinsichtlich der Internen Konsistenz, als fraglich zu bezeichnen.

Validität: Von Freeston et al. wurde 1992 außerdem eine *Faktorenanalyse* des CIQ durchgeführt, die Clark jedoch als überfaktorisiert bezeichnet. Seiner Meinung nach können zwei „Faktoren“ als insignifikant bezeichnet werden, da jeweils nur ein Item auf ihnen lädt (vgl. Clark, 1995). Zwei identifizierte Faktoren konnten den größten Anteil der Itemvarianz erklären (Freeston et al., 1992). Der erste Faktor umfasst die Items zur Traurigkeit über den Gedanken, dessen Häufigkeit, die mit ihm verbundene Sorge, die erfragte Schwierigkeit, den Gedanken loszuwerden und zuletzt die Frage nach der persönlichen Überzeugung dahingehend, ob die im Gedanken beschriebene aversive Situation eintreffen könnte. Dieser erste Faktor wurde von den Autoren als „*severity*“ benannt und umfaßt den Grad der Belastung durch den erlebten aufdringlichen Gedanken. Ein zweiter Faktor erhielt das Label „*evaluation*“ und vereint die Bewertungsdimensionen des Gedankens bezüglich Schuld, Verantwortlichkeit und Ablehnung (Freeston et al., 1992). Clark (1995) kritisiert vor allem die Faktorenstruktur. Die Faktoren „*severity*“ und „*evaluation*“ mit fünf bzw. drei geladenen Items seien ungesättigt und würden sich somit weiteren Analysen, beispielsweise einer Reliabilitätsbestimmung, entziehen.

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Auch äußert Clark (1995) in seiner Rezension Bedenken hinsichtlich der diskriminanten Validität des Fragebogens: Laut Freeston et al. (1992) korrelieren die Faktoren „severity“ und „evaluation“ höher mit Angst- und Depressionsinventaren ($r = .32$ mit dem BAI und $r = .46$ mit dem BDI) als mit Messinstrumenten zur Zwangsdiagnostik ($r = .21$ mit der Compulsive Activity Checklist). Diese Befunde werfen Fragen auf hinsichtlich der Konstruktvalidität und des ursprünglichen Geltungsbereiches des Fragebogens zur Erfassung von Sorgen und Zwangsgedanken (vgl. Clark, 1995). Als valides Instrument der Zwangsdiagnostik bzw. zur Evaluation obsessiver Intrusionen wird er sehr kontrovers eingeschätzt (vgl. Clark, 1995; aber andererseits: Langlois et al., 2000).

Die hohen Korrelationen zwischen dem CIQ und Messinstrumenten zur Erfassung von Angst und Depression, wie auch die niedrigen bis fehlenden korrelativen Ähnlichkeiten mit Erhebungsverfahren für Zwangssymptome legen vielmehr den Schluss nahe, dass der CIQ relevanter für die Erfassung kognitiver Symptome von Angststörungen und Depressionen sein müßte.

Clark (1995) fällt abschließend ein differenziertes Urteil über den Cognitive Intrusions Questionnaire. So wurde der CIQ häufiger als andere vergleichbare self-report-Messinstrumente zur Einschätzung von aufdringlichen, ungewollten Gedanken eingesetzt (vgl. Freeston et al., 1992a; 1992b; 1993; Langlois et al., 2000) und die mit ihm berechenbaren Effektstärken und Gruppenvergleiche (Freeston et al., 1992a; 1992b) erwiesen sich als signifikant, was Clark (1995) dazu veranlaßt, den Cognitive Intrusions Questionnaire als ausreichend *sensibles Messinstrument für den Vergleich individuell unterschiedlicher Bewertungen und Strategien im Umgang mit aufdringlichen Gedanken* zu erachten. Die mit dem Erhebungsinstrument gewonnenen Daten lassen sich also gut differenzieren.

Die Methode einer kombinierten Assessment-Strategie, welche repräsentative inhaltliche Themen negativer wiederkehrender Gedanken vorformuliert präsentiert, den Probanden aber ebenso die Möglichkeit eröffnet, jeweils persönlich belastende Themen kognitiver Intrusionen zu evaluieren, wird darüberhinaus dem Anspruch gerecht, sowohl die am meisten verbreiteten belastenden Gedanken *objektivierbar zu erfassen*, als auch *idiosynkratischen Themen* Raum zu geben.

Diesen Einschätzungen schließt sich die Autorin an. Die diskriminante Validität des Fragebogens ist bislang nicht etabliert, was angesichts der statistischen Fallstricke schwierig überprüfbar ist, sofern man nicht einen pragmatischeren Weg beschreitet und z.B. die Anzahl der Themenkategorien einschränkt. Der CIQ verdient jedoch auch eine ausdrücklich positive Beurteilung. Der CIQ ist insofern ein hochinteressantes Fragebogenverfahren, als zum ersten Mal exemplarisch die *Gedankenprozesse, Bewertungen, Emotionen und Strategien* bei einer Störung gleichzeitig erfassbar werden sollten. Es gab vor dem CIQ kein vergleichbares Instrument, mit dem so *akribisch die einzelnen Prozess- und Bewertungsmerkmale bei intrusiven Denkprozessen erfaßt* werden konnten. Damit stellt der CIQ ein forschungsgeschichtlich wichtiges Verfahren dar, das sowohl *theorie- als auch praxisrelevante Fragen* in diesem „von außen“ nicht zugänglichen Bereich der Forschung zu Zwangsgedanken stellte. Er genügte zwar (noch) nicht allen wissenschaftlichen Gütekriterien an den intendierten „Meßbereich“ wiederkehrender Zwangsgedanken, wurde aber als so fundiert eingeschätzt, dass die Übertragung auf den Bereich von Worry und Rumination ermöglicht wurde. Die oben beschriebene Problematik der *besseren Konstruktvalidität* des CIQ für die Einschätzung von *Sorgen bzw. depressiven Grübelgedanken* – im Vergleich zur Evaluation von obsessiven Zwangsgedanken – lieferte Watkins (Watkins, 2004a, 2004b; Watkins et al., 2005) Anstöße für die Verwendung des CIQ in eigenen empirischen Studien, zum Vergleich kognitiver Prozesse im Rahmen von Angststörungen und Depression.

Die obige Auflistung der von Langlois et al. (2000a; 2000b) verwendeten Itemlabels des CIQ ist für die Rekonstruktion des von Watkins (2005) verwendeten Itemsets wichtig: Watkins hat für seine eigenen Studien (2004; 2005) sowohl Items aus dem Fragebogen entfernt als auch neue Items hinzugefügt. Eine Übersicht zeigt, welche Items des CIQ der Arbeit von Langlois et al. (2000) entstammen und welche Variablen genuin auf Watkins (2005) zurückgehen. Die Tabelle enthält drei Spalten, welche die der *Studie von Langlois et al. (2000)* entnommenen Itemlabels des Cognitive Intrusions Questionnaire diejenigen Variablen gegenüberstellt, die *Watkins* in seiner mit dem CIQ durchgeführten Studie angibt (Watkins, 2005) und die in der letzten Spalte mit der exakten Formulierung aufgeführt sind. Somit kann ein Vergleich der aufgelisteten Variablen erfolgen, um zu zeigen, welche Items Watkins (2005) von Langlois et al. (2000) adaptiert, nicht übernommen oder neu kreiert hat. Die Itemauflistung richtet sich nach der Reihenfolge der im CIQ nach Watkins (2005) gruppierten Itembereiche des Fragebogens: Generelle *Beschreibungsvariablen (general descriptors)*, *begleitende*

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Emotionen (emotions), Bewertungen (appraisal variables) und schließlich Strategien (strategies) im Umgang mit negativen wiederkehrenden Gedanken. Die einzelnen Items der Tabelle folgen ihrer Anordnung in der von Watkins konzipierten Form des Cognitive Intrusions Questionnaire. Dies erscheint für eine klarere Übersichtlichkeit erforderlich, da Watkins (2005) die Variablen des von ihm verwendeten Fragebogens nicht numerisch geordnet hat.

Tabelle 5-01: Variablen des Cognitive Intrusions Questionnaire

Itemlabels: Langlois et al. (2000)	Itemlabels: Watkins (2005)	Itemformulierungen: Watkins (2005)
Generelle Deskriptoren (general descriptor variables)		
Frequency	Frequency	How often does this thought or image enter your mind?
Duration in minutes	Duration in minutes	How long does the intrusive thought usually last (in minutes)?
Years experience with thought	Years experience with thought	For how many years have you had the experience of this (or similar) intrusive thought?
Awareness of trigger	Awareness of trigger	Some people find that their intrusive thought is set off by a “trigger“ such as seeing a particular person or object, being in a certain mood, having a particular train of thought, etc. How often do you notice any of the “triggers” that set off your intrusive thoughts?
	Trigger internal/external (NVW)*	How much is the trigger external (e.g. a person or event) or internal (e.g. a thought or feeling)?
Avoidance of trigger	Avoidance of triggers	How much do you attempt to avoid any of these triggers?
Percentage of verbal content	Percentage of verbal/visual	What percentage of time (0-100) does the intrusive thought come in the form of a verbal thought (that is, expressed in words) or in the form of an image?
Percentage of image content		
	(NVW)*= Neue Variable Watkins	
Begleitende Emotionen (emotions)		
Sadness	Sadness	How sad or unhappy does this intrusive thought make you feel?
Worry	Worried	How worried or anxious does this intrusive thought make you feel?
Guilt	Guilty	How guilty does this intrusive thought make you feel?
Feeling of insecurity	Feeling of Insecurity	How insecure does this intrusive thought make you feel?

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Shame	Shame	How ashamed does this intrusive thought make you feel?
→ im Itembereich „appraisals“	Difficulty to dismiss	How difficult is it for you to remove this thought or image from your mind?
→ im Itembereich „appraisals“	Disapproval	How much do you disapprove of having this thought or image enter your mind?
Itemlabels: Langlois et al. (2000)	Itemlabels: Watkins (2005)	Itemformulierungen: Watkins (2005)
Bewertungen (appraisal variables)		
Difficulty to dismiss	+ im Itembereich “emotions”	
Disapproval	+ im Itembereich “emotions”	
	Belief correct (NVW)*	I believe that the thought is correct
Content of the thought is unpleasant	Content is unpleasant	The content of the intrusive thought is unpleasant
Content is disturbing	Content is disturbing	The content of the intrusive thought is disturbing
Interferes with functioning	Interferes with functioning	The intrusive thought interferes with my ability to work/get on with other things
Stays in the back of mind	Stays in the back of mind	The intrusive thought is constantly in the back of my mind
Effort to dismiss	Effort to dismiss	I put a lot of effort into dismissing the thought
Problem has basis in reality	Problem has basis in reality	The intrusive thought is about a real problem or situation
Problem may be modifiable	Problem can be solved	The problem described by the intrusive thought can be changed or solved
	Effort put into solving problem (NVW)*	I put a lot of effort into solving the problem described in the thought
	Confidence in solving problem (NVW)*	I feel confident in my ability to solve the problem described in the thought
Control of the intrusion	Control of the intrusion	I have a good deal of control over the intrusive thought
Probability	Probability: likely to come true	The situation described by the intrusive thought is likely to come true
	Content about the future (NVW)*	The intrusive thought is about the future
	Content about the past (NVW)*	The intrusive thought is about the past
	Content about the	The intrusive thought is about the present

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

	present (NVW)*	
Attention grabbing	Attention grabbing	The intrusive thought grabs my attention
Egodystonic nature	Egodystonic nature	It's against my beliefs to have such thoughts
	← fehlendes Itemlabel bei Watkins	It's perfectly acceptable for me to have these thoughts←
	← fehlendes Itemlabel bei Watkins	I don't have to have the thought if I don't want to←
	Need to understand situation (NVW)*	The situation described by the thought is something I need to understand
The reaction is reasonable	The reaction is reasonable	My responses to the intrusive thought are reasonable
Seriousness of consequences	Seriousness of consequences	If the thought came true there would be serious consequences
	Need to prevent situation (NVW)*	The situation described by the intrusive thought is something I need to prevent
	Responsibility for thought (NVW)*	I feel responsible for the occurrence of the intrusive thought
Responsibility	Responsibility for situation	I feel responsible for the situation described by the thought
	Content personally important (NVW)*	The content of the intrusive thought is personally important
	Strong urge to act on thought (NVW)*	I feel a strong urge to act on the thought
Appears as a feeling	X	
Thought disturbs by it's presence	X	
Intrusiveness	X	
Distracts from other activities	X	
Egosyntonic nature	X/← fehlendes Itemlabel bei Watkins	(It' s perfectly acceptable for me to have these thoughts)
The thought is unwanted	X	
Resists thought	X/← fehlendes Itemlabel bei Watkins	(I don' t have to have the thought if I don' t want to)
Desire to distract	X	
Reveals positive aspect of personality	X	
Reveals negative aspect of personality	X	
Efficacy of strategies to	# an einzelne Strategieitems	How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

dismiss#	gekoppelt	
Efficacy of strategies to relieve#	# an einzelne Strategieitems gekoppelt	How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?
	X= fehlen bei Watkins	
	(NVW)*= Neue Variable Watkins	
Itemlabels: Langlois et al. (2000)	Itemlabels: Watkins (2005)	Itemformulierungen: Watkins (2005)
Strategien(strategies)		
I distract myself	I distract myself	I distract myself with things around me
I do things that need concentration	I do things that need concentration	I do things that need concentration
I replace with pleasant thought	I replace with pleasant thought	I replace the thought by another more pleasant thought
I tell myself “stop”	I tell myself “stop”	I tell myself “stop”
I reassure myself speak somebody	I reassure myself speak somebody	I reassure myself by speaking to somebody
I reprimand myself	I reprimand myself	I reprimand myself
I tell myself it means nothing	I tell myself it means nothing	I tell myself it means nothing
I neutralize by a mental action	I neutralize by a mental action	I neutralize it by a mental action
I replace with unpleasant thought	I replace with unpleasant thought	I replace the thought by another unpleasant thought or minor problem
I analyze the thought, I think about it	I analyse the situation	I analyse the situation or problem described by the thought
I try to find a solution	I try to find a solution	I try to find a solution or make a plan to prevent the problem
I do nothing	I do nothing	I do nothing, it disappears by itself
	I dwell on causes/meanings/why (NVW)*	I dwell on the causes and the meanings of the situation described by the thought – why it happened or why it might happen and what it means about me
	← fehlendes Itemlabel bei Watkins (NVW)*	I focus on the details of the situation described by the thought – recalling how it happened or imagining how it might happen←

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

	I dwell on consequences (NVW)*	I dwell on the consequences of the situation described by the thought – what if it happened?
I try to understand why I have this thought	X	

X= fehlt bei Watkins

Langlois et al. (2000) geben an, dass ihre Version des Cognitive Intrusions Questionnaire 53 Variablen erfasst. Davon fallen sieben auf den Itembereich „Generelle Deskriptoren“, fünf Items erfassen „begleitende Emotionen“, der Bereich der „Bewertungen“ umfasst 28 Aussagen über die erlebten Zwangs- bzw. Sorgengedanken, und die Anzahl der thought-removal-Strategien beläuft sich auf 13 (vgl. Langlois et al., 2000).

Die von Watkins (2005) verwendete Version des Cognitive Intrusions Questionnaire enthält insgesamt mehr Variablen als die von Langlois et al. (2000) verwendete Fassung, insgesamt 56 Variablen. Innerhalb der einzelnen Itembereiche und Variablen hat Watkins neben vielen übernommenen Items auch Items von Langlois et al. entfernt, in ihrer Bereichszuordnung verschoben, unterschiedliche Items in einer Variable zusammengefasst oder Variablen sprachlich verändert oder bezüglich ihrer Bedeutung modifiziert. Ebenso hat Watkins dem von Langlois et al. (2000) adaptierten Itempool neue Variablen hinzugefügt.

Die Itemursprünge und Itemzusammensetzung des Cognitive Intrusions Questionnaire und der Vergleich der für die Studien von Langlois et al. (2000) und Watkins (2005) verwendeten Itemsets wurden in der Diplomarbeit von T. Meister (2007) ausführlich analysiert. Beispielhaft sei dies dargestellt für die Itembereiche Bewertungen und Strategien, an denen die meisten Modifikationen durch Watkins et al. vorgenommen wurden.

Modifikationen des CIQ im Itembereich Bewertungen (appraisal variables)

Den 28 von Langlois et al. (2000) aufgeführten Itemlabels stehen in der von Watkins (2005) verwendeten Form des CIQ 27 Itemlabels bzw. Itemvariablen in diesem Bereich gegenüber. Im Itemfeld „Bewertungen“ hat Watkins (2005) die meisten seiner Modifikationen vorgenommen, von den 27 in seiner Version des CIQ angegebenen Itemvariablen sind *zwölf Variablen neu konzipiert* und dem CIQ eingefügt worden. Neu von Watkins (2005) kreierte Bewertungsvariablen bezüglich sorgenvoller und grüblerischer Gedanken umfassen den Grad der Überzeugung hinsichtlich des *Zutreffens* des erlebten Gedankens („Belief correct“), *Anstrengung und Zuversicht beim Lösen des Problems*, um das sich der Gedanke dreht („Effort put into solving problem“; „Confidence in solving problem“), die *zeitliche Orientierung* der erlebten negativen wiederkehrenden Gedanken („Content about the future“; „Content about the past“; „Content about the present“), ein *Bedürfnis nach Verständnis* für den Inhalt der kognitiven Intrusionen („Need to understand situation“), ein Gefühl der *Notwendigkeit, der im Gedanken beschriebenen Situation vorbeugen* zu müssen („Need to prevent situation“), die Frage, ob ein starker *Impuls* beim Betroffenen bestehe, auf den erlebten sorgenvollen oder ruminativen Gedanken hin *zu handeln* („Strong urge to act on thought“), sowie die Frage, nach der *persönlichen Bedeutsamkeit* des inhaltlichen Themas der erlebten negativen wiederkehrenden Gedanken („Content personally important“). Die von Langlois et al. (2000) angegebene Variable „responsibility“, fächert Watkins (2005) hinsichtlich ihrer Bedeutung auf und verfeinert diese; es entstehen in diesem Beispiel zwei Items, die einerseits nach der subjektiven *Verantwortlichkeit für das Auftreten* des Gedankens und andererseits nach der *Verantwortlichkeit für das Problem* befragen.

Die von Watkins (2005) verwendete Form des Cognitive Intrusions Questionnaire enthält zwei Itemvariablen, deren Label der Autor in seiner Ergebnisdarstellung bzw. Itemauflistung vermissen lässt (vgl. Watkins, 2005): „It’s perfectly acceptable for me to have these thoughts“ und „I don’t have to have the thought if I don’t want to“. Die im ersten nicht gelabelten Item ausgedrückte *Akzeptanz* den inhaltlichen Themen der wiederkehrenden Gedanken gegenüber, kann als gleichbedeutend mit dem bei Langlois et al. (2000) angegebenen Itemlabel „*Egosyntonic nature*“ betrachtet werden. Ebenso sinnvoll erscheint es, das zweite, bei Watkins (2005) angegebene Bewertungsitem ohne Label, welches den Aspekt der *Kontrollierbarkeit* des erlebten negativen wiederkehrenden Gedankens beschreibt, mit dem Label „*Resists thought*“

(vgl. Langlois et al., 2000) zu verbinden. In beiden Fällen hat also Watkins (2005) Variablen von Langlois et al. (2000) in identischer Form und von gleicher Bedeutung übernommen, die bei der Auflistung der in seiner Version des CIQ verwendeten Itemvariablen jedoch nicht aufgeführt wurden.

Modifikation für Strategie-Variablen

Eine andere wichtige Modifikation wurde mit denjenigen Items des CIQ vorgenommen, welche generell die *Effizienz und den Erfolg der implementierten Strategien* erfragen. In den Studien von Freeston et al. (1991; 1992), aber auch in der Studie von Langlois et al. (2000) wurden die Probanden noch instruiert, ein zusammenfassendes Urteil über den Erfolg ihrer Strategien, negative Gedanken loszuwerden oder erträglicher zu machen, abzugeben. Watkins (2005) verbindet die Items „Efficacy of strategies to dismiss“ und „Efficacy of strategies to relieve“ (vgl. Langlois et al., 2000), zu einer zusammenfassenden Frage („How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?“), die jeweils in Abhängigkeit der spezifischen Strategien gestellt wird und infolgedessen *vom Itembereich Bewertungen* („appraisal variables“; Langlois et al., 2000), *in den Bereich* der für Sorgen und Grübelgedanken angewandten *Strategien verschoben* wird. Die von Watkins (2005) hinsichtlich ihrer Formulierung und ihres Bedeutungsgehaltes unverändert von Langlois et al. (2000) adaptierten Variablen sowie die von Watkins (2005) nicht übernommenen restlichen Items von Langlois et al. (2000), können der oben aufgeführten Tabelle 5-01 entnommen werden.

Für die vorliegenden Studien zum Vergleich der Konstrukte Worry und Rumination wertete jedoch weder Watkins noch die Autorin dieser Dissertation diese „Erfolgsquoten“ aus. Für spätere Studien, z.B. für den Vergleich von klinischen mit nichtklinischen Vergleichsgruppen, wurde dieser Teil von der Autorin mitübersetzt und im Fragebogen belassen.

5.3 Erfassung von Worrygedanken

Watkins und Mitarbeiterinnen griffen zur Erfassung der *Inhalte* der Gedanken auf etablierte Verfahren zurück, die typische Sorgen und Grübelgedanken erfassen sollen. Dabei verwendeten sie diese Verfahren jedoch *nicht* wie von den Autoren und Autorinnen beabsichtigt so, dass *jedes einzelne* Item eingeschätzt werden sollte.

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Stattdessen verwendeten sie die Items als Themenpool oder *Themenliste*, aus denen sich die Probanden später *ein einziges Thema* herausgreifen sollten.

Insgesamt verwendete Watkins (2005) 29 Items des Worry Domains Questionnaire (WDQ; Tallis et al., 1992) zur Erfassung der inhaltlichen Sorgenthemen.

Die Liste der *Sorgeninhalte* („Worry List“) setzte sich in der Studie von Watkins (2005) aus 24 Items der publizierten Fassung des Worry Domains Questionnaire sowie aus fünf weiteren Items zusammen, die Befürchtungen bezüglich sozialpolitischer Themen beinhalten. Hinsichtlich der 24 von Watkins aus dem Worry Domains Questionnaire übernommenen Variablen bleibt zu sagen, dass diese bis auf ein von Watkins (2005) nicht adaptiertes Item unverändert den fünf gebildeten und jeweils fünf Items umfassenden Subskalen des von Tallis (Tallis, Eysenck, & Mathews, 1992) gewonnenen Itemsets des WDQ entsprechen. Die Zuordnung der Items zu den jeweiligen Domänen bzw. Subskalen konnte der deutschen Version von Stöber (1995) entnommen werden. Ein Item des WDQ, welches Sorgen über die eigenen Konzentrationsmängel („I worry that I have no concentration“; vgl. Tallis et al., 1994) thematisiert, wurde von Watkins (2005) nicht in die „Worry List“ mit aufgenommen, da seiner Meinung nach dieses Item einer Variable der Liste typischer Grübelthemen („Rumination List“; „Set of Ruminative Thought Items“) gleicht. In der deutschsprachigen Adaptation des Fragebogensets fehlt eine Variable, die dem WDQ (Tallis et al., 1992) entnommene und auch in der „Worry List“ (Watkins, 2005) aufgeführte Variable „Thoughts or images that I haven’t achieved much“ wurde versehentlich nicht einbezogen. Die Variablen der „Worry List“ (Watkins, 2005), welche besorgniserregende gesellschaftspolitische Entwicklungen thematisieren, entstammen ebenfalls dem empirisch gewonnenen Itempool des Worry Domains Questionnaire (Tallis et al., 1992), wurden aber aus der von den englischsprachigen Autoren vorgelegten endgültigen Version des WDQ (Tallis et al., 1992) ausgeschlossen, da die Autoren der Meinung waren, dass solche Items mit einer beträchtlichen Tendenz und Verzerrung der Itembeantwortungen in Richtung sozialer Erwünschtheit verbunden seien.

5.4 Erfassung von Grübelgedanken

Die „Rumination List“ bzw. das „Set of Ruminative Thought Items“ zur Erfassung der Inhalte des Grübelns, wurde von Watkins (2005) aus Variablen der Ruminative Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), einer Subskala des

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Response Style Questionnaire (RSQ; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), und zusätzlichen Items, die aus einer früheren Studie von Watkins und Baracaia (2001) gewonnen wurden und typische Grübelgedanken erfassen sollen, gebildet. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht darüber, welche Items der Ruminative Response Scale (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), in Watkins (2005) eigenen Forschungsbemühungen, als Variablen in die „Rumination List“ aufgenommen wurden, und wie die von Watkins verwendeten Variablen in der deutschsprachigen Adaptation durch die Autorin lauten:

Tabelle 5-02: Vergleich der Ruminationsvariablen (Ruminative Response Scale)

Ruminative Response Scale (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991)	“Rumination List” (Watkins, 2005)	Ruminationsliste (Autorin)
	modifizierte Einleitung: “Thoughts or images...”	“Ich denke darüber nach (oder sehe bildlich vor mir),“
Think about how alone you feel	about how alone I feel	wie alleine ich mich fühle
Think about your feelings of fatigue and achiness	about my feelings of fatigue and achiness	dass ich müde bin und mir alles wehtut
Think about how hard it is to concentrate	about how hard it is to concentrate	wie schwierig es ist, sich zu konzentrieren
Think about how passive and unmotivated you feel	about how passive and unmotivated I feel	wie passiv und unmotiviert ich mich fühle
Think about how you don’t seem to feel anything	that I don’t seem to feel anything anymore”	dass es mir so vorkommt, als ob ich gar nichts mehr fühle

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

anymore		
Think about how you don't feel up to doing anything	that I don't feel up to doing anything	dass mir nach gar nichts zumute ist
Think "I won't be able to do my job/work because I feel so badly"	that I won't be able to do my job/work because I feel so badly	dass ich nicht fähig sein werde, meine Arbeit zu machen, weil ich mich so schlecht fühle
Think about how sad you feel	about how sad I feel	wie traurig ich bin
Think "Why do I always react this way?"	asking "Why do I always react this way?"	warum ich immer so reagiere
Think about a recent situation wishing it had gone better	about a recent situation wishing it had gone better	dass eine Situation, die neulich passiert ist, besser hätte verlaufen sollen
Think about how angry you are with yourself	about how angry I am with myself	wie sehr ich mich über mich selber ärgere
X	about something that went wrong or did not work out*	dass etwas schief gelaufen ist oder nicht geklappt hat
X	asking "Why is this happening to me?", "Why did this happen to me?"*	warum mir das passiert (ist)
X	about a situation when I didn't get the result I wanted*	dass ich in einer Situation nicht das erreicht habe, was ich wollte
X	asking "Why I am	warum ich so ein Versager bin

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

	such a failure?“*	
X	asking “Why is my life not going the way I want it to?“*	warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte
X	about a current problem that has not been solved*	dass ein aktuelles Problem nicht gelöst ist
X: Itemvariablen nicht in der RRS enthalten	*: Variablen von Watkins zur „Worry List“ addiert (Watkins, 2005; Watkins & Baracaia, 2001)	Alle Itemvariablen von Watkins (2005) in deutscher Übersetzung

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, entnahm Watkins (2005) der Ruminative Response Scale von Nolen-Hoeksema und Morrow (1991) elf Items, welche er im Hinblick auf ihre inhaltliche Bedeutung unverändert beließ. Watkins stellte den Items von Nolen-Hoeksema (wie auch den adaptierten WDQ-Variablen) eine andere Einleitung voran: Mit der *modifizierten Einleitung* „Gedanken und Bilder“ („thoughts and images“) trägt Watkins den wissenschaftlichen Befunden Rechnung, dass negative wiederkehrende Gedanken, seien es Grübel- oder Sorgengedanken, in unterschiedlicher Form erlebt werden können (vgl. Clark, 2004; Langlois et al., 2000; Papageorgiou & Wells, 1999). Die übrigen elf Items der ursprünglichen Ruminative Response Scale, die beispielsweise *behaviorale Reaktionen* auf depressive Stimmung beinhalten („Go someplace alone to think about your feelings“), also nach der Ansicht von Watkins *keine Grübelgedanken erfassen, wurden nicht in die „Rumination List“ aufgenommen*. Die zusätzlichen Items der „Rumination List“ wurden aus der Studie „Why do people ruminate in dysphoric moods“ (Watkins & Baracaia, 2001) gewonnen und sind in der obigen Tabelle mit einem Sternsymbol gekennzeichnet.

Die der „Rumination List“ hinzugefügten Items können als zweckmäßig eingestuft werden (Watkins, 2005; 2001). Sie spiegeln ein Kreisen der Gedanken um unterlaufene Fehlschläge und deren Ursachen, misslungene situative Intentionsrealisierungen, ein generelles Nachgrübeln über unerfüllte Lebensziele, Versagensgedanken und nicht bewältigte bzw. gelöste „current concerns“. Vor dem Hintergrund der Definition von Grübelprozessen (Nolen-Hoeksema, 1991) und der

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Theorie von Martin und Tesser, die Grübelprozesse als eine Folge von Zielunterbrechungen, Rückschlägen und nicht erreichten Zielen bzw. Standards betrachten, können die sechs von Watkins (2005) der „Rumination List“ beigefügten Items als plausible und repräsentativ-typische Inhalte ruminativer Denkprozesse angesehen werden.

5.5 Übersetzung des Fragebogens von Watkins (Watkins et al., 2005)

Zwei der drei Fragebögen des Sets lagen nicht im Deutschen vor. Beim Worry Domains Questionnaire mußten eingefügte Items übersetzt werden. Vollständig übersetzt wurden

- der von Watkins et al. modifizierte Cognitive Intrusions Questionnaire und
- die Items des Response Style Questionnaire von Nolen-Hoeksema und Morrow, sowie
- die Worry-Items von Watkins und Baracaia, die den Worry Domains Questionnaire ergänzen.

Die englische Fassung des Fragebogensets wurde der Autorin von Dr. Ed Watkins, University of Exeter, Großbritannien, im Dezember 2004 zur Verfügung gestellt und im Rahmen dieser Untersuchung zu einem Großteil erstmals ins Deutsche übertragen. Die Übersetzung nahmen eine deutsch-englische Diplom-Psychologin, Frau Marchl-Dingle (Dipl.-Psych. Univ., B.A. Linguistics and Psychology, B.A. Educ., B.A. Hons. Industrial Psychology) und die Autorin vor. Die englischen Fragebögen und die deutsche Fassung sind im Anhang aufgeführt. Die folgende Tabelle zeigt, welche Fragebögen übersetzt wurden und wo auf eine Übersetzung zurückgegriffen werden konnte.

Tabelle 5-03: Fragebogenset: modifiziert nach Watkins, Moulds, & Mackintosh (2005)

Fragebogen	Ziel	englische Fassung	deutsche Fassung
Rumination Response Scale	Erfassung eines Grübelthemas	Nolen-Hoeksema & Morrow (1991)	Rischer
Worry Domains Questionnaire	Erfassung eines Sorgenthemas	Tallis et al. (1994): Erfassung von Sorgenthemen und Ausmaß der Sorgen; Watkins & Baracaia (2001): Items zu Worry über sozialpolitische Themen	Stöber (1995); Kurzform (Stöber & Joormann, 2001); Rischer : Zusatzitems von Watkins & Baracaia
Cognitive Intrusions Questionnaire	Beschreibung der Gedanken, Emotionen, Bewertungen, Strategien, Qualität der Strategien	Freeston et al. (1992a, 1992b): „Set of worry-Items	Rischer

Vorgehen bei der Übersetzung der Rumination Response Scale

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, wie die Probleme bei der Übersetzung der Rumination Response Scale gelöst wurden. Während die Übersetzung des Cognitive Intrusions Questionnaire und die der Items des Worry Domains Questionnaire sich auf öffentlich zugängliche Fragebögen stützen konnte, gab es bei der Rumination Response Scale Schwierigkeiten, da die ursprüngliche Skala von Susan Nolen-Hoeksema als Fragebogen *nicht veröffentlicht* ist. In den zahlreichen Studien von Nolen-Hoeksema und ihrer Mitautoren bleibt unklar, ob im Ergebnisteil die *Items oder Itemzusammenfassungen* angegeben wurden. Kritisch ist dabei anzumerken, dass bei genauem Vergleichen dieser Studien von der Autorin festgestellt werden musste, dass Items *ohne Kennzeichnung mehrfach sprachlich modifiziert* angegeben wurden. Das bedeutet, dass nicht von einer stringenten Itemfassung in den Studien von Nolen-Hoeksema ausgegangen werden darf.

Da diese Skala eine herausragende Rolle bei der Erforschung von Rumination spielt, bemühte sich die Autorin um eine evtl. anderen Ruminationforschern vorliegende Version der Rumination Response Scale und nahm Forschungskontakte zu anderen Arbeitsgruppen auf, die unter Umständen ebenfalls diese Skala benötigten oder schon übersetzt hatten. Bei Prof. Hoyer in Dresden wurden zeitgleich von einer Diplomandin die Items der RRS übersetzt. Wir vereinbarten, uns die jeweiligen Arbeitsfassungen zukommen zu lassen und sie ggf. erneut zu überarbeiten.

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Zehn Items der RRQ fanden sich versteckt in einem eher trivialpsychologisch aufgemachten Buch von Susan Nolen-Hoeksema „Warum Frauen zuviel denken“ (2004, S.20). Diese Items waren der Verfasserin erst nach den eigenen Übersetzungsbemühungen aufgefallen. Das Überprüfen und Abgleichen der Übersetzungen kann an folgendem Beispiel-Item gezeigt werden:

“I think about how passive and unmotivated I feel” (Nolen-Hoeksema und Morrow)

“Thoughts or images about how passive and unmotivated I feel“ (Version von Watkins et al., 2005)

“... wie passiv und motivationslos ich mich fühle” (Nolen-Hoeksema, 2004; in der Übersetzung durch Sonja Hauser in „Warum Frauen zuviel denken“)

„... wie passiv und unmotiviert ich mich fühle“ (Marchl-Dingle und Rischer)

„... wie passiv und unmotiviert ich mich fühle“ (Übersetzung von Hoyer, unveröffentlichte Fassung)

Im Vergleich ist die inhaltliche und sprachliche Übereinstimmung der vorliegenden Fassung als gut zu bezeichnen.

5.6 Modifikation und Optimierung des Fragebogens

Im Anhang befindet sich zum Vergleich die englische und die deutsche Version des Fragebogenpakets von Watkins, Moulds und Mackintosh. Die Veränderungen in der Präsentationsform des Fragebogens durch die Verfasserin werden im Folgenden stichpunktartig dargestellt:

1. Im Vergleich zur einförmigen Darstellungsform der englischen Fassung wurden für den vorliegenden Fragebogen die Instruktionen einheitlich (grau unterlegt) hervorgehoben und wiederholte Instruktionen zur Erinnerung an den gewählten Gedanken eingefügt.
2. Die Eingangsinstruktion zur Auswahl und zum persönlichen Formulieren eines persönlich relevanten Gedankens wurde durch zwei Beispiele verdeutlicht.
3. Welche Items sich im Strategieteil aufeinander beziehen und zusammengehören (die Strategie und ihre subjektiv eingeschätzte Wirksamkeit), wurde deutlicher gekennzeichnet.
4. Zur eindeutigen Auswahl für den Probanden und zur objektiveren Auswertung wurde jedes Item der RSQ, des WDQ und des CIQ nummeriert. Für jedes Item der RSQ und WDQ-Liste wurde ein anzukreuzendes Kästchen vorangestellt. Dies fehlte

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

im englischen Fragebogen völlig, was eine eindeutige Zuordnung des persönlich formulierten Gedankens zu einem Listen-Item erschwert oder ganz unmöglich gemacht hätte.

5. Um auch für die Patientenstichprobe das Aufschreiben des persönlich relevanten gewählten Items zu erleichtern, wurden unter jedes Item zwei Leerzeilen eingefügt, was das Umblättern und Merken eines Items überflüssig macht und zudem eine eindeutige Zuordnung von Item und Gedanken gewährleistet, was die Auswertungsobjektivität verbessert.

6. Außerdem wurden Seitenangaben eingefügt und die Listen kodifiziert (S,W,R), deren Bedeutung nur den Untersuchungsleitern bekannt war, um eine leichtere Orientierung für die Probanden und die Untersuchungsleiter zu gewährleisten.

7. Das Item 2 im Cognitive Intrusions Questionnaire „How long does the intrusive thought usually last (in minutes)“ wurde verändert zu „Wie lange dauert der wiederkehrende Gedanke gewöhnlich? ca. Min. /ca. Std.“

8. Für das Item 3 im Cognitive Intrusions Questionnaire „For how many years have you had the experience of this (or similar) intrusive thought?“ wurden ebenfalls die Antwortoptionen zur Dauer differenziert. Das Item lautet nun: „Seit wann haben Sie schon diesen (oder einen ähnlichen) wiederkehrenden negativen Gedanken?“ mit den Antwortoptionen: „seit ca.... Woche(n), seit ca. Monaten, seit ca. Jahren“.

9. Die Items 8-14 des CIQ „How sad or unhappy does this intrusive thought make you feel“ bis „How much do you disapprove of having this thought or image enter your mind“ erhielten konsistente Antwortkategorien. In der englischen Version standen unterhalb der Likert-Skala bei einigen Items die Qualitäten (z.B. „extremely sad“, bei zwei anderen fehlten sie, vgl. z.B. nur „extremely“ bei „insecure“ und „disapprove“).

10. Die ursprünglich 14 cm lange 9-stufige Likert-Skala wurde in der Vorstudie als zu unübersichtlich empfunden und deshalb auf 11 cm verkürzt. Die eindeutige Zuordnung des Textes „not at all true“/„trifft gar nicht zu“ zum linken Extremwert 1 und „extremely true“/„trifft völlig zu“ zum rechten Extremwert 9 wurde im Vergleich zur englischen Version besser sichergestellt.

Mit diesen Modifizierungen wurde versucht, den Hinweisen zur Planung schriftlicher Befragungen Rechnung zu tragen (Bortz & Döring, 2006) (S.244-256) und Vorbereitungen für die Objektivität, Reliabilität und Validität des Fragebogens zu treffen.

5.7 Vorstudie zur Generierung neuer Items

In einem nächsten Schritt wurden in einer Vorstudie mit depressiven und Angstpatienten einer psychiatrischen Tagesklinik zusätzliche Items für den Fragebogen generiert. Die Items sollten neue Aspekte wie den postulierten Homöostaseeffekt zwischen Stimmung und Denken und unklare Stoppregeln für das Beenden des Grübelns (Zielerreichungsansatz nach Martin und Tesser) einbeziehen, die es bisher nicht in englischen oder deutschsprachigen Fragebögen zu Rumination, Worry oder wiederkehrendem Denken gab.

5.7.1 Ziele der Vorstudie

Die Vorstudie hatte mehrere Zielsetzungen.

a) An erster Stelle ging es der Autorin darum, Items aus der klinischen Arbeit mit depressiven Patientinnen und Patienten zu finden, die abbilden, wie *Personen mit Depression selbst* über das Grübeln denken, welche Metakognitionen sie in ihren eigenen Worten formulieren, wie sie Grübeln erleben und in Worte fassen. Ein zusätzlicher Nutzen sollte darin bestehen, Items, die zwischen Angst- und depressiven Patienten unterscheiden könnten, für spätere Untersuchungen zu generieren.

b) Außerdem sollten *neue theoriegeleitete Items zu Metakognitionen* über die so genannten Stopp-Regeln, das „Aufhören-können“, beim Grübeln formuliert werden. Wenn tatsächlich ein Kontinuum vom relativ gesunden Zustand zu einem klinisch depressiven Zustand besteht, müßten sich dabei die inneren Standards, ab wann wieder mit dem Grübeln aufgehört werden sollte, verändern. Bisher gibt es keine Fragebögen, die solche Metakognitionen nach der Zielerreichungstheorie von Martin und Tesser (Martin & Tesser, 1989; 1996) erfassen. Dieser Ansatz wurde bisher nur experimentell überprüft. Derartige Items kommen auch im Cognitive Intrusions Questionnaire nicht vor.

Darüberhinaus sollten Items gefunden werden, die den von der Verfasserin postulierten Homöostaseeffekt (als Verstärker für Rumination) erfassen sollten. Auch sollte die „Strategie-Liste“ des Fragebogens um mindestens ein *therapierelevantes Item* ergänzt werden.

c) Nicht zuletzt sollten Fragen, die sich in der Zwischenzeit als schwer übersetzbar herausgestellt hatten, ebenfalls in der Vorstudie an Patienten kritisch *überprüft* werden.

5.7.2 Generierung neuer Items

Es wurde eine Itemliste von anfangs 52 Items entworfen. Die Items entstammten

- Äußerungen von Patienten mit Depression und Angststörungen über ihr Grübeln
- den Vorüberlegungen zur Zielerreichungstheorie von Martin und Tesser
- Vorüberlegungen zu möglichen Verstärkerbedingungen zu Rumination/Worry,

Diese Itemliste wurde dann in einer ad-hoc-Patientenstichprobe in der Tagesklinik der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg überprüft. Die Itemliste beinhaltete: a) Items von Patienten, b) theorie- und praxisgeleitete Items, c) ein schwierig zu übersetzendes Item (vgl. Ziele der Vorstudie).

Es sollten diejenigen Items ausgewählt werden, die von mehr als 75% der Gruppenteilnehmer als zutreffend angekreuzt wurde und auch solche Items, die zwischen Angst- und depressiven Patienten unterschieden. Auch wenn die Stichprobe sehr klein war, sollte der Versuch unternommen werden, die Patientinnen und Patienten in die Fragebogenkonstruktion mit einzubeziehen. Mehr als 8-10 Items sollten nicht neu aufgenommen werden, um den ohnehin umfangreichen Fragebogen nicht zu sehr zu befrachten.

Befragt wurden eine kleine Stichprobe von neun Patientinnen und zwei Patienten, die sich in einer zufällig ausgewählten Woche in der Tagesklinik der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg in Behandlung befanden. Es handelte sich um eine Erhebung einer gesamten Therapiegruppe mit elf Teilnehmern (Klumpenstichprobe). Acht Patienten litten an einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode, drei Patienten an Angststörungen. Alle Patienten waren multimorbid erkrankt, z.B. bestanden parallel noch Persönlichkeitsstörungen.

Die Patienten sollten zunächst in freier Formulierung einen unangenehmen Gedanken aufschreiben, über den sie zuletzt gegrübelt oder sich Sorgen gemacht hatten. Danach wurden sie gebeten, aus einem 5-seitigen Fragebogen, bestehend aus 52 von der Autorin formulierten Items, diejenigen Aussagen anzukreuzen, die für ihren persönlichen Gedanken zutreffend waren. Die Items entsprangen den Aussagen von Depression- und Angstpatienten in den Verhaltenstherapiesitzungen mit der Autorin.

Über eine Häufigkeitsauszählung wurden dreizehn Items identifiziert, die das vorab gesetzte Kriterium erfüllten, von mehr als 75% der Teilnehmer als zutreffend

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

angekreuzt zu werden (d.h. von mehr als 5 Personen mit Depression und mehr als 2 Angstpatienten). Aus diesem Itempool wurden neun Items in den Fragebogen neu aufgenommen, die in der Tabelle 5-04 aufgeführt sind.

Tabelle 5-04: Übersicht über die von der Autorin generierten Items des Fragebogens

Item 42: Wenn ich darüber nachdenke, werde ich immer bedrückter.
Item 43: Der Gedanke ist ein Zeichen, dass ich etwas Wichtiges lange Zeit verdrängt habe.
Item 44: Ich weiß nicht, wann ich aufhören soll, über das Problem nachzudenken.
Item 45: Die Gedanken führen mir vor Augen, wie sehr ich oder andere in Schwierigkeiten stecke(n) oder leide(n).
Item 46: Wenn ich darüber nachdenke, habe ich das Gefühl, dass ich es wenigstens vor mir selbst eingestehen kann, dass es mir schlecht geht.
Item 47: Ich bin unsicher, ob es gut ist, sich von dem wiederkehrenden Gedanken abzulenken.
Item 48: Es ärgert mich, dass ich keine Lösung finde.
Item 49: Es bedrückt mich, dass ich keine Lösung finde.
Item 80: Ich versuche, dem wiederkehrenden Gedanken positive Argumente entgegenzusetzen, z.B. „so wird es nicht werden, weil...“ oder „das ist nicht so schlimm, weil...“.

Die Items 42 bis 49 wurden an den Teil „Appraisals“ angehängt; das Item 80 wurde nach dem letzten Item des Strategieteils des Fragebogens eingefügt.

5.7.3 Diskussion der neu generierten Items

a) *Items von Patienten:*

Die Patienten hatten bei einer ersten Durchsicht des CIQ-Fragebogens kritisiert, dass ihrer Meinung nach wichtige Emotionen nicht im Fragebogen von Watkins et al. (2005) aufgeführt waren, z.B. Ärger und Wut. Aufgrund von Patientenhinweisen nahm die Verfasserin deshalb auch bislang nicht aufgeführte Emotionen auf, z.B. Ärger: „Es ärgert mich, dass ich keine Lösung finde.“

Item 48: Es ärgert mich, dass ich keine Lösung finde.
Item 49: Es bedrückt mich, dass ich keine Lösung finde.

Auch aus theoretischer Sicht sind diese tabuisierten Emotionen hochrelevant: Eine Funktion der Rumination könnte sein, dass Grübeln „Schlimmeres verhütet“, nämlich Emotionen in Schach hält, die als bedrohlich vom Patienten wahrgenommen werden (aufgrund von Defiziten im emotionalen Management), oder die nicht ins Selbstkonzept passen (Trauer, Wut). Diese Suppressionsfunktion wurde bisher nur für Worry vermutet (Borcovet et al., 1983). Eventuell, und darauf deuten Befunde zur Posttraumatischen Belastungsstörung hin, wird relativ „gern“ über Sorgen gegrübelt,

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

denn Sorgen lenken die Aufmerksamkeit lang anhaltend von Intrusionen über das Trauma ab (Halligan et al., 2003).

Die Items bestanden darüberhinaus aus umformulierten Äußerungen von Patienten, mit denen die Autorin in verhaltenstherapeutischen Gruppen- oder Einzeltherapien über ihr Gedankenkreisen gesprochen hatte und die mit deren Einverständnis mitnotiert wurden. Ein Beispiel:

Item 43: Der Gedanke ist ein Zeichen, dass ich etwas Wichtiges lange Zeit verdrängt habe.

„Der Gedanke ist ein Zeichen, dass ich etwas Wichtiges lange Zeit verdrängt habe.“ Dieser Gedanke der Patienten war deshalb interessant, weil diese Metapher einen „Sinn“ in längerem Grübeln impliziert: In dieser Metakognition wird Grübeln mit dem Erledigen von aufgeschobenen Aufgaben verglichen, das nun umso mehr Zeit (d.h. mehr Grübeln) braucht, um es „abzuarbeiten“. Dies könnte sehr gut ein Metaworry vom Typ I darstellen (z.B. „sich Sorgen machen kann mich vor zukünftigen Schäden bewahren“). Für Grübeln wurden Metakognitionen oder „beliefs“ analog zu den Metaworries ebenfalls als wichtige Aspekte aufgegriffen, z.B. von Papageorgiou und Wells (s. 3.3).

b) *Theorie- und praxisgeleitete Items:*

Der Zielerreichungsansatz von Martin und Tesser (1989; 1996) postuliert vereinfacht, dass Menschen unterschiedliche „*Stopp-Regeln*“ haben, die festlegen, ab wann es sich nicht mehr „lohnt“, über etwas nachzudenken (vgl. 3.2). Die Überlegung war, dass depressive Personen wie auch nicht-depressive Personen, die mehr grübeln als andere, keine griffigen Regeln haben, die ihnen auf einer Metaebene Kriterien vorgeben, ab wann Grübeln oder Sich-sorgen „sinnlos“ wird und ab wann ein Sich-ablenken von diesen wiederkehrenden Gedanken sinnvoller wird. Diese weniger klaren „*Stopp-Regeln*“ sollten sich als Unsicherheit über das Aufhören oder das Ablenken ausdrücken.

Deshalb wurden Items im Hinblick auf mögliche Stopp-Regeln formuliert, z.B.: „Ich weiß nicht, wann ich aufhören soll, über das Problem nachzudenken“ und „Ich bin unsicher, ob es gut ist, sich von dem wiederkehrenden Gedanken abzulenken“. Diese beiden Items wurden von den Patienten ausgesucht.

Item 44: Ich weiß nicht, wann ich aufhören soll, über das Problem nachzudenken.

Item 47: Ich bin unsicher, ob es gut ist, sich von dem wiederkehrenden Gedanken abzulenken.

Überlegungen zum Homöostaseeffekt:

Wenn Grübeln als aversiv und stimmungsverschlechternd von Patienten erlebt wird, warum hören sie dann nicht so schnell wie möglich damit auf? Grübeln bei PatientInnen scheint im Gegensatz zum Grübeln im Alltag entweder der bewussten Kontrolle zu entgleiten oder erfüllt vielleicht ein in der Erkrankung neu auftretendes wichtiges Bedürfnis oder stellt schon eine Coping-Strategie dar. So könnte ein Patient mittels Grübeln die negative Sicht seiner selbst, seiner Umwelt und die der Zukunft, also die kognitive Triade (Beck), immer wieder bestätigen, um wenigstens darüber eine hohe Kontrollüberzeugung zu erhalten („ich denke, also habe ich wenigstens hier Recht und damit ein Erfolgserlebnis“). Folgende Items wurden von den Patienten ausgewählt:

Item 45: Die Gedanken führen mir vor Augen, wie sehr ich oder andere in Schwierigkeiten stecke(n) oder leide(n).
Item 46: Wenn ich darüber nachdenke, habe ich das Gefühl, dass ich es wenigstens vor mir selbst eingestehen kann, dass es mir schlecht geht.

Ein weiterer Vorteil des Grübelns könnte sein, dass Spannung reduziert wird, indem eine Kongruenz zwischen Erleben, Stimmung und Denken hergestellt wird. Das Gegenteil erleben TherapeutInnen und PatientInnen in der zähen Phase der kognitiven Verhaltenstherapie, wenn diese Homöostase durch Interventionen gestört werden soll. Belegt wird der Homöostase-Aspekt auch dadurch, dass die Depressionsbehandlung dann effektiv ist, wenn zuerst aktivierende, stimmungssteigernde Elemente und erst dann die kognitive Umstrukturierung eingesetzt wird (Hautzinger et al., 1989). Durch das Aufrechterhalten eines im wahrsten Sinne des Wortes „stimmigen“ Gleichgewichts zwischen Denken, Handeln und Stimmung würde also Grübeln *positiv verstärkt* werden und dadurch in seiner Auftretenswahrscheinlichkeit steigen.

Weiterhin kann Grübeln, indem kein Ergebnis einer so genannten „Test-Operate-Test-Exit“-Folge produziert wird, *Handlungen bremsen*, die für die Erreichung wichtiger Ziele gefährlich sein könnten, wie z.B. eine Arbeit kündigen oder sich vom Partner trennen. Grübeln würde aufgrund dieser Überlegungen immer wieder *negativ verstärkt*.

Item 42: Wenn ich darüber nachdenke, werde ich immer bedrückter.

Dieses Item sollte prüfen, ob die Patienten *unbemerkt* in die Stimmungsverschlechterung während des Grübelns abrutschen (zur Stimmungsverschlechterung durch Rumination vgl. Forschungskapitel), oder ob sie im Gegenteil eine zunehmende Bedrückung auch *wahrnehmen und erleben* – und dann eventuell trotzdem weitergrübeln.

Formulierung eines praxisrelevanten Items: Erfassung von Perspektivenwechsel als Coping-Strategie der Kognitiven Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie wird in der kognitiven Umstrukturierung u.a. ein Perspektivenwechsel angeregt, weil depressiven Patienten eine differenzierte Betrachtungsweise (und damit eine verbesserte Lösungsstrategie) kaum mehr möglich ist. Vielmehr sind depressive Patienten im dichotomen Denken verhaftet, und in der kognitiven Verhaltenstherapie werden beispielsweise im Sokratischen Dialog oder über andere Vorgehensweisen die Patienten wieder zu einer differenzierteren Betrachtungsweise von Problemen angeregt – weg vom „automatischen“ und hin zum reflektierten Denken.

Die Überlegung war deshalb, die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel als möglicherweise effektive Coping-Strategie bei Grübeln und Sich-sorgen aufzunehmen. Deshalb wurde folgendes Item formuliert: „Ich versuche, dem wiederkehrenden Gedanken positive Argumente entgegenzusetzen.“ Damit sollte später überprüft werden, inwieweit sich die klinische und die nicht-klinische Stichprobe hinsichtlich eines Perspektivenwechsels (hier: in die positive Richtung) unterscheiden.

Item 80: Ich versuche, dem wiederkehrenden Gedanken positive Argumente entgegenzusetzen.

c) *Schwierig zu übersetzendes Item*

Ein Item hatte bei der Übersetzung des Watkins-Fragebogens einige Probleme aufgeworfen: „The intrusive thought grabs my attention“ übersetzt mit „Der wiederkehrende Gedanke zieht mich in seinen Bann“. Dieses Item wurde zusätzlich zur Überprüfung an der nicht-klinischen Gruppe der Skitourengehänger ebenfalls an der Patientenstichprobe auf Verständlichkeit und Beantwortbarkeit hin überprüft.

5.7.4 Vorstudien zur Verständlichkeit des Fragebogens

Mit dem übersetzten und modifizierten Fragebogen wurden – wie von Bortz gefordert (Bortz & Döring, 2006) – Probeinterviews durchgeführt. Die Verständlichkeit und praktische Durchführung des übersetzten Fragebogens wurde an einer nicht-klinischen Gelegenheitsstichprobe (n=15) überprüft. Bei den Teilnehmern handelte es sich um eine Gruppe von 15 deutschsprachigen Skitourengängern in den Schweizer Alpen. Die Teilnehmer (davon 8 Frauen) waren zwischen 35 und 55 Jahre alt.

Das Ausfüllen des Fragebogens und die Verständlichkeit der Items waren weitgehend unproblematisch. Die Fragebögen wurden in Nachgesprächen insbesondere auf kritische und missverständliche Items hin mit den Teilnehmern überprüft. Bei den Nachgesprächen erwähnten einige Teilnehmer, dass die Auswahl eines Themas schwierig war oder dass sie manchmal den ursprünglichen Gedanken aus den Augen verloren hatten, so dass hier noch kleinere Verbesserungen hinsichtlich der Instruktion (siehe Modifizierung und Optimierung) vorgenommen werden konnten.

Rund die Hälfte der Teilnehmer (8 Personen) berichtete von einer Stimmungsverschlechterung nach dem Ausfüllen des Fragebogens. Diese Hinweise waren besonders wertvoll für die Interviewerschulung für die Patientenbefragungen, aber auch für das „Debriefing“ nach der Befragung gesunder Teilnehmer, die gruppenweise befragt werden konnten (Studentenstichprobe). Darüber hinaus zeigte diese Beobachtung jedoch vor allem, dass der Fragebogen die Probanden durchaus dazu anregte, sich mit unangenehmen, negativen wiederkehrenden Gedanken zu befassen, was für die Validität der Erfassung von Gedanken(-prozessen) mittels eines Fragebogens eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt.

5.8 Überprüfung der Gütekriterien des übersetzten Fragebogens an einer deutschsprachigen Stichprobe

Im Anschluss an die Übersetzung wurden Maßnahmen zur möglichst objektiven Durchführung und Auswertung der Untersuchung vorgenommen, und die Reliabilität und Aspekte der Validität des Fragebogens kritisch überprüft. Watkins et al. geben in ihrer Studie von 2005 keine Gütekriterien an, sondern berufen sich auf Reliabilitäts- und Validitätsdaten für den Hauptteil des Fragebogensets, nämlich den Cognitive Intrusions Questionnaire (Freeston et al., 1992a). In diesem Kapitel wird das gewählte und übersetzte Instrument für die empirischen Studien hinsichtlich der Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität dargestellt und abschließend diskutiert.

5.8.1 Gütekriterium Objektivität

In den folgenden Abschnitten werden die Durchführungs- und die Auswertungsobjektivität getrennt erläutert.

5.8.1.1 Durchführungsobjektivität

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an der Untersuchung bei Patienten mitwirkten, waren in der Regel Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen. In

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Einzelfällen arbeiteten auch Psychologiestudierende im Rahmen ihrer Diplomarbeit an der Studie mit. Sie erhielten vor der Untersuchung ein ausführliches *Training*. Dieses Training umfaßte die eigene Bearbeitung des Fragebogens und den einheitlichen Umgang mit schwierigen Items. Die Mitarbeiter identifizierten zum einen schwierige Items während der eigenen Bearbeitung. Zum anderen erhielten sie eine Anleitung für diejenigen Fragen, die bei den Voranalysen zu häufigerem Nachfragen seitens der Teilnehmer geführt hatten. Es wurde eine eindeutige Interpretation dieser Items erarbeitet. Auf diese Weise konnte gewährleistet werden, dass die Untersuchung objektiv durchgeführt wurde.

Zusätzlich wurden die Untersucher im *Umgang mit kritischen Situationen* während der Patientenbefragungen geschult. Diese Schulung fand in Kleingruppen und durch Rollenspiele statt. Die Patienten und Patientinnen bearbeiteten den Fragebogen im Beisein einer geschulten Untersuchungsperson (s. Studie 3) und hatten somit die Gelegenheit, unmittelbar Fragen zu stellen, wenn etwas unklar war. Bei sehbehinderten Patienten sollten die Fragen deutlich vorgelesen werden.

Die Durchführung der Diagnosen nach dem ICD-10 (Dilling et al., 2000) oblag ausschließlich approbierten Psychiaterinnen und Psychiatern.

Die Durchführung des Mini-DIPS von Margraf für die Diagnosestellung nach dem DSM-IV-TR (Saß et al., 2003; s. ausführlich Studie 3) wurde ausschließlich von der Studienleiterin und den im Mini-DIPS geschulten Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen vorgenommen. Diese *Schulung in der Durchführung und Auswertung des Mini-DIPS* war ebenfalls mehrstündig und erstreckte sich über ca. 3 Wochen. In aufeinander aufbauenden Trainingseinheiten erhielten die Teilnehmer eine Einführung

- in das Instrument an sich
- in die Probleme der Interviewführung und Beurteilungsfehler
- in den Umgang mit den Schwächen des Fragebogens
- in die Auswertung und Diagnosestellung nach DSM-IV-TR.

In Rollenspielen mit Mitgliedern der Arbeitsgruppe und dem Beisitz in Co-Untersuchungen mit erfahreneren Untersuchern wurden neue Mitarbeiter angeleitet. In einem nächsten Schritt führten sie die Befragung unter Supervision der Untersuchungsleiterin durch, bevor sie schließlich selbständig das standardisierte Interview führten.

Durch die Sorgfalt in der Planung und Umsetzung der Befragung kann von einer hohen Realisierung der Durchführungsobjektivität ausgegangen werden.

5.8.1.2 Auswertungsobjektivität

Von der Studienleiterin, Dipl.-Psych. Martin Rammrath und Dipl.-Psych. Christine Glückler wurden verbindliche Richtlinien für die Dateneingabe und die Auswertung der Daten (Editiermanual) erarbeitet. Die Daten wurden von verschiedenen Personen eingegeben und mit Hilfe einer SPSS-Syntax sowie über die Berechnung von Spannenmaßen auf Fehleingaben kontrolliert. Die Dateneingabe erhielten eine ausführliche Einführung in die Editierregeln. Fragliche Punkte wurden notiert und geklärt. In diesem mehrseitigen Editiermanual waren Auswertungs- und Eingabevorschriften für alle Items des Fragebogens enthalten. Mit diesem „Handbuch“ erhielten alle Mitarbeiter, die mit der Dateneingabe betraut waren, die gleichen schriftlichen Anweisungen zur Verschriftung und Eingabe aller Fragebogenantworten. Zum Beispiel wurde verbindlich festgelegt, wie mit strittigem Ankreuzverhalten des Probanden umzugehen war. Kreuzte ein Proband z.B. die Linie in der Mitte zwischen zwei Werten auf der 1-9-Likert-Skala an, so sollte ausnahmslos immer der höhere der beiden Werte kodiert werden. Der Umgang mit vielen Fehlerquellen bei der Verschriftung und Eingabe von großen Datenmengen wurde damit objektivierbar, nachvollziehbar und mit einem Regelwerk „klärbar“ festgelegt. Die Datenverarbeitung erfolgte mit dem Statistikprogramm Statistical Programme for the Social Sciences SPSS 14 bzw. 15.

Ein Codierbogen wurde erstellt, in dem die Diagnosen sowohl nach dem ICD-10 als auch nach dem DSM-IV-TR notiert wurden. Jede Untersucherin erhielt eine Liste mit allen Ein- und Ausschlußdiagnosen, mit denen die vorliegenden und die erhobenen Diagnosen verglichen werden konnten.

Konnte die Diagnosestellung nicht vollständig erhoben werden, wurde derjenige Patient nicht in die Studie eingeschlossen. Die Diagnosestellung wurde ausschließlich nach dem Abgleich der beiden Diagnosesysteme vorgenommen. Bei „fraglichen“ oder widersprüchlichen Diagnosen war vorgeschrieben, die Diagnose mit der Untersuchungsleiterin zu besprechen und gemeinsam zu fällen, und gegebenenfalls Daten nachzuerheben. Dies war z.B. bei komorbiden Störungen der Fall, z.B. wenn es darum ging, ob eine Zwangsstörung oder eine leichtgradige Depression derzeit im Vordergrund stand. Sollte keine Übereinkunft erzielt werden können, konnte der Patient nicht eingeschlossen werden.

5.8.2 Reliabilitätsbestimmung

In ihrer Studie von 2005, deren Verfahren den vorliegenden empirischen Studien zugrunde liegt (Studie 2 und 3), geben Watkins et al. keine eigenen Gütekriterien an, sondern berufen sich auf die Reliabilitäts- und Validitätsdaten für den Hauptteil des Fragebogensets, nämlich den Cognitive Intrusions Questionnaire (Freeston et al., 1992a). Dies wäre aber streng genommen erforderlich gewesen, denn die Gruppe um Watkins fügte zusätzliche Items aufgrund eigener Untersuchungen in den CIQ ein.

Die Interne Konsistenzbestimmung als Reliabilitätsverfahren des CIQ wurde bislang kritisiert (Clark & Purdon, 1995; Freeston et al., 1992a). Ein anderes Verfahren, z.B. über die Test-Retest-Reliabilität bzw. Stabilität (vgl. Watkins, 2005) war überhaupt noch nicht angewendet worden, um die Reliabilität zu prüfen. Es mußte also vor dem Einsatz für weitere empirische Studien untersucht werden, ob der Fragebogen CIQ als hinreichend reliables Messinstrument zur Erfassung und Evaluation verschiedener Merkmale negativer wiederkehrender Gedanken angesehen werden kann. Neben der Berücksichtigung testtheoretischer Gesichtspunkte sollten auch Kriterien der inhaltlichen Plausibilität berücksichtigt werden, um die Methode der Reliabilitätsbestimmung zu wählen.

Im Rahmen seiner Diplomarbeit untersuchte Tobias Meister die Messgenauigkeit (Reliabilität) der deutschen Übersetzung des Cognitive Intrusions Questionnaire CIQ (Freeston et al., 1992; Langlois et al., 2000; Watkins, 2005; Rischer) anhand einer von der Autorin rekrutierten Stichprobe. Die Diplomarbeit wurde bei Prof. Hans Reinecker am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Bamberg vorgelegt und von der Autorin mitbetreut (Meister, 2007).

Für den CIQ liegen in der ursprünglichen Fassung von Freeston et al. unterschiedlich zufriedenstellende Reliabilitätsdaten zur Internen Konsistenz vor (Freeston et al., 1992; Freeston & Ladouceur, 1993), die im Kapitel 5.2 dargestellt wurden. Watkins et al. modifizierten jedoch wiederum den CIQ durch Umformulierungen und Hinzufügen von Items aus einer anderen Studie (Watkins & Baracaia, 2001).

Aus verschiedenen methodischen Überlegungen heraus ist eine Bestimmung der Internen Konsistenz jedoch kritisch zu sehen:

1. Aufgrund der fehlenden Skalierung des CIQ erscheint die Bestimmung der Reliabilitätsmaße der Internen Konsistenz nicht sinnvoll.
2. Die Bestimmung der Internen Konsistenz des CIQ von Freeston et al. (1992) ist in ihrer Aussagekraft zu kritisieren. So wurden wesentliche Forderungen für die

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Bestimmung der Internen Konsistenz, wie z.B. eine ausreichende Stichprobengröße von mindestens 300 Probanden, nicht erfüllt, sondern die Stichproben umfassten zum Teil nur 47 Versuchspersonen (Clark & Purdon, 1995).

3. Außerdem wäre eine Vergleichbarkeit der Reliabilitätsmaße mit dem ursprünglichen CIQ von Freeston et al. (1992) aufgrund der vielfältigen Modifikationen, Itemumformulierungen und Itemzusätze von Watkins et al. von vornherein nicht gewährleistet.

Daher wurde die Messgenauigkeit des eingesetzten Fragebogens über die Retest-Reliabilität bestimmt. Auch aus theoretischer Sicht erschien eine Retest-Reliabilitätsbestimmung sinnvoll, da viele Forscher Grübeln als ein teilweise stabiles trait-Merkmal betrachten (vgl. Theoriekapitel).

Bei der Retestmethode wird ein und derselbe Test an ein und derselben Stichprobe in einem angemessenen Zeitabstand dargeboten. Die Berechnung erfolgt über die Korrelation der Rohwertpaare der ersten und der zweiten Testung, wobei die bivariate Korrelation (Produkt-Moment-Korrelation) zur Schätzung der Messgenauigkeit herangezogen wird (Bühner, 2004). Dazu wurden Teile der Stichprobe, nämlich die Studierenden in Deutschland und der Schweiz, nach vier Wochen einer Testwiederholung unterzogen. Dieser Zeitraum sollte sicherstellen, dass Lerneffekte (über das Behalten von Antworten) nicht zum Tragen kommen. Vier bis sechs Wochen werden zudem bei psychologischen Test-Retestüberprüfungen häufig als statistisch üblicher Zeitraum zur Reliabilitätsbestimmung angesehen. Zum anderen ermöglichte die Frist von vier Wochen eine realistische Chance, später auch Patienten der teilnehmenden Kliniken einschließen zu können. Dies hat den Vorteil, dass für spätere Studien die Test-Retest-Reliabilitätsdaten der nichtklinischen Stichprobe mit den Patientendaten verglichen werden können. Wenn man Patienten nachuntersuchen möchte, muß man den Zeitpunkt für Verlegungen oder das Behandlungsende miteinbeziehen. Das Ziel war, noch einen möglichst großen Anteil von Patientinnen und Patienten in der jeweiligen Klinik direkt erneut untersuchen zu können, um die Untersuchungsbedingungen möglichst gleich zu belassen, um die Untersuchungsobjektivität zu gewährleisten. Darüberhinaus sollte aus ethischen Gründen den Patienten Gelegenheit für direkte Fragen gegeben werden, und die Patienten sollten während der zweiten Untersuchung ebenso umfassend betreut werden können wie in der ersten Befragung. Ein weiterer Aspekt war die Befürchtung, durch

postalisch verschickte Fragebögen zur Testwiederholung größere Datenlücken in Kauf nehmen zu müssen.

5.8.2.1 Durchführung der Retest-Reliabilitätsuntersuchung

An der Universität Bamberg konnten 31 studentische Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Grundstudiumssemester über Aushänge angeworben werden, die Untersuchung fand als Gruppenuntersuchung zu zwei Zeitpunkten statt und die Teilnehmer erhielten Versuchspersonennachweise. Um Versuchsleiterartefakte zu minimieren, wurde die Anleitung zur Fragebogenbearbeitung nicht nur von der Untersuchungsleiterin, sondern ebenso von einer Psychologin in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin vorgenommen. Der größere Teil, 51 Studierende im Hauptstudium Psychologie, konnte über eine klinische Vorlesung von Prof. Dr. Hans Reinecker akquiriert werden. Die Studierenden erhielten für ihre Teilnahme eine kleine Anerkennung.

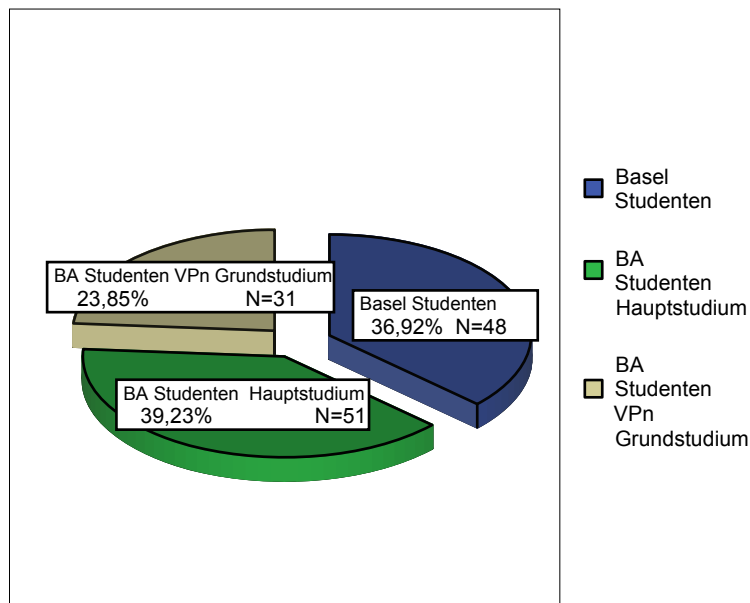
An der Universität Basel konnten eine studentische Hilfskraft des Instituts der Klinischen Psychologie und die Untersuchungsleiterin 48 Studierende im Hauptfach Psychologie über Aushänge rekrutieren. Die Studierenden erhielten nach der zweiten Untersuchung Nachweise über die abgeleisteten Versuchspersonenstunden. Die Fragebögen wurden nach einer kurzen Anleitung ausgegeben und konnten in eigenem Tempo an einem Tag bearbeitet werden.

5.8.2.2 Beschreibung der Reliabilitätsstichproben

Für die Bestimmung der Test-Retest-Reliabilität (Stabilität) konnte auf die Daten derjenigen Probanden zurückgegriffen werden, welche die Fragebögen jeweils sowohl zum Messzeitpunkt t1, als auch zum vier Wochen späteren Messzeitpunkt t2 (Retest), ausgefüllt hatten.

Die gewonnene nichtklinische Stichprobe umfasste insgesamt 130 Studenten. Die nichtklinische Test-Retest-Reliabilitätsstichprobe umfaßte 82 Psychologiestudenten, welche im Rahmen einer klinischen Vorlesung von Prof. Dr. Reinecker im Hauptstudium Diplompsychologie (N=51) oder als studentische Versuchspersonen der unteren Grundstudiumssemester (N=31) an der Universität Bamberg akquiriert wurden. 48 Psychologiestudenten aus der Schweiz mit Fragebogenerhebungen zu je zwei Messzeitpunkten konnten am Institut für Klinische Psychologie der Universität Basel gewonnen werden.

Abbildung 5-01: Prozentuale und absolute Häufigkeiten einzelner Studentengruppen der nichtklinischen Test-Retest-Reliabilitätsstichprobe (N=130)

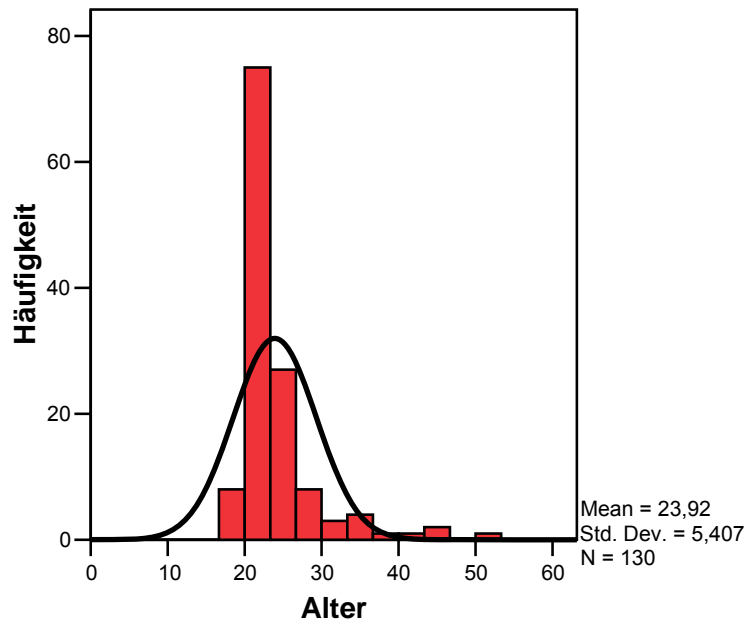


Von 130 Studenten insgesamt fällt der größte Anteil auf die Bamberger Psychologiestudenten der klinischen Semester (39,23%), die zweitstärkste Gruppe bilden die Studenten aus der Schweiz mit einem Anteil von 36,92%. Schließlich beläuft sich der Anteil der studentischen Versuchspersonen aus der Gruppe der Bamberger Psychologiestudenten aus dem Grundstudium auf 23,85% des Samples.

Geschlechterverteilung. Die Geschlechterverteilung mit 113 Frauen und 17 Männern in der Stichprobe der Reteststudie ist nicht ausgeglichen, sie umfaßt 86,9 % weibliche und 13,1% männliche Probanden.

Altersverteilung. Das Alter der teilnehmenden Personen lag bei den 130 Studenten zwischen 19 und 51 Jahren (Durchschnittsalter $M=23,92$; $SD=5,41$). Abbildung 5-02 zeigt eine deutlich linkssteile (Schiefe >0) Verteilung der Alterskurve und einen Modalwert von 20 Jahren an. Über 80% der studentischen Stichprobe lassen sich der Altersgruppe von 19-25 Jahren zuordnen.

Abbildung 5-02: Altersverteilung der nichtklinischen Test-Retest-Stichprobe mit Studenten aus Deutschland und der Schweiz (N=130)



Sozio-ökonomische Daten. Die Mehrheit der 130 Studenten (53%) lebte als Single, 30% der Befragten befanden sich in einer Partnerschaft, verheiratet waren 16,2%. Lediglich ein Student lebte in Trennung/Scheidung. Kinder hatten nur 7% der studentischen Stichprobe, 93% der Befragten gaben an, keine Kinder zu haben. Der Großteil der Stichprobe (68,2%) befand sich nicht in einem Arbeitsverhältnis, 27,9% der Studenten ging aber einer Teilzeitbeschäftigung nach, fünf Teilnehmer (3,9%) arbeiteten während ihres Studiums ganztags. Tabelle 5-05 beschreibt die nichtklinische Test-Retest-Reliabilitätsstichprobe anhand der soziodemographischen Charakteristika, zusätzlich aufgeteilt nach Studenten aus Deutschland und aus der Schweiz.

Tabelle 5-05: Soziodemographische Beschreibung der nichtklinischen Test-Retest-Stichprobe (n=130; absolute und gültige prozentuale Häufigkeiten) getrennt nach Studenten aus Deutschland (Bamberg) und der Schweiz (Basel)

Merkmal	Ausprägung	Gesamt		deutsche Studenten (Bamberg)		schweizer Studenten (Basel)	
		N=130	%	N=82	%	N=48	%
Alter	19-25 Jahre	107	82,3	67	81,7	40	83,3
	26-51 Jahre	23	17,7	15	18,3	8	16,7
Geschlecht	Weiblich	113	86,9	76	92,7	37	77,1
	Männlich	17	13,1	6	7,3	11	22,9
Familie	Single	69	53,0	44	53,7	25	52,1
	Mit Partner/Partnerin	39	30,0	23	28,0	16	33,3
	Verheiratet	21	16,2	14	17,1	7	14,6
	Getrennt/Geschieden	1	0,8	1	1,2	-	-
Kinder	Keine Kinder	121	93,0	79	96,3	42	87,5
	Kinder	9	7,0	3	3,7	6	12,5
Berufstätig	Nicht berufstätig	89	68,2	66	80,2	23	47,9
	Ganztags	5	3,9	2	2,5	3	6,3
	Teilzeit	36	27,9	14	17,3	22	45,8

Bildungsstand. Fast alle deutschen und schweizer Studierenden erreichten das Abitur bzw. das Lizentiat über den ersten Bildungsweg und besuchten das Gymnasium, lediglich jeweils ein Student aus Deutschland und einer aus der Schweiz erreichten das Abitur/Lizentiat über die Realschule und den zweiten Bildungsweg.

Stimmung. Die momentane Stimmung der studentischen Test-Retest-Reliabilitätsstichprobe insgesamt kann als gut bezeichnet werden. Sowohl zu Messzeitpunkt t1 (M=6,38; SD=1,41), als auch zu t2 (M=6,38; SD=1,79), ergaben sich auf einer Skala von 1-10 überdurchschnittliche Werte mit einer geringen Streuung. Die nichtklinische Stichprobe weist beim Testzeitpunkt t1 einen Mittelwert von 6,15 im Beck-Depressionsinventar auf (SD=5,70); nach dem Retestintervall von vier Wochen ergab sich für die gesamte studentische Stichprobe ein Mittelwert von 4,97 im BDI (die Standardabweichung betrug SD=4,70). Der Mittelwert im Beck-Angstinventar zum Zeitpunkt der ersten Testung belief sich für die 130 Studenten auf M=8,12 (SD=8,25); beim Retest ergaben sich ähnliche Maße der Zentralen Tendenz und der Dispersion (M=8,29; SD=6,18).

Die folgenden Tabellen stellen die genannten Stichprobencharakteristika nochmals für die gesamte Reliabilitätsstichprobe sowie getrennt für die Studenten aus Deutschland

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

und der Schweiz dar. Dabei stellt Tabelle 5-06 die Stichprobenstatistiken für den Messzeitpunkt t1 vor, die anschließende Tabelle 5-07 gibt die Daten für den Messzeitpunkt t2 an.

Tabelle 5-06: Momentane Stimmung, BDI-Werte und BAI-Werte der nichtklinischen studentischen Test-Retest-Reliabilitätsstichprobe (n=130) getrennt nach Studenten aus Deutschland (Bamberg) und der Schweiz (Basel) – Messzeitpunkt t1

Merkmal	Gesamtstichprobe		Studenten aus Deutschland (Bamberg)		Studenten aus der Schweiz (Basel)	
	N=130		N=82		N=48	
	M	SD	M	SD	M	SD
Stimmung	6,38	1,41	6,05	1,33	6,96	1,37
BDI	6,15	5,70	7,26	5,90	4,25	4,86
BAI	8,12	6,25	9,45	6,77	5,85	4,52

Vergleicht man die Verteilung des Summenscore sowohl des BAI als auch des BDI mit den von den deutschsprachigen Testautoren (Hautzinger, Bailer, Worrall, & Keller, 1994; Margraf & Ehlers, i. V.) festgelegten Grenzwerten klinisch relevanter Angst und Depression, so ist festzustellen, dass ein Teil der studentischen Test-Retest-Reliabilitätsstichprobe klinisch relevante Ausprägungen von Angst- und Depressionssymptomen zum Messzeitpunkt t1 aufwies. Legt man die Angaben für Cut-Off-Werte der Testautoren zugrunde, erreichte eine Person einen BAI-Wert von 35, was eine Merkmalsausprägung wie bei klinisch relevanter Angst darstellt (Cut-off-Wert: > 26, Margraf & Ehlers, in Vorbereitung). Zum Testzeitpunkt t1 wiesen neun Studierende (4,6% der gesamten studentischen Stichprobe) einen Wert von über 18 Punkten auf, der auf eine klinisch relevante Ausprägung depressiver Symptome hinweist (Hautzinger et al., 1994).

Tabelle 5-07: Momentane Stimmung, BDI-Werte und BAI-Werte der nichtklinischen studentischen Test-Retest-Reliabilitätsstichprobe (n=130) getrennt nach Studenten aus Deutschland (Bamberg) und der Schweiz (Basel) – Messzeitpunkt t2

Merkmal	Gesamtstichprobe		Studenten aus Deutschland (Bamberg)		Studenten aus der Schweiz (Basel)	
	N=130		N=82		N=48	
	M	SD	M	SD	M	SD
Stimmung	6,38	1,79	6,27	1,94	6,59	1,48
BDI	4,97	4,70	5,70	4,79	3,73	4,33
BAI	8,29	6,18	8,80	6,30	7,42	5,94

Wiederum bei einer Person aus der studentischen Reliabilitätsstichprobe ergaben sich zum Messzeitpunkt t2 ein BAI-Summenwert von über 26 Punkten. Für die depressive

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Symptomatik ergab sich bei fünf Studierenden, d.h. 3,8% der Gesamtstichprobe, Werte, die einer klinisch relevanten Ausprägung depressiver Symptome entsprechen.

5.8.2.3 Ergebnisse der Reliabilitätsbestimmung

In den folgenden vier Tabellen sind die Ergebnisse der Test-Retest-Reliabilitätsbestimmungen für den von der Autorin übersetzten Cognitive Intrusions Questionnaire dargestellt für die studentische Stichprobe (für Worry und Rumination). Die Gesamtskala Worry beinhaltet 79 Variablen, die Gesamtskala Rumination ebenfalls 79 Variablen. In der Skala sind bereits die von der Autorin neu generierten Items enthalten.

Tabelle 5-08: Test-Retest-Reliabilitätsergebnisse der Fragebogenvariablen des CIQ für die Worrygedanken: Korrelation der Mittelwertskalen des gesamten Itemsatzes zu t1 und t2 bei der nichtklinischen Studenten-Stichprobe (n=130)

	Gesamtskala Worry Retest
Gesamtskala Worry	
Korrelation nach Pearson	.766***
Signifikanz (2-seitig)	0,000
N	130

*** = $p < 0,01$; die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Tabelle 5-09: Test-Retest-Reliabilitätsergebnisse der Fragebogenvariablen des CIQ für die Ruminationsgedanken: Korrelation der Mittelwertskalen des gesamten Itemsatzes zu t1 und t2 bei der nichtklinischen Studenten-Stichprobe (n=130)

	Gesamtskala Rumination Retest
Gesamtskala Rumination	
Korrelation nach Pearson	.807***
Signifikanz (2-seitig)	0,000
N	130

*** = $p < 0,01$; die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Ein Korrelationskoeffizient von über .60 bis .80 wird als starke Korrelation interpretiert. Die Zuverlässigkeit des gesamten Itemsatzes der CIQ-Variablen in Bezug auf die *Worrygedanken* ist hoch, mit einer signifikanten Korrelation von $r = .766$ für die nichtklinische Stichprobe ergibt sich für die Stabilität der zu Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2 gebildeten Meßwertreihen bzw. Mittelwertskalen ein Wert, der für einen Anteil von 76% „wahrer“ Varianz und 24 % Fehlervarianz in den Meßwerten spricht.

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Ein weiteres Ergebnis sind die hohen Stabilitätsmaße für *Rumination* für die nichtklinische Stichprobe. Mit einer signifikanten Korrelation von $r=.807$ für die nichtklinische Stichprobe ergeben sich Werte, die für einen Anteil von 80% „wahrer“ und 20% Fehlervarianz sprechen.

Außerdem wurden die Reliabilitätsmaße noch einzeln für die Itemsätze „Begleitende Emotionen“, „Bewertungen“ und „Strategien“ sowohl bei den Worry- als auch für die Ruminationsgedanken berechnet. Für die Beantwortung des CIQ aufgrund der Worrygedanken ergab sich für die nicht-klinische Stichprobe

- eine Korrelation von $r=.708$ für den Itemsatz „Begleitende Emotionen“,
- eine Korrelation von $r=.736$ für den Itemsatz „Bewertungen“ und
- eine Korrelation von $r=.694$ für die Strategie-Items.

Für die Beantwortung des CIQ aufgrund der Ruminationsgedanken ergab sich

- eine Korrelation von $r=.722$ für die „Begleitenden Emotionen“
- eine Korrelation von $r=.688$ für die „Bewertungen“
- eine Korrelation von $r=.710$ für die „Strategien“.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die mit dem übersetzten und modifizierten Cognitive Intrusions Questionnaire erhobenen Daten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit reliabel erfasst worden, d.h. dass der Fragebogen das fragliche Merkmal insofern zuverlässig „mißt“ als dass die Meßergebnisse zu einem späteren definierten Zeitpunkt mit ebenso niedriger geschätzter Fehlervarianz zustandekommen. Das Instrument erfaßt zu einem hohen Prozentsatz von rund 76 bzw. 80% die als wahr vermutete Varianz des Merkmals „Worrygedanken“ bzw. „Ruminationsgedanken“, wie sie im CIQ erhoben werden. Die relativ hohen Reliabilitätskoeffizienten für Worry- als auch für ruminative Gedanken rechtfertigten den Einsatz des Cognitive Intrusions Questionnaire-Fragebogens an weiteren nichtklinischen Stichproben und an einer klinischen Stichprobe.

Eine kritische Einschätzung der Einflußfaktoren wie Wiederholungs- und Erinnerungseffekte oder der Merkmalskonsistenz von „Gedanken“, über die man aufgrund der vorliegenden Korrelationsergebnisse spekulieren kann, folgen in der Zusammenfassung und Diskussion der Studie 1.

5.8.3 Überprüfung der Validität

Die Überprüfung der Validität soll sicherstellen, dass der Fragebogen auch das Merkmal mißt, das er zu messen beansprucht. Es stellt damit das wichtigste Kriterium eines neuen Testverfahrens dar, das in der Regel an „neuen“ Stichproben überprüft werden muß, und zwar mit Verfahren oder Beobachtungen, die einen bereits bekannten Zusammenhang mit Hilfe bereits etablierter Meßverfahren überprüfen können. So könnte eine Überprüfung der Kriteriumsvalidität in der Weise erfolgen, indem überprüft wird, ob der Fragebogen stimmungssensitiv ist. Da bekannt ist, dass Grübeln stark von der Stimmung (z.B. über den Beck Depressions Inventar erhoben) abhängt, würde erwartet werden, dass sich mit einem validen Grübelfragebogen eine Kovarianz von Stimmung und Grübelwerten feststellen lässt. Das Problem ist, dass der CIQ keine Skalierung aufweist, mit der „Grübelwerte“ berechnet werden könnten. Eine Analyse des Instruments müßte also zunächst über eine Item- und dann eine Faktorenanalyse erfolgen. Erste Vorarbeiten zu einer Itemanalyse wurden von Meister (2007) vorgenommen. Die Berechnungen und Auswertungen der Faktorenanalyse durch die Autorin sind in Angriff genommen, aber noch nicht abgeschlossen. Die Voraussetzungen für eine ausreichende Validität eines Testverfahrens sind die Realisierung von hoher Objektivität und Reliabilität. Diese beiden Gütekriterien wurden in den Abschnitten 5.8.1 und 5.8.2 dargestellt und können beide als erfüllt betrachtet werden. Eine weitere Validitätsanalyse an weiteren Stichproben ist dringend vorzunehmen, würde aber den Rahmen dieser Dissertation sprengen. Ein Problem dabei ist, wie bereits erwähnt, die geringe Anzahl vergleichbarer Verfahren im deutschen Sprachraum, die Teilbereiche des Untersuchungsgegenstandes Worry und Rumination schon valide zu erfassen vermögen. So liegt zwar ein Verfahren zur Erfassung der Tendenz zu Worry vor, ein Verfahren zur Erfassung der Tendenz zu Rumination gibt es jedoch nicht in deutscher Sprache. Trotzdem bleibt die Aufgabe bestehen, für das vorliegende Selbstauskunftsinstrument über wiederkehrende belastende Gedanken noch Studien zur internen und externen Validität zu planen und durchzuführen.

5.9 Zusammenfassung und Diskussion

Für die Erfassung der abhängigen Variablen kamen relativ neue bzw. von der Verfasserin erstmals ins Deutsche übersetzte Verfahren zur Anwendung. Um einen Sorgen- und einen Grübelgedanken zu erfassen, wurden die „Scale of Ruminative

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Thought Items“ und die „Scale of Worry Items“ in der Version von Watkins et al. (2005) eingesetzt. Der Umgang mit diesen Gedanken, die subjektive Einschätzung deskriptiver Variablen, der begleitenden Emotionen und der Bewertungen über diesen Gedanken wurden mit dem Cognitive Intrusions Questionnaire CIQ erfaßt. Ursprünglich als Selbstbeurteilungsinstrument für Sorgen- und Zwangsgedanken konzipiert, wurde der Fragebogen aufgrund von Studien aber kontrovers diskutiert und schien wesentlich besser für die Anwendung bei Sorgen- und Grübelgedanken geeignet, was ihn für die Anwendung bei den vorliegenden Studien und der Originalstudie von Watkins et al. prädestinierte.

Die Übersetzung wurde von einer englisch-deutschen Psychologin und Linguistin und der Verfasserin vorgenommen und konnte als „Stichprobe“ für die Ruminationsliste mit zwei anderen Übersetzungen verglichen werden – mit guten Resultaten für die vorliegende deutsche Fassung. Die Sprachebene wurde beibehalten, allerdings blieben einzelne Formulierungen dann bei dieser Nähe zum englischen Originalfragebogen zu sehr im elaborierten Code: Bei der Frage „I reprimand myself“, ob man sich rügt, wenn man den wiederkehrenden Gedanken hat, gaben in späteren Befragungen fünf Probanden an, sie würden den Ausdruck „sich rügen“ nicht kennen. Die übersetzten Items waren ansonsten in der Anwendung verständlich und bis auf wenige „zwangsspezifische“ Items (die z.B. die Neutralisierung von Gedanken betrafen, die für Personen ohne Zwangsgedanken unverständlich erscheinen) unproblematisch zu bearbeiten. Eine große Zahl von Probanden, vor allem die in der klinischen Stichprobe, äußerte von sich aus, dass die Fragen sehr interessant seien und häufig genau das trafen, was sie während des Gedankenkreisens erlebten. Diese Beobachtungen während der Untersuchungsdurchführung weisen auf die Relevanz der erhobenen Items für die untersuchten Probanden hin. Zudem bemühte sich die Verfasserin, die Patienten nicht „nur“ zum Objekt, sondern auch zum Subjekt der Forschung werden zu lassen, indem eine kleine Patientengruppe selbst Vorschläge einbringen bzw. patientenformulierte Fragen auf ihre Stimmigkeit einschätzen konnte. Diese zusätzlichen Items verlängern zwar den Fragebogen erneut, sollten aber dazu beitragen, die „Schere“ zwischen Theorie und klinischer Realität ein kleines Stück zu verringern.

Der Fragebogen gewann durch die grafisch überarbeitete Darstellung und die Instruktionen mit Beispielen im Vergleich zur englischen Version von Watkins et al. deutlich an Klarheit. Trotzdem enthält der Fragebogen noch einige wenige

mißverständliche Items. Über eine Itemanalyse und faktorenanalytische Studien könnten unspezifische Items identifiziert und entfernt werden, damit der Fragebogen kürzer und leichter anwendbar wäre.

Problematisch beim Einsatz des CIQ war dessen noch *wenig gesicherte psychometrische Qualität*. Aus der Darstellung der Entstehung des CIQ wird einerseits deutlich, dass dem CIQ Fragebögen mit guten psychometrischen Eigenschaften zugrundeliegen. Andererseits war die Version von Watkins et al. (2005) mit ihren relativ umfangreichen Modifikationen hinsichtlich ihrer Gütekriterien noch nicht untersucht worden. Deshalb wurde im Rahmen einer von der Verfasserin mitbetreuten Diplomarbeit eine *Reliabilitätsanalyse* erarbeitet und die Test-Retest-Reliabilitäten für die nichtklinische Stichprobe errechnet, und zwar für die Bereiche „Begleitende Emotionen“, „Bewertungen“ und „Strategien“, jeweils für den Worry- wie auch für den Ruminationsfragebogenteil.

Der CIQ krankt daran, *keine Skalierung* aufzuweisen, aus diesem Grund muss die Unterteilung vorläufig noch hinsichtlich dieser Bereiche vorgenommen werden. Es ist jedoch nicht sicher, ob die einzelnen Items spezifisch für diese Bereiche sind, und ob ein Item, das unter den „Bewertungen“ aufgeführt ist, nicht ebenso gut emotionale Aspekte erfaßt (z.B. „Der Inhalt des wiederkehrenden Gedankens ist beunruhigend“). Die Grenzen zwischen verschiedenen Bereichen sind manchmal unscharf und nur schwer voneinander zu trennen. Weder Watkins noch die Verfasser der ursprünglichen Fragebögen formulierten präzise, aus welchen Gründen bestimmte Items unter die Bereiche „Emotionen“, „Bewertungen“ oder „Strategien“ subsummiert wurden. Des weiteren wurde von Watkins und Mitarbeiterinnen versäumt, neu hinzugefügte Items einer Itemanalyse zu unterziehen; es fehlen Hinweise auf einzelne Kennwerte für Reliabilität und Validität.

Mangelnde instrumentelle *Reliabilität* könnte die interne und externe Validität einer Studie zusätzlich gefährden. Dieses Gütekriterium kann jedoch *als erfüllt betrachtet* werden, denn die Arbeit von Meister weist darauf hin, dass die Test-Retest-Reliabilität für die nichtklinische Stichprobe als gut einzustufen ist. Inzwischen (September 2007) liegen auch die Reliabilitätsdaten für die klinische Stichprobe vor, die als zufriedenstellend bezeichnet werden können, allerdings in der vorliegenden Arbeit nicht mehr dargestellt werden konnten (vgl. Meister, 2007).

Die Unterteilung verschiedener „Gedankenarten“ (Worry, Rumination, Intrusionen) ist schwierig, da die Forscher und die Fragebogenkonstrukteure oft ein und dieselben

Studie 1: Ein Fragebogen zur Erfassung repetitiver negativer Gedanken

Personen sind, die relativ theoriegeleitete und definitionsgesteuerte Versionen ihres Vor-Verständnisses des Forschungsgegenstandes in die Itemkonstruktion einfließen lassen. So kann nicht zwingend davon ausgegangen werden, dass Rumination, so wie es Nolen-Hoeksema definiert, mit einem anderen Instrument als einem von Nolen-Hoeksema entwickelten Fragebogen untersucht werden kann. Die Kommunikation über die Items ist deshalb von hoher Relevanz. Aus diesem Grund wurde der Versuch unternommen, die *Herkunft der Fragen und die dahinterstehenden Ideen der Verfasser des CIQ detailliert zu analysieren*. Die Stärken und Schwächen des Fragebogens, aber auch der etwas unkümmerte Ansatz von Watkins et al., den CIQ ohne weitere Prüfung trotz modifizierter, entfernter und hinzugefügter Items einzusetzen, wurden damit veranschaulicht. Bei der Erfassung „neuer“ Gebiete mit wenigen Vergleichsstudien zu Worry und Rumination, wie dies im aktuellen Forschungsstand deutlich wurde, ist es aber zulässig und zielführend, ausgetretene Wege zu verlassen. Herausragend ist der Versuch, mit Hilfe des CIQ in einer synoptischen Betrachtung vier „Gruppen“ von theoretischen und praxisrelevanten „Zahnradern“ psychischen Erlebens und Verhaltens zu erfassen: Emotionen, Bewertungen und Strategien; neben deskriptiven Variablen, die z.B. Häufigkeit und Trigger und die bildliche vs. sprachliche Repräsentation erfragen.

Hier spürt man den hohen Anspruch der Forschergruppe um Watkins, aber es wird auch deutlich, dass dieser hohe Anspruch einen Probanden, der sich etwa eine Stunde lang konzentrieren muß, auch überfordern kann. Watkins et al. sprechen von einer Bearbeitungsdauer von ca. 30 Minuten. Das war in unserer Forschungsgruppe keinem der beteiligten Diplompsychologen möglich, die den Fragebogen zunächst, wie es zu fordern ist, an sich selbst ausprobierten. Sowohl in der klinischen wie der nichtklinischen Gruppe waren eher 50 bis 60 Minuten realistisch. Der Fragebogen ist deutlich zu lang. Er ist damit für den standardmäßigen Einsatz an klinischen Stichproben noch zu unpraktikabel und unökonomisch.

6 Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

In der bisherigen Forschung (vgl. Kapitel 2) wurden Worry und Rumination sehr lange als voneinander abgegrenzte Kognitionen betrachtet; Worry wurde im Bereich der Angststörungen, insbesondere der Generalisierten Angststörung untersucht, während das Konzept Rumination vor allem durch die Depressionsforschung große Bedeutung erlangte. In den letzten Jahren wird verstärkt untersucht, inwieweit sich die beiden Prozesse überschneiden, denn dadurch könnten übergreifende Modellvorstellungen von wiederkehrenden negativen Prozessen bei unterschiedlichen psychischen Störungen (weiter-) entwickelt werden.

Das Ziel dieser Studie war es, zum ersten Mal im deutschen Sprachraum Worry und Rumination gleichzeitig hinsichtlich deskriptiver Merkmale, begleitenden Emotionen, Bewertungen und Strategien bei gesunden Personen zu vergleichen, aber anhand einer größeren ($n = 391$) und hinsichtlich sozialer Merkmale unterschiedlicheren Stichprobe als bei der in England durchgeführten Untersuchung von Watkins et al. (2005). Die Durchführung dieser Vorläuferstudie und ihre Ergebnisse wurden im Kapitel 2.6.6 erläutert, sie stellen die Grundlage für diese Replikationsstudie dar. In einer ersten Studie waren dazu die Forschungsinstrumente (Selbstausskunftsfragebögen) vom Englischen ins Deutsche übersetzt, teilweise modifiziert und hinsichtlich der Gütekriterien geprüft worden (Studie 1).

Durch den Vergleich der Konzepte Worry und Rumination hinsichtlich einer großen Zahl verschiedener forschungs- und praxisrelevanter Merkmale sollen die bisherigen Modellvorstellungen von Worry und Rumination überprüft werden. Auf dieser Basis soll es möglich werden, in einem nächsten Schritt (Studie 3) die Konzepte Worry und Rumination bei Patienten mit Major Depression zu vergleichen.

Nach einem Überblick über die Fragestellung und Hypothesen (6.1) werden Angaben zur Durchführung der Datenanalyse und der Durchführung der Voranalysen (6.2) gemacht. Im Ergebnisteil 6.3 werden die Stichprobenkennwerte und die Ergebnisse zum Konzeptvergleich dargestellt. Im Anschluß daran werden die Ergebnisse mit den Hypothesen und mit der Studie von Watkins et al. (2005) verglichen. Abschließend werden die Befunde diskutiert (6.5) und in den bisherigen Forschungsrahmen eingeordnet.

6.1 Fragestellungen und Hypothesen

In der Studie von Watkins et al. (2005) wurden deskriptive Merkmale, verschiedene emotionale Aspekte, Bewertungen und Strategien bei Worry und Rumination, insgesamt 53 Variablen, miteinander verglichen. Die intraindividuellen Vergleiche an einer Stichprobe von 144 ausschließlich weiblichen Teilnehmerinnen aus einem akademischen Umfeld (Mitarbeiterinnen eines Psychologischen Instituts, Studentinnen) erbrachten die Ergebnisse, dass Worry sechs Merkmale und Rumination zwei Merkmale signifikant häufiger aufweist. Für Worry galt, dass der Gedanke besorgniserregender und beunruhigender ist und unangenehmere Inhalte als Rumination hat. Worrygedanken sind „chronischer“ oder persistenter als Ruminationsgedanken; die befragten Personen schätzten, dass sie ihn seit mehr Jahren als den Ruminationsgedanken hatten. Worry hat einen deutlichen Zukunftsbezug, während Rumination sich um Ereignisse in der Vergangenheit dreht. Für Rumination wurde gefunden, dass die Teilnehmer den Ruminationsgedanken mehr als ein reales Problem einschätzten als den Worrygedanken.

Ausgehend von diesen Ergebnissen wurden für die vorliegende Studie 53 Einzelhypothesen aufgestellt. Die Ergebnisse der Studie von Watkins et al. (vgl. Kapitel 2.6.6) als „richtig“ voraussetzend, wurden acht gerichtete Hypothesen formuliert, die *Unterschiede* zwischen Worry und Rumination annehmen.

Höhere Werte für Worry im Vergleich zu Rumination sollten folgende Items aufweisen:

- zukunftsbezogener Inhalt
- Persistenz in Jahren
- unangenehmer Inhalt
- beunruhigender Inhalt
- Gefühl der Besorgnis
- Gefühl der Unsicherheit

Höhere Werte für Rumination im Vergleich zu Worry wurden postuliert für die Items

- vergangenheitsbezogener Inhalt
- Realitätsbezug des Problems

Die acht gerichteten Hypothesen finden sich in der folgenden Tabelle 6-01.

Tabelle 6-01: Hypothesen Teil 1

<p>A I: Worry und Rumination unterscheiden sich anhand folgender Variablen:</p> <p>Beschreibende Parameter: Chronizität/Persistenz</p> <p>Bewertungen: Zukunfts-vs. Vergangenheitsorientierung, unangenehmer Inhalt, Realitätsbezug</p> <p>Emotionen: Unsicherheit und Besorgnis</p>	
Hypothesen	Items/Variablen
1.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry > μ Rumination	„Seit wann haben Sie schon diesen oder einen ähnlichen wiederkehrenden Gedanken“(3c)
2.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry > μ Rumination	„Der Inhalt des wiederkehrenden Gedankens ist unangenehm“ (16)
3.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry < μ Rumination	„Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um ein reales Problem oder eine reale Situation“ (21)
4.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry > μ Rumination	„Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um die Zukunft“ (27)
5.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry < μ Rumination	„Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um die Vergangenheit“ (28)
6.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry > μ Rumination	„Wie unsicher macht Sie dieser wiederkehrende Gedanke?“ (11)
7.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry > μ Rumination	„Der Inhalt des wiederkehrenden Gedankens ist beunruhigend“ (17)
8.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry > μ Rumination	„Wie besorgt oder ängstlich macht Sie dieser wiederkehrende Gedanke?“(9)

Es wurden insgesamt 45 Hypothesen formuliert, die eine *Ähnlichkeit* in den übrigen deskriptiven Merkmalen, Emotionen, Bewertungen und Copingstrategien (Cognitive Intrusions Questionnaire) annehmen. Im folgenden sind die Hypothesen in vier Tabellen 6-02 bis 6-05 getrennt für die beschreibenden Parameter (A II), Emotionen und Bewertungen (A III) und Copingstrategien (A IV) aufgeführt.

Tabelle 6-02: Hypothesen Teil 2

<p>A II: Worry und Rumination unterscheiden sich <u>nicht</u> anhand folgender Variablen: beschreibende Parameter: Frequenz, Dauer, Trigger, verbaler Inhalt vs. bildliche Intrusion</p>	
Hypothesen	Items/Variablen
9.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Auftretenshäufigkeit (1)
10.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Dauer (2)
11.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Trigger internal/external (5)
12.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Vermeiden von Triggern (6)
13.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Bemerken von Triggern (4)
14.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Prozentsatz verbal vs. visuell (7)

Tabelle 6-03: Hypothesen Teil 3

A III-1: Gesunde Personen haben gleiche <i>Emotionen und Bewertungen</i> hinsichtlich Worry und Rumination	
Hypothesen	Items/Variablen
15.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Schwierigkeit, Gedanken loszuwerden (13)
16.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ablehnung des Gedankens (14)
17.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Gedanke ist dauernd im Hinterkopf (19)
18.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Anstrengung, Gedanken loszuwerden (20)
19.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Problem kann gelöst werden (22)
20.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Anstrengung, Problem zu lösen (23)
21.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Zuversicht, Problem zu lösen (24)
22.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Kontrolle über Gedanken (25, 33 umgepolt)
23.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Wahrscheinlichkeit des Eintreffens des Problems (26)
24.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Inhalt dreht sich um Gegenwart (29)
25.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Gedanke bindet viel Aufmerksamkeit (30)
26.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Egodystone Natur des Gedankens (31)

Tabelle 6-04: Hypothesen Teil 4

A III-2: Gesunde Personen haben gleiche <i>Emotionen und Bewertungen</i> hinsichtlich Worry und Rumination	
Hypothesen	Items/Variablen
27.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Bedürfnis, Situation zu verstehen (34)
28.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Reaktion ist vernünftig (35)
29.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Verantwortlichkeit für den Gedanken (38)
30.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Verantwortlichkeit für Situation (39)
31.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Inhalt persönlich wichtig (40)
32.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	starker Drang zum Handeln (41)
33.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ernsthaftigkeit möglicher Folgen (36)
34.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Bedürfnis, vorzubeugen (37)
35.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Glaube, dass Gedanke stimmt (15)
36.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Gedanke stört bei Aufgabenbewältigung (18)
37.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Gedanke macht traurig (8)
38.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Gedanke erzeugt Schuldgefühle (10)
39.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Gedanke erzeugt Schamgefühle (12)

Tabelle 6-05: Hypothesen Teil 5

A IV: Gesunde Personen wählen ähnliche <i>Strategien</i> im Umgang mit Sorgen- bzw. Grübelgedanken	
Hypothesen	Items/Variablen
40.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich sage mir, dass der Gedanke nichts bedeutet (62)
41.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich lenke mich ab (50)
42.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich konzentriere mich auf andere Aufgaben (52)
43.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich sage zu mir „Stopp“(56)
44.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich spreche mit jemandem (58)
45.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich rüge mich selbst (60)
46.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich neutralisiere den Gedanken durch einen anderen Gedankengang (64)
47.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich ersetze den Gedanken durch einen anderen negativen Gedanken (66)
48.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich analysiere die Situation (68)
49.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich versuche eine Lösung zu finden oder dem Problem vorzubeugen (70)
50.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich tue nichts, der Gedanke geht von allein weg (72)
51.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich denke über Ursachen, Bedeutung, das „Warum“ nach (74)
52.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich denke über mögliche Folgen nach (78)
53.: H0: μ Worry = μ Rumination H1: μ Worry \neq μ Rumination	Ich stelle mir Einzelheiten der Situation vor (76)

6.2 Methode

Im folgenden Kapitel werden das Untersuchungsdesign, die verwendeten Instrumente, die Stichprobenkonstruktion sowie die Untersuchungsdurchführung dargestellt. Das Kapitel schließt mit der Analyse der erhobenen Daten.

6.2.1 Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign ist folgendermaßen angelegt: Es sollen in einer Querschnittsuntersuchung intraindividuelle Merkmalsausprägungen zwischen Worry- und Ruminationsgedanken in einer heterogenen nichtklinischen Stichprobe verglichen werden. Zur Erfassung der Merkmalsausprägungen wird ein von der Verfasserin übersetzter Fragebogen als Self-report-Instrument ausgegeben, der in einer schriftlichen Version anonym von den Teilnehmerinnen bearbeitet werden soll. Die Methode dieser Befragung stammt ursprünglich von Langlois et al. (2000) und wurde von den Wissenschaftlern, die die englische Studie vorab durchgeführt hatten, modifiziert. Die vorliegende Studie ist im weitesten Sinn eine Replikationsstudie der Untersuchung von Watkins, Moulds und Mackintosh (2005). Diese Studie wurde ausführlich im Forschungsteil der Arbeit beschrieben (2.6.6).

6.2.2 Instrumente

Das verwendete Fragebogenset zur Erfassung der wiederkehrenden Gedanken, die Übersetzung von Teilen des Fragebogens und ihre Bewertung hinsichtlich der Gütekriterien wurde im vorigen Kapitel 5 ausführlich dargestellt. An dieser Stelle erfolgt lediglich eine kurze Zusammenfassung und die Darstellung des Beck Angst Inventars und des Beck Depressions Inventars, mit dem die unabhängigen Variablen erfasst wurden.

Set of Ruminative Thought Items (Watkins, 2004)

Die Ruminative Thought Items umfasst 17 Fragen. Diese wurden von Watkins hauptsächlich aus Items der Rumination Response Scale (s.u.), einer Subskala des Response Style Questionnaire (RSQ; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) gebildet, und durften für die vorliegende Studie übernommen werden.

a) Response Styles Questionnaire RSQ (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991)

Die RSQ von Nolen-Hoeksema und Morrow ist eine ausreichend erprobte Skala zur Erfassung von Grübelvorgängen. Zahlreiche Studien belegen den prädiktiven Wert der Skala für das Auftreten depressiver Symptome. Zur Konstruktvalidierung der Skala gibt es aber auch kritische Daten (Kasch, Klein, & Lara, 2001). Eine deutsche Übersetzung und vorläufige Überprüfung legte Hoyer (2000) vor. Bei Nolen-Hoeksema lautet z.B. ein Item “kürzliche Vorfälle analysieren, um zu verstehen, warum ich deprimiert bin”. Watkins stellte den Items von Nolen-Hoeksema eine andere Einleitung voran, nämlich “Gedanken und Bilder”, z.B. “Gedanken und Bilder, in denen ich kürzliche Ereignisse analysiere, um zu verstehen, warum ich deprimiert bin”. Items, die keine Grübelgedanken erfassen, wurden ausgeschlossen.

b) Zusätzliche Items aus einer früheren Studie von Watkins und Baracaia (2001) wurden aufgenommen, die typische Grübelgedanken erfassen sollen, z.B. “Gedanken und Bilder, warum ich so ein Versager bin”. Die statistischen Kenndaten des von Watkins verwendeten adaptierten Itemsets sind nicht bekannt.

Cognitive Intrusions Questionnaire (CIQ: Freeston, Ladouceur, Thibodeau & Gagnon, 1992)

Dieser Fragebogen mit 21 Items liefert eine Einschätzung aufdringlicher Gedanken. Die Aufgabe für den Teilnehmer ist, einen eigenen aufdringlichen Gedanken hinsichtlich folgender Kategorien einzuschätzen:

- a) Generelle Beschreibung (Frequenz, Dauer, etc.)
- b) Bewertungen (Verantwortlichkeit, Kontrollüberzeugung, persönliche Relevanz, etc.)
- c) Beim Denken auftretende Emotionen (Traurigkeit, Besorgnis, etc.)
- d) Strategien im Umgang mit dem aufdringlichen Gedanken (sich Ablenken, Gedanken unterdrücken, analysieren etc.)
- e) Einschätzung, wie hilfreich die jeweilige Strategie ist, um den Gedanken erträglicher zu machen

Jedes der 21 Items soll auf einer Skala von 1-9 eingestuft werden. Die Reliabilität und Validität dieser Skala wurde als ausreichend beschrieben (Freeston et al., 1992; Freeston & Ladouceur, 1993), aber auch kritisiert.

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

Der CIQ wird so verwendet, wie ihn Watkins 2005 modifizierte. Von ihm wurden Items hinzugefügt, die relevant für die Erforschung von Grübeln und Besorgnis sind, wie z.B.

- f) Anstrengung und Zuversicht beim Problemlösen
- g) zeitliche Orientierung der Gedanken, d.h. ob sie sich um Belange der Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft drehen.

Die Fassung des CIQ von Watkins konnte nach Absprache mit E. Watkins für diese Studie übernommen werden.

Beck Depressions Inventar (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, Erbaugh, 1961)

In den 21 Items des BDI werden unterschiedliche Symptome der Depression in zunehmendem Schweregrad auf einer Likert-Skala von 0-3 erfasst. Die Originalstudie von 1961 zeigte exzellente Konsistenz- und Validierungsmaße (unabhängige Ratings durch Psychiater). Der BDI gilt als Goldstandard für Selbstbeurteilungs-Fragebögen bei Depression und ist international anerkannt.

Beck Angst Inventar (BAI; Margraf & Ehlers, 1998, i.V.)

Der BAI ist ein Selbstbeschreibungsverfahren mit 21 Items zur Erfassung der Schwere klinisch relevanter Angst. Margraf und Ehlers (1998, i.V.) berichten für die deutsche Version gute interne Konsistenzen von $\alpha = .92$ bei Patienten mit Angststörungen und $\alpha = .88$ in der Allgemeinbevölkerung. Die Konvergenz mit anderen Angstmaßen ist zufrieden stellend ($r = .45 - .73$). Die divergente Validität hinsichtlich Depression liegt nach Margraf und Ehlers günstiger als bei anderen Angstfragebögen ($r = .47$ mit dem BDI), z.B. trennt das Beck Angst Inventar besser zwischen Angst- und Depressions-Patienten als beispielsweise das State-Trait-Angstinventar STAI (Spielberger et al., 1970; Laux et al., 1981).

Hier nochmals eine Übersicht über die verwendeten Fragebögen in Tabelle 6-06 und 6-07. Die Fragebögen können im Anhang eingesehen werden. Der erste Teil der Fragebogenbatterie (dargestellt in Tabelle 6-06) umfasst die unabhängigen Variablen, der zweite Teil (Tabelle 6-07) die abhängigen Variablen.

Tabelle 6-06: Darstellung des ersten Teils der Fragebogenbatterie

Fragebogen	Ziel	englische Fassung	deutsche Fassung
Informationsblatt zur Studie und Einverständniserklärung	Einhalten wissenschaftlicher Richtlinien zur Information der Teilnehmer	Watkins et al. (2005)	diese Arbeit
Instruktion zum Code	Anonyme Zuordnung zu t2		diese Arbeit
Psychosoziale Daten	Beschreibung der Stichprobe; Erhebung und Kontrolle möglicher Einflussgrößen		diese Arbeit
Analogskala zur aktuellen Stimmung	Erfassung der subjektiv wahrgenommenen momentanen Stimmung		diese Arbeit
Beck Depressions Inventar	Erfassung von Symptomen der Depression	Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, (1961), Beck (1978)	Hautzinger et al. (1995)
Beck Angst Inventar	Erfassung von Angstsymptomen	Beck, Epstein, Brown, & Steer (1988)	Margraf & Ehlers (1998, i.V.)

Die Teilnehmer wurden gebeten, nach dem Ausfüllen des ersten Fragebogenteils (s. Tabelle 6-06) aus dem ersten (Ruminations-)Fragebogen ein persönliches Thema wiederkehrender Gedanken auszuwählen. Die Instruktion bei beiden Fragebögen war: *„1. Bitte lesen Sie die folgende Liste der wiederkehrenden Gedanken vollständig durch. 2. Wählen Sie den einen Gedanken, den Sie bei sich schon öfters bemerkt haben oder der für Sie am besten zutrifft. 3. Bitte beschreiben Sie kurz diesen Gedanken so, wie er für sie zutrifft.“* Die Probanden wurden gebeten, diesen Gedanken anschließend im Cognitive Intrusions Questionnaire hinsichtlich der abhängigen Variablen (deskriptive Variablen, Emotionen, Bewertungen und Strategien) auf einer 1-9-Likert-Skala einzuschätzen. Anschließend sollten sie mit Hilfe des Worry Domains Questionnaire einen anderen wiederkehrenden Gedanken benennen und ihn erneut anhand des Cognitive Intrusions Questionnaire einschätzen. Die Teilnehmer wurden nicht informiert, dass die eine „Themenliste“, aus denen Gedanken gewählt werden sollten, aus einem Grübel- und die andere aus einem Sorgenfragebogen stammte.

Tabelle 6-07: Darstellung des zweiten Teils der Fragebogenbatterie

Fragebogen	Ziel	Englische Fassung	Deutsche Fassung
Rumination Response Scale	Erfassung eines Grübelthemas	Nolen-Hoeksema & Morrow (1991); Modifikation: „Set of ruminative thought items“ (Watkins, Moulds, & Mackintosh, 2005)	diese Arbeit
Cognitive Intrusions Questionnaire	Beschreibung der Gedanken, Emotionen, Bewertungen, Strategien, Qualität der Strategien	Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon (1992); „Set of worry-Items“; Modifikation des CIQ durch Watkins, Moulds & Mackintosh (2005)	diese Arbeit
Worry Domains Questionnaire	Erfassung eines Sorgenthemas	Tallis, Eyseck, & Mathews (1992): Erfassung von Sorgenthemen und Ausmaß der Sorgen	Stöber (1995); Kurzform: Stöber & Joormann (2001)
Cognitive Intrusions Questionnaire	Beschreibung der Gedanken, Emotionen, Bewertung, Strategien, Qualität der Strategien	Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon, (1992); Modifikation durch Watkins, Moulds & Mackintosh (2005)	diese Arbeit

Die Studienteilnehmer wurden wiederholt in den Instruktionen daran erinnert, jeweils bei ihrem *einen* ausgewählten Gedanken zu bleiben und sich aktiv an ihn zu erinnern, wenn sie ihn anhand des Cognitive Intrusions Questionnaire einschätzten. Die Hälfte der Probanden erhielt zuerst die Rumination Response Scale, die andere Hälfte den Worry Domains Questionnaire, um etwaige Reihenfolgeeffekte auszugleichen.

6.2.3 Stichprobenkonstruktion

Die Akquirierung der nichtklinischen Stichprobe erfolgte durch Werbung der Mitglieder zweier Chöre, über Multiplikatoren (z.B. Dozenten, Lehrkräfte), durch direkte Werbung im Freundes- und Bekanntenkreis der Verfasserin und an den Psychologischen Instituten der Universität Bamberg in Deutschland und der Universität Basel in der Schweiz. Ziel war es, eine heterogene Alters- und Sozialstruktur in der Stichprobe abzubilden. Bei der Stichprobenziehung wurde meistens auf Teilmengen zurückgegriffen, die bereits vorgruppiert waren (Klumpenstichprobe).

Befragt wurden Mitglieder eines Chores in einer Stadt (mit eher älteren Personen mit mittlerem bis höherem Ausbildungsniveau) und eines Chores auf dem Land (mit eher jüngeren Personen und mittlerem bis niedrigerem Ausbildungsniveau). Wie wissenschaftliche Befunde zum Chorsingen zeigen, korreliert Singen mit physischer

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

und psychischer Gesundheit. Es senkt den Cortisolspiegel, baut Stress ab, fördert das Immunsystem und sorgt für eine gute Stimmung (Kreutz, Bongard, Rohrman, Hodapp, & Grebe, 2003; Grape et al., 2003). Diese Stichprobenauswahl sollte möglichst gewährleisten, dass psychisch relativ gesunde Menschen über ihr Grübeln und ihre Besorgnis Auskunft geben. Die Befragung des städtischen Chors erschien zudem besonders attraktiv, da hier viele ältere, psychisch gesunde Menschen in die Studie eingeschlossen werden konnten. Deren Umgang mit belastenden Lebensereignissen im Alter (z.B. Tod des Partners), aber auch der „gewachsene“ Umgang mit Sorgen und Problemen und die Copingstrategien bei Personen der Kriegsgeneration waren von Interesse. Darüber hinaus wurden in der allgemeinen Stichprobe (Gelegenheitsstichprobe) beispielweise Sekretärinnen, Hausfrauen, kaufmännische Angestellte, Lehrer, Handwerker, Techniker, Dienstleister, Journalisten, Sporttrainer, Naturwissenschaftler, Angestellte im Öffentlichen Dienst, Beamte, Freiberufler und Rentner befragt.

Weiterhin wurden Personen aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens (Arztpraxen, Beratungsstellen, Kliniken) befragt. Personen, die im Gesundheitswesen arbeiten, stellen eine Berufsgruppe dar, die vielfältigen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt ist. Deshalb versprach die Befragung dieser Personengruppe die Möglichkeit festzustellen, welche Strategien im Umgang mit Sorgen und Grübeln eine solche Personengruppe anwendet.

Die dritte Gruppe der Teilnehmer waren Psychologiestudentinnen und -studenten der Universität Bamberg und der Universität Basel. Studierende im Grundstudium wurden über Aushänge angeworben und erhielten eine Gratifikation in Form von Versuchspersonenstunden. Studierende im Hauptstudium wurden über eine Hauptvorlesung in Klinischer Psychologie zur Teilnahme motiviert und erhielten für ihre Teilnahme eine kleine Anerkennung.

6.2.4 Untersuchungsdurchführung

Die Teilnehmer wurden in der Regel von der Studienleiterin angeschrieben oder angesprochen. Fragebögen wurden darüberhinaus im Schneeballsystem auch über Multiplikatoren (z.B. Dozenten), Kollegen und Bekannte verteilt. Die Teilnahme war anonym und freiwillig. Der Fragebogen konnte anonym per Post mit einem vorfrankierten Rückumschlag zurückgeschickt oder, bei der studentischen Stichprobe, anonym abgegeben werden. Die teilnehmenden Studierenden wurden gebeten, den Fragebogen nach vier Wochen nochmals zu beantworten, denn diese Daten sollten für

die Reliabilitätsstudie ausgewertet werden. Die Zuordnung zu dieser zweiten Befragung wurde über ein Codewort gewährleistet. Die Fragebögen konnten zuhause und im „eigenen Tempo“ ausgefüllt werden, sollten aber in einem Durchgang bearbeitet werden. Vordiplomstudierende in Bamberg wurden aus organisatorischen Gründen (Vergabe von Versuchspersonenstunden) in Gruppenuntersuchungen von ca. 90 Minuten Dauer befragt. Die Studierenden in Basel erhielten die Fragebögen über einen Mitarbeiter des Instituts ausgeteilt und konnten sie dann zuhause oder am Psychologischen Institut bearbeiten. Die Bearbeitung der Fragebögen dauerte bei der nichtklinischen Stichprobe im Durchschnitt etwa 60 bis 90 Minuten.

6.2.5 Dateneingabe und Datenverarbeitung

Die Dateneingabe und weitere Verarbeitung erfolgten mit dem Statistikprogramm Statistical Programme for the Social Sciences, SPSS, Version 14 und 15. Für die Editierung der Daten wurde von der Verfasserin unter Mitarbeit von Herrn Dipl.-Psych. Martin Rammrath und Frau Dipl.-Psych. Christine Glückler ein Manual erarbeitet. Die Daten wurden von verschiedenen Personen eingegeben und mit Hilfe einer SPSS-Syntax sowie über die Berechnung von Spannenmaßen auf Fehleingaben kontrolliert. Alle Dateneingabe erhielten eine ausführliche Einführung in die Editierregeln, sie notierten während der Eingabe jeweils fragliche Punkte und klärten sie vor der weiteren Eingabe mit der Studienleiterin.

Zur Analyse fehlender Werte und ihrer Ergänzung wurde das EM-Verfahren eingesetzt. Der EM-Algorithmus ist ein iteratives Verfahren zur Maximum-Likelihood-Schätzung. Dabei werden unter Verwendung eines iterativen Prozesses die Mittelwerte, die Kovarianzmatrix und die Korrelation der quantitativen Variablen mit fehlenden Werten geschätzt (Dempster, Laird, & Rubin, 1977). Die Iterationen wurden auf 25 begrenzt, die allerdings aufgrund der geringen Anzahl der fehlenden Werte in keinem Fall vollständig genutzt wurden, um eine maximale Likelihood-Schätzung zu liefern.

6.2.6 Auswertungsmethode

Um spezifische Charakteristika von Worry und Rumination in einer nicht-klinischen Stichprobe bestimmen zu können, wurden analog zum Vorgehen bei Watkins, Moulds und Mackintosh (2005) intrasubjektive Vergleiche bei Worry und Rumination für die gesamte Stichprobe der gesunden Teilnehmer ($n = 391$) durchgeführt. Vorab war mittels einer Poweranalyse die Anzahl der Versuchspersonen abgeschätzt worden.

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

Die Datensätze von Personen, die einen Teil des Fragebogens, z.B. eine ganze Seite nicht ausgefüllt hatten, wurden nicht einbezogen ($n=9$). Für alle 53 Variablen des Cognitive Intrusions Questionnaire wurden t-Tests bei abhängigen Stichproben gerechnet. Um eine Kontrolle für multiple Einzelvergleiche zu gewährleisten, wurde das α -Niveau von 0,05 zur Signifikanzüberprüfung mit Hilfe der Bonferroni-Simes-Korrektur (1986) angepasst. Nur p-Werte, die das Signifikanzkriterium nach der strengen Bonferroni-Simes-Korrektur erreichten, wurden angegeben. Dieses Vorgehen stellte die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit der englischen Studie sicher, denn von Watkins et al. (2005) wurde diese Korrekturmethode gewählt.

Die klassische Methode zum Schutz vor falsch positiven Ergebnissen, die aufgrund multiplen Testens anhand der gleichen Daten entstehen können, ist die Bonferroni-Korrektur (vgl. Miller, 1966). Bei diesem Verfahren wird der p-Wert durch die Anzahl der durchgeführten Tests dividiert. Es soll verhindert werden, dass bei einem Signifikanzniveau von 0,05 und einer Testung von 20 Hypothesen eine dieser Hypothesen rein zufällig eine Chance hat, signifikant zu „werden“. Deshalb sollte bei der Testung von zwei Hypothesen das Signifikanzniveau auf die Hälfte, also 0,025, abgesenkt werden. Diese Methode ist sehr konservativ und verhindert das Auftreten falsch positiver Ergebnisse so „stark“, dass in Kauf genommen wird, positive Ergebnisse nicht zu entdecken. Viele Forscher suchten daraufhin andere Ansätze, beispielsweise in der Bonferroni-Holm-Methode, die jedoch als genauso konservativ wie die Bonferroni-Methode eingeschätzt wurde (Holm, 1979; Rice, 1989). Die Schritt-für-Schritt-Prozedur der Simes-Methode wurde von Brown und Russell (1997) empfohlen, da sie viele positive Ergebnisse identifizieren kann. Mit der Bonferroni-Simes-Korrektur wiederum wird das α -Niveau von 0,05 solange schrittweise abgesenkt, bis das Abbruchkriterium erreicht ist (Simes, 1986). Dieses Verfahren wird dann empfohlen, wenn die generelle Nullhypothese („Es gibt überhaupt keine 53 Unterschiede zwischen Worry und Rumination“) von Interesse ist oder es keine a-priori-Hypothesen über vermutete Zusammenhänge gibt. Dies ist bei der Untersuchung zum Vergleich zwischen Worry und Rumination der Fall. Wenn es „in Wahrheit“ keine Unterschiede gäbe, kann die Bonferroni-Simes-Korrektur solche Unterschiede, die fälschlicherweise durch die statistische Wahrscheinlichkeit doch aufgetreten wären, verhindern.

Die Prüfung auf Normalverteilung der Daten erfolgte mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests und wurde für die Substichprobe der Studierenden ($n=130$)

vorgenommen. Es konnten keine signifikanten Abweichungen von der Normalverteilung festgestellt werden (Meister, 2007). Aufgrund des großen Umfangs der nichtklinischen Stichprobe von 391 Personen kann ebenfalls angenommen werden, dass die Normal-verteilungsannahme als Voraussetzung für t-Tests nicht verletzt ist.

6.3 Ergebnisse

Nach der Beschreibung der Stichprobe der nichtklinischen Probanden hinsichtlich sozio-ökonomischer Merkmale und der anderen unabhängigen Variablen (Stimmung, Depressivität, Angstsymptomatik) werden Voranalysen zur Themengleichheit dargestellt, bevor die eigentlichen Merkmalsunterschiede diskutiert werden. Alle Angaben wurden kaufmännisch gerundet und können daher leicht von 100% abweichende Summen ergeben.

6.3.1 Beschreibung der gesunden Stichprobe

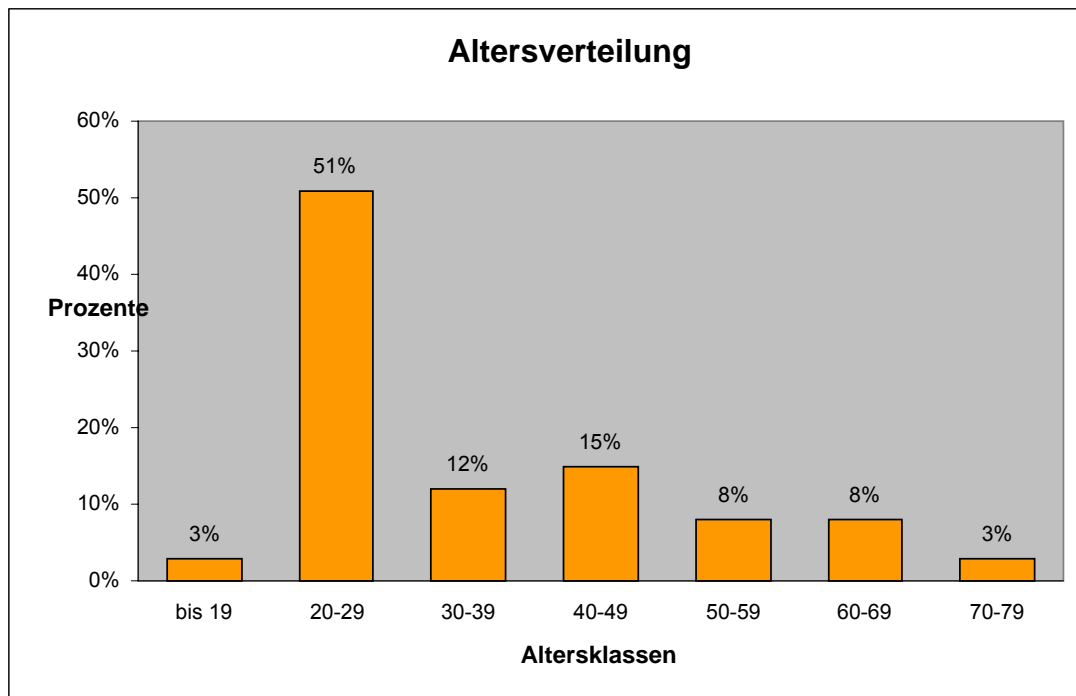
Wie ist die „gesunde“ Stichprobe der 391 Befragten hinsichtlich Geschlecht, Alter, Ausbildungsstand und anderer sozioökonomischer Daten und nicht zuletzt hinsichtlich Depressions- und Angstwerten charakterisiert?

Geschlechtsverteilung. Die Geschlechtsverteilung zeigt, dass 75% der Probanden weiblich sind. Der Männeranteil liegt bei 24%. Fehlende Angaben machen 1% aus.

Verteilung nach Ländern. In Deutschland wurden 343 Personen, in der Schweiz 48 Personen befragt.

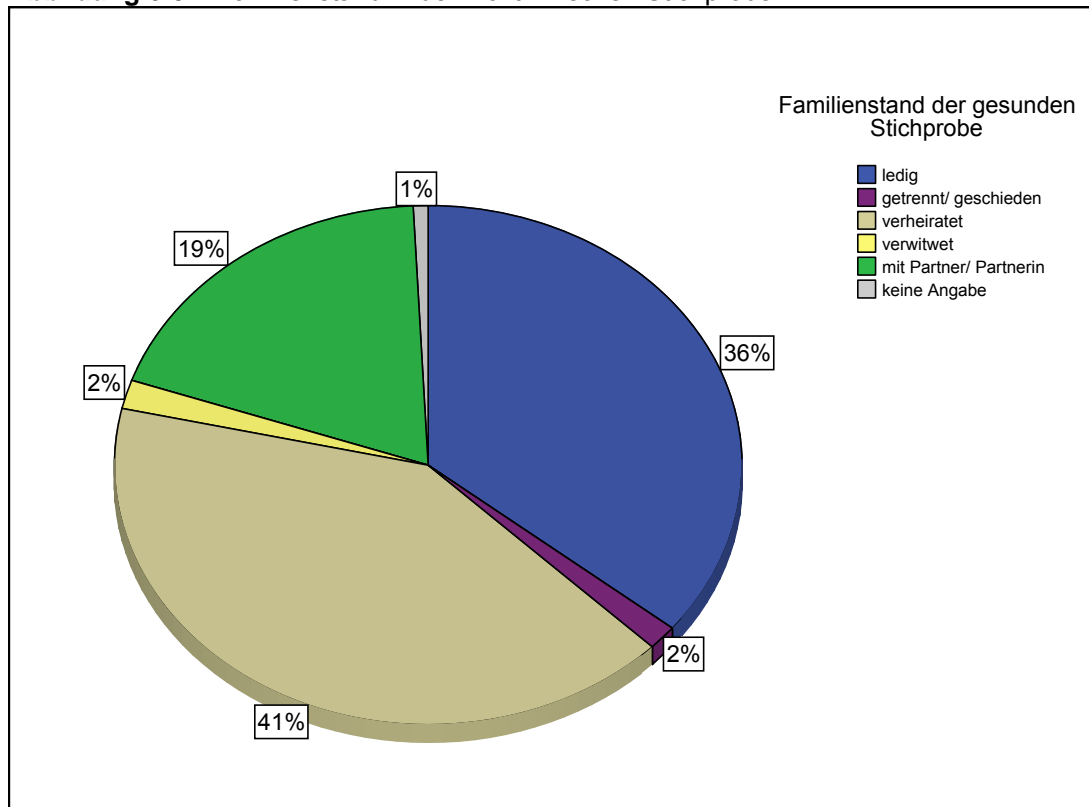
Altersverteilung. Die gesunden Probanden verteilen sich über sieben Altersklassen. Die Mehrzahl der Untersuchten (51%) fällt in die Altersklasse der 20- bis 29-Jährigen. Weitere gut besetzte Altersklassen sind die 40- bis 49-Jährigen mit 15% und die 30-39 Jahre alten Probanden mit 12%. Die Gruppe der zwischen 50- und 59-Jährigen umfasst wie auch die Altersklasse von 60-69 Jahren je 8% der Stichprobe. Sehr junge Untersuchungsteilnehmer (18 bis 19 Jahre) und Probanden über 69 Jahre machen je 3% der Befragten aus. Eine Übersicht findet sich in der folgenden Abbildung 6-01.

Abbildung 6-01: Altersverteilung in der nichtklinischen Stichprobe



Familienstand und Kinder. Der Familienstand verteilt sich folgendermaßen: 41% der Befragten gaben an, verheiratet zu sein, 36% sind ledig und 19% leben mit einem Partner bzw. einer Partnerin. 2% der Untersuchten sind verwitwet und lediglich 2% der Untersuchten leben getrennt bzw. sind geschieden. Keine Angaben zu ihrem Familienstand machten 1% der nichtklinischen Stichprobe. Der kinderlosen Mehrzahl der Befragten (76%) stehen 23% der Probanden gegenüber, die zumeist ein Kind (6%) bzw. zwei Kinder (8%) haben. In 8% der Familien leben mehr als zwei Kinder. Keine Angaben über vorhandene Kinder machte 1% der gesunden Stichprobe.

Abbildung 6-02: Familienstand in der nichtklinischen Stichprobe

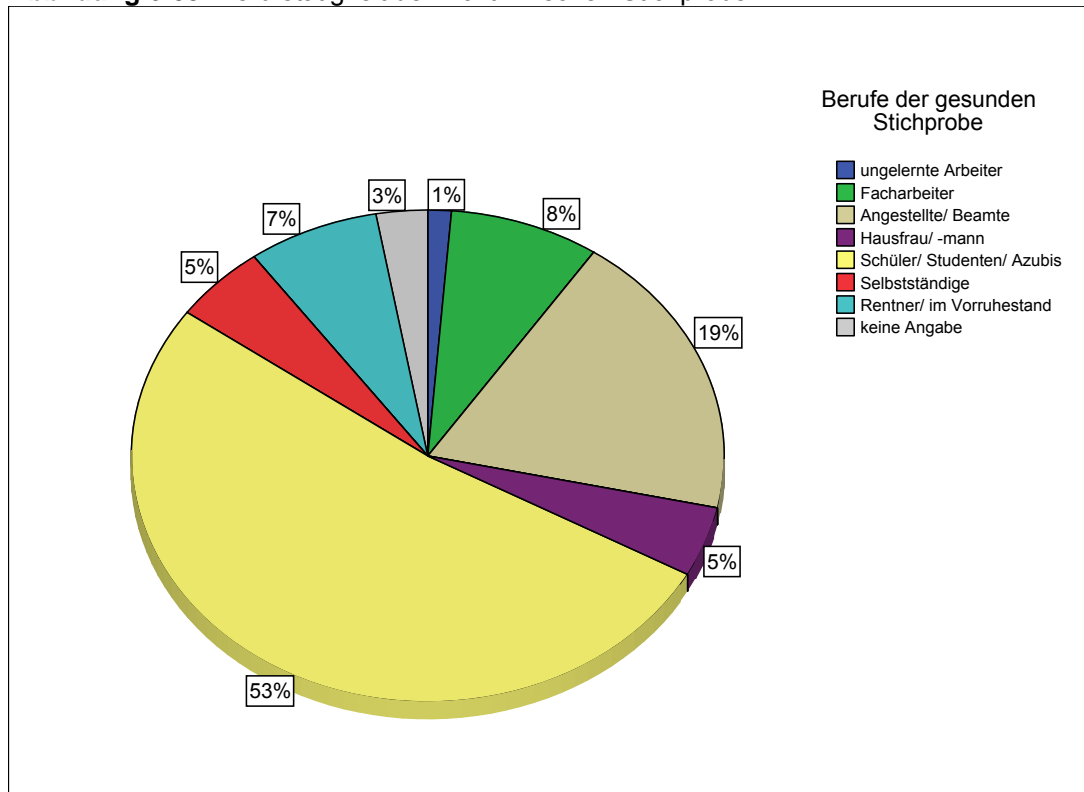


Ausbildungsniveau. Die Mehrheit der gesunden Stichprobe (83 %) hat das Abitur bzw. das Lizenziat (Schweiz) erworben. 10% der Befragten verfügen über einen Realschulabschluss bzw. in der Schweiz über einen vergleichbaren Abschluß und 3% der Untersuchten geben an, die Hauptschule absolviert zu haben. Die Quote der fehlenden Werte lag bei 4%.

Die Verteilung des Ausbildungsniveaus gestaltet sich folgendermaßen: Der Großteil der Stichprobe (72%) besitzt einen Universitätsabschluss, ein kleiner Anteil (8%) der Befragten hat eine Lehre absolviert oder verfügt über einen anderen Bildungsabschluss z.B. von einer Berufsakademie (6%). 14% der Befragten machten keine Angaben zu ihrem Ausbildungsabschluss.

Berufstätigkeit. Knapp die Hälfte der Probanden (48%) sind nicht berufstätig. Teilzeit arbeiten 25% der Befragten, ganztags beschäftigt sind 24% der Probanden. 3% machten keine Angaben zur Berufstätigkeit. 53% der Untersuchten gaben an, in Ausbildung oder Student zu sein. Die zweitgrößte Gruppe bilden Angestellte und Beamte mit 19%. 8% der Befragten gaben an, Facharbeiter zu sein. Im Ruhestand befinden sich 7% der Befragten. 5% der Stichprobe ist selbstständig tätig. Weitere 5% sind Hausfrau bzw. Hausmann und 1% gab an, als ungelernte Kraft zu arbeiten. Keine Angaben über die Art ihres Berufes machten 3% der Gesunden.

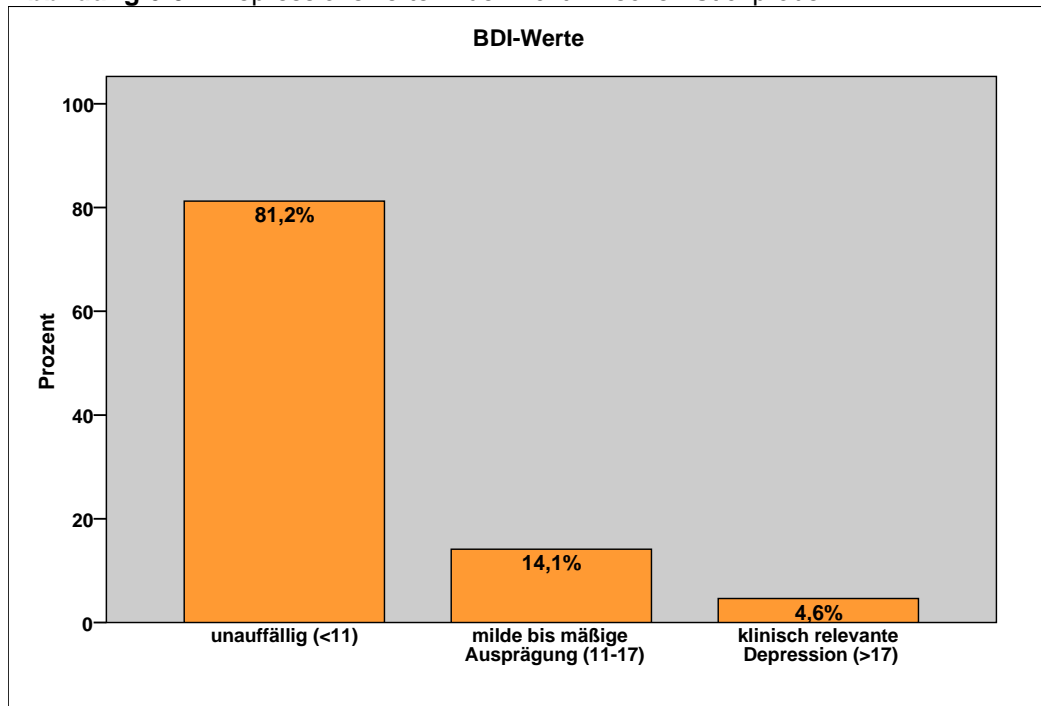
Abbildung 6-03: Berufstätigkeit der nichtklinischen Stichprobe



6.3.2 Werte hinsichtlich Depressivität, Angst und Stimmung

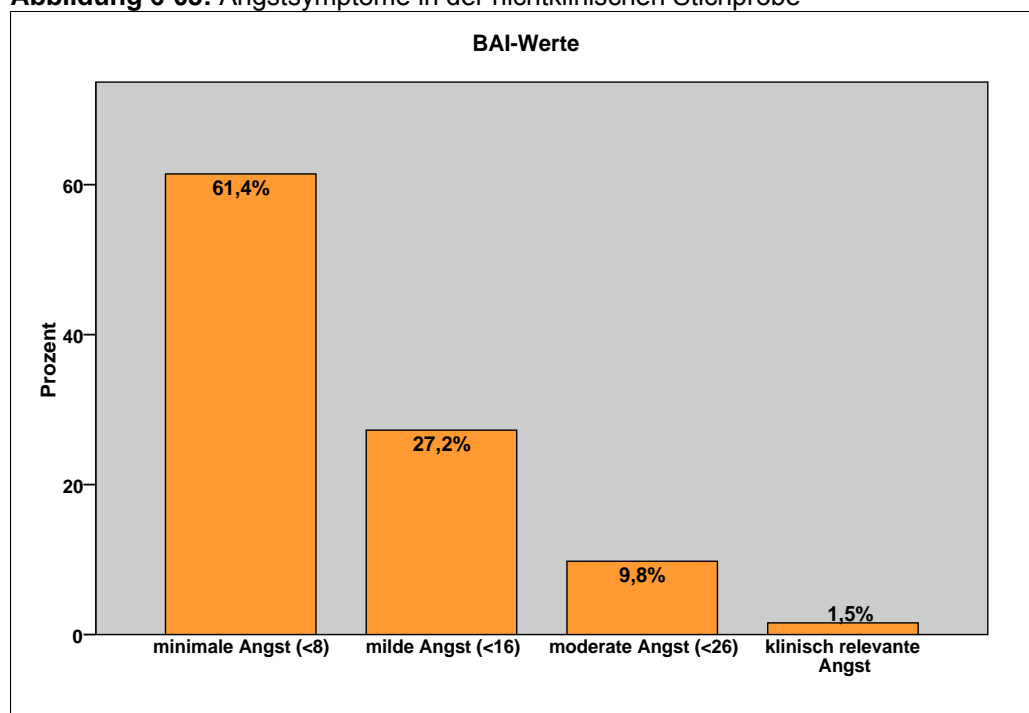
In der folgenden Übersicht wird die nichtklinische Stichprobe nach ihren Symptomen wie Depressivität und Angst/Panik und nach ihrer momentanen Stimmung zum Zeitpunkt der Fragebogenbearbeitung charakterisiert.

Abbildung 6-04: Depressionswerte in der nichtklinischen Stichprobe



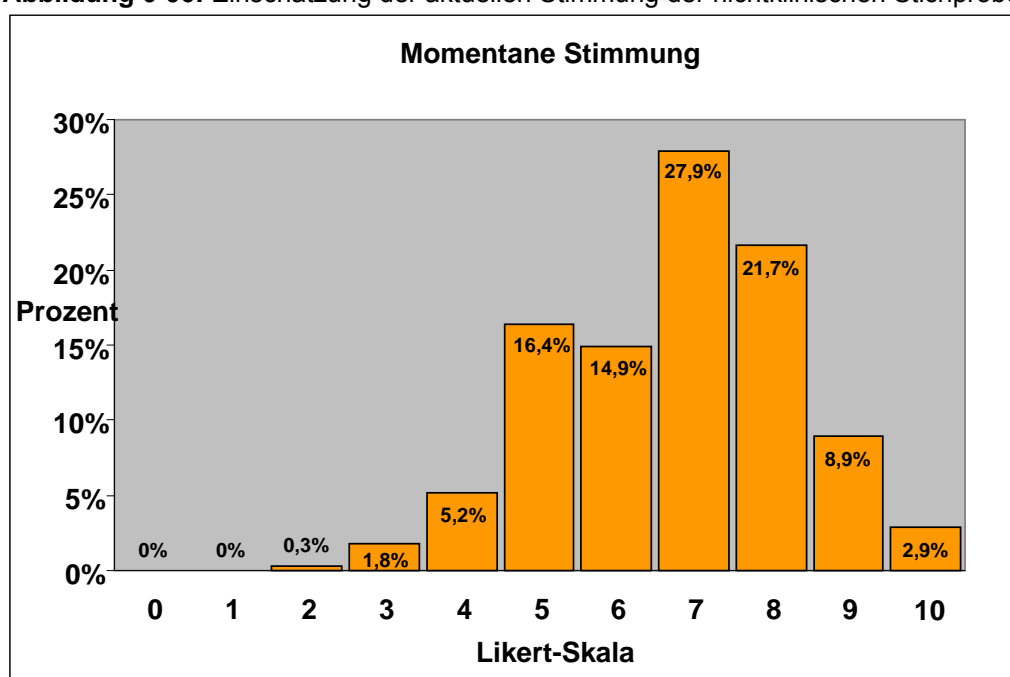
Das Beck Depressions Inventar erfragt, ob und in welcher Ausprägung 21 Symptome depressiven Erlebens in den letzten sieben Tagen auftraten. Die nicht-klinische Stichprobe weist einen Mittelwert von 6,46 im Beck-Depressionsinventar auf (SD=5,94). 81,2% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind mit BDI-Werten unter 11 als völlig unauffällig einzustufen, bei 14,1% liegt eine milde bis mäßige depressive Symptomatik vor. Wenn im BDI Werte über 17 erreicht werden, spricht dies für eine deutliche Belastung durch depressive Symptome, dies war bei 4,6% der teilnehmenden Personen der Fall. Zusammenfassend: 95,3% der nichtklinischen Stichprobe weisen Werte unterhalb der als klinisch relevant einzustufenden Schwelle von 17 Punkten im Beck Depressions Inventar auf.

Abbildung 6-05: Angstsymptome in der nichtklinischen Stichprobe



Der Mittelwert der nichtklinischen Stichprobe im Beck Angst Inventar beträgt 6,32 (SD=6,12). Die überwiegende Mehrzahl (88,6%) der Teilnehmer gibt an, in der vergangenen Woche keine oder minimale (61,4%) oder milde Angstsymptome (27,2%) erlebt zu haben. Bei 9,8% trat mäßige Angst, bei 1,5% ein hohes Ausmaß an Angstsymptomen auf.

Abbildung 6-06: Einschätzung der aktuellen Stimmung der nichtklinischen Stichprobe



Die Verteilung der Einschätzung der „momentanen Stimmung“ auf einer Visuellen Analogskala von „sehr schlecht“ (Wert 0) über „mittelmäßig“ (Wert 5) bis „sehr gut“ (Wert 10) ist linksschief. Die „momentane Stimmung“ der nichtklinischen Stichprobe zum Zeitpunkt der Teilnahme an der Befragung kann als gut bezeichnet werden. Auf einer Visuellen Analogskala von 0 („sehr schlecht“) bis 10 („sehr gut“) ergab sich ein Mittelwert von 7,10 (SD=1,56) (vgl. Abbildung 6-06). 92,7% der Probanden stufen ihre aktuelle Stimmung als „mittelmäßig“ (5) bis „sehr gut“ (10) ein.

6.3.3 Voranalysen hinsichtlich gleicher Themen bei Worry und Rumination

Das Ziel der Voranalysen war es zu überprüfen, inwieweit sich die im Worry Domains Questionnaire und im Rumination Response Questionnaire gewählten Themen unterscheiden. Die Idee der Voranalyse stammt von Watkins et al. (2005) und geht auf das Procedere bei Langlois et al. (2000) zurück. Es sollte ausgeschlossen werden, dass etwaige Ähnlichkeiten der Konzepte nach der Datenanalyse darauf zurückzuführen sind, dass von vornherein ähnliche Themen (der „gleiche Gedanke“) gewählt wurden. Hier ist jedoch ein Grundproblem der kognitiven Forschung berührt: Untersucher können nur bedingt sicher sein, „wirklich“ Sorgen- oder Grübelprozesse durch ihren Fragebogen anzustoßen und anschließend zu messen, da diese Prozesse „an sich“ nicht an einem Außenkriterium validierbar sind.

In der Untersuchung von Watkins et al. (2005) wurden alle Worry- und Ruminationsthemen hinsichtlich ihrer Ähnlichkeit von einer Person beurteilt. 26 von 175, also rund ein Siebtel der Fragebögen wiesen nach dieser Voranalyse die „gleichen“ Themen von Worry und Rumination auf. Sie wurden dann aus der weiteren Datenanalyse ausgeschlossen. Eine Begründung sucht man in der Veröffentlichung von Watkins et al. dafür vergeblich. Dieser Ausschluß von Daten kann kritisiert werden: Wenn Probanden aus zwei unterschiedlichen Fragebögen (zu Worry und Rumination) zwei Themen herausgreifen, bei denen sie um ein ähnliches Thema (ruminativ und besorgt) kreisen, so stellt dies ein ebenso wichtiges Ergebnis dar. Zudem ist die Entscheidung über Ähnlichkeit subjektiv und sollte mindestens mit einer weiteren Person, die die Einschätzung vornimmt, abgesichert werden.

Trotzdem wurde in der vorliegenden Studie die gleiche Vorgehensweise gewählt wie bei Watkins et al., da der Prozentsatz „ähnlicher“ Themen durchaus von Interesse war; die identifizierten Fragebögen mit sehr ähnlichen Themen wurden hier jedoch nicht aus der Datenanalyse ausgeschlossen. Zur Absicherung des Ratings wurden im

Gegensatz zur Studie von Watkins et al. (2005) statt einer Person zwei unabhängige Rater mit der Einschätzung betraut und die Interraterreliabilität bestimmt.

Beispiel. Zur Verdeutlichung sei an dieser Stelle an die Grundidee des methodischen Vorgehens erinnert, aus einem Ruminationsfragebogen und aus einem Sorgenfragebogen (ohne dass diese Konzepte so benannt wurden) je ein persönliches Thema wiederkehrender Gedanken auszuwählen, um diesen wiederkehrenden Gedanken anschließend anhand des Cognitive Intrusions Questionnaires hinsichtlich der abhängigen Variablen (deskriptive Variablen, Emotionen, Bewertungen und Strategien) einzuschätzen. Die Instruktion bei beiden Fragebögen war: „1. Bitte lesen Sie die folgende Liste der wiederkehrenden Gedanken vollständig durch. 2. Wählen Sie den einen Gedanken, den Sie bei sich schon öfters bemerkt haben oder der für Sie am besten zutrifft. 3. Bitte beschreiben Sie kurz diesen Gedanken so, wie er für sie zutrifft. Beispiel: Ich mache mir Gedanken darüber (oder sehe bildlich vor mir), dass mein Geld nicht reicht..... *ich mache mir Sorgen, dass es finanziell immer enger wird, weil eine Mieterhöhung ansteht oder ich stelle mir vor, was ich mir gerne kaufen würde, was aber derzeit nicht geht*“. Dabei könnte es zu dem Fall kommen, dass jemand im Worry-Fragebogen das Thema „Ich mache mir Gedanken, dass mein Geld nicht reicht“ und im Ruminationsfragebogen das Item „Ich mache mir Gedanken (oder sehe bildlich vor mir), warum mir das passiert ist“ auswählt. Der Proband könnte den Gedanken des Ruminationsfragebogens („warum mir das passiert“) auch auf seine schlechte finanzielle Lage beziehen. Dies wäre für Watkins und Mitarbeiterinnen ein Grund, diesen Probanden auszuschließen. Die Probanden wurden deshalb aus zwei Gründen gebeten, ihren Gedanken persönlich zu formulieren: Zum einen dient dies dazu, dass möglichst „persönliche“ Sorgen- und Grübelgedanken angeregt werden, die alltagsnah und persönlich sind, und nicht – wie bei vielen Fragebögen zu Worry und Rumination – abstrahiert werden müssen. Zum anderen erlaubt eine persönliche Formulierung, besser die Ähnlichkeit der Themen zu überprüfen, was für diese Voranalyse benötigt wird.

Vorgehen. Aus allen 391 Teilnehmern der nicht-klinischen Stichprobe wurde zufällig eine Substichprobe von $n = 72$ Probanden gezogen und auf Unterschiede oder Übereinstimmungen bezüglich der Inhalte ihrer Angaben auf dem „Worry-Fragebogen“, bzw. dem „Rumination-Fragebogen“ verglichen. Zwei Psychologiepraktikantinnen sollten unabhängig voneinander diese je zwei gewählten „Gedankenthemen“ auf ihre Ähnlichkeit oder Unterschiedlichkeit hin überprüfen. Für

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

diesen Vergleich wurde zunächst eine Rating-Tabelle erstellt. In ihr sollte angegeben werden, welches Item der Proband im Worry Domains Questionnaire und im Ruminations-Fragebogen (Rumination Response Questionnaire) angekreuzt hatte. Danach lasen die Rater die schriftliche Ausführung der gewählten Antwort auf dem jeweiligen Fragebogen, vermerkten das Thema in der Ratingliste, faßten dabei das Thema in ihren eigenen Worten zusammen, und stuften es anschließend nach thematischer Ähnlichkeit oder Unterschiedlichkeit ein. In einem nächsten Schritt wurde dann die Deutung der Angabe auf dem Worry-Fragebogen mit der Deutung der Angabe auf dem Rumination-Fragebogen verglichen und ein Urteil darüber abgegeben, ob diese beiden Angaben übereinstimmten oder nicht. Zuletzt wurden für jeden Probanden diese Urteile der beiden Rater verglichen, das heißt ob beide, unabhängig voneinander, die Angaben der Versuchspersonen zu Worry bzw. zu Rumination inhaltlich unterschiedlichen oder identischen Themenbereichen zuordneten.

Ergebnisse. Von den $n = 72$ Probanden konnten 50 Fragebögen ausgewertet werden. Sechs Personen hatten zu ihrer ausgewählten Antwort keine schriftliche Zusatzangabe gemacht, 15 hatten nur auf einem der beiden Fragebögen ihre Antwort schriftlich ausgeführt und bei einer Person waren die Antworten nicht lesbar. Diese Personen wurden in der Rating-Tabelle markiert und bei den weiteren Berechnungen nicht mehr berücksichtigt. Von der verbliebenen Auswahl von 50 Personen wurden 47 von den Ratern identisch bewertet, die Urteile der Rater unterschieden sich nur bei drei Personen.

Rater 1 bewertete die Gedanken von sechs Probanden jeweils auf Rumination- und Worry-Fragebogen als thematisch übereinstimmend, mit einer Abweichung von der Beurteilung des zweiten Raters. Rater 1 bewertete die Gedanken von 44 Probanden auf den beiden Fragebögen als nicht übereinstimmend, mit zwei Abweichungen von der Beurteilung von Rater 2.

Rater 2 bewertete sieben Probanden in ihren Gedanken auf beiden Fragebögen als thematisch übereinstimmend und 43 Probanden als nicht übereinstimmend in den Angaben auf den beiden Fragebögen. Die effektive Übereinstimmung lag demnach bei 5 gleichen Gedanken und 42 ungleichen Gedanken, was eine Gesamt-Übereinstimmung von 47 von 50 ergibt. Nachdem diese Bewertung abgeschlossen war, wurde die Interraterreliabilität ermittelt. Der Grad der Übereinstimmungen in den Beurteilungen der beiden Rater kann mit dem Kappa-Koeffizienten gemessen werden

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

(Cohen's Kappa = 0,92, ASE(K) = 0,14, $t(K) = 6,23$, $t_{0,95} = 1,64$). Es besteht demnach eine signifikante positiv gerichtete Übereinstimmung der Beurteilungen von den beiden Beurteilerinnen.

Zur Überprüfung, ob für die dichotome Variable der Übereinstimmung (Gleicher Gedanke / Ungleicher Gedanke) ein signifikanter Unterschied zwischen den Häufigkeiten der beiden Merkmalsausprägungen besteht, wurde ein Binomial-Test durchgeführt. Es sollte also untersucht werden, in welchem Verhältnis eine Übereinstimmung, beziehungsweise ein Unterschied zwischen der Angabe auf dem Worry-Fragebogen und der Angabe auf dem Rumination-Fragebogen vorliegt. Erwartet wurden hier möglichst wenig thematisch als übereinstimmend bewertete Angaben auf den beiden Fragebögen eines Probanden. Für die sich unterscheidenden Angaben, also für die Kategorie „ungleicher Gedanke“, ergab sich ein beobachteter Anteil von 0,89 bei einem Testanteil von 0,50, das heißt, 89% der Angaben wurden erwartungskonsistent als thematisch nicht übereinstimmend bewertet. Der beobachtete Anteil für die Variable „gleicher Gedanke“ war demnach 0,11, das heißt, 11% der Probanden machten thematisch übereinstimmende Angaben zu Worry und Rumination.

Es ergab sich demnach also ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Variablen „gleicher Gedanke“ und „ungleicher Gedanke“. Die Kategorie „ungleicher Gedanke“ tritt signifikant häufiger auf. Die identifizierten 11 % der thematisch übereinstimmenden Worry- und Grübelthemen wurden in der Stichprobe belassen. Die Ratingtabelle kann bei der Autorin eingesehen werden.

Zusammenfassung der Voranalysen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich 11% der Themenkreise stark ähneln, die von der nicht-klinischen randomisierten Substichprobe im Worry- und im Ruminationsfragebogen gewählt wurden. Das bedeutet, dass sich 11% der Teilnehmer über die „gleichen“ Themen in sorgenvoller oder ruminativer Weise Gedanken machen. Diese Datensätze wurden in die weitere Datenanalyse einbezogen.

6.3.4 Merkmale von Worry und Rumination

Im folgenden Abschnitt werden generelle Merkmale wie die Dauer und Häufigkeit der auftretenden Gedanken und ihre emotionalen Begleiterscheinungen getrennt für Worry und Rumination als „Bestandsaufnahme“ einer großen deutsch-schweizerischen Stichprobe dargestellt.

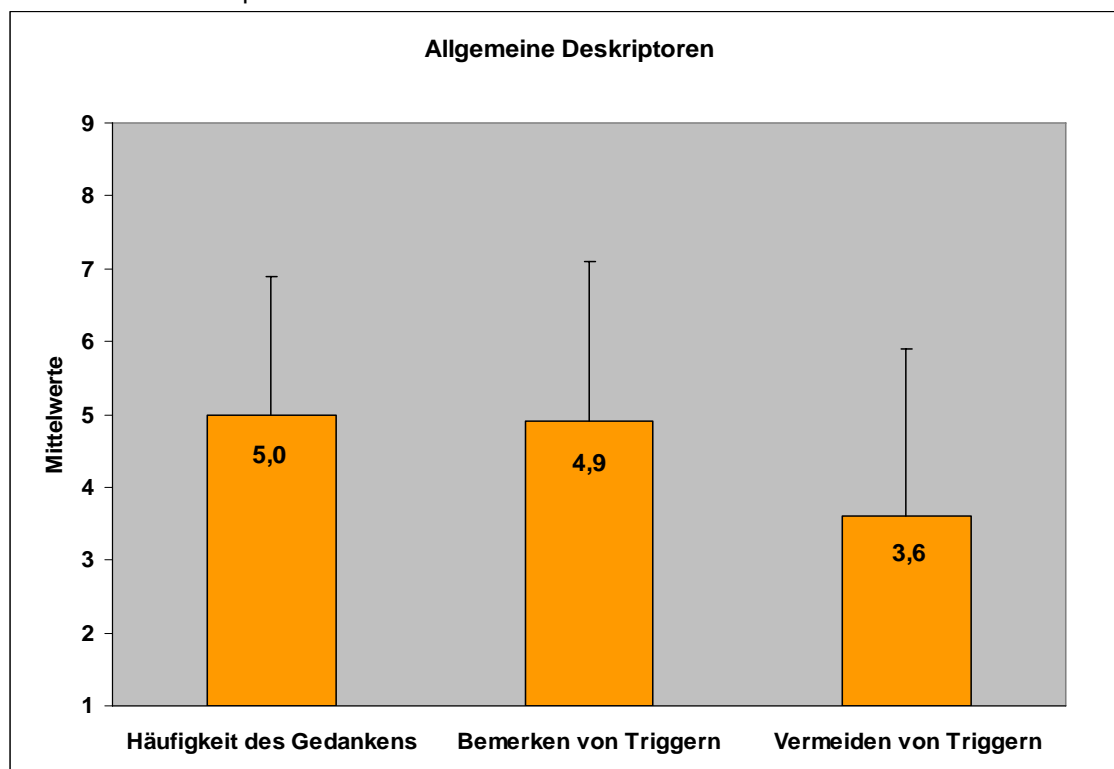
Vorab noch eine Anmerkung zum Begriff „deskriptive Merkmale“. Im Fragebogen Cognitive Intrusions Questionnaire werden anfangs sieben Fragen gestellt, die sich auf einzelne beschreibende Aspekte des Grübelns bzw. Sich-Sorgen-machens beziehen wie z.B. Dauer und Frequenz der Gedanken. Im englischen Text der Studie wird dafür der Begriff „descriptors“ verwendet. Die wahrgenommene Dauer eines Gedankens kann jedoch nicht dem Anspruch einer objektiven Beschreibung genügen, sondern stellt ebenfalls eine subjektive Einschätzung und Bewertung dar. Der Begriff der deskriptiven Merkmale wird in diesem Sinne trotzdem verwendet.

Ein Hinweis zur Skalierung der Grafiken: Die folgenden Grafiken weisen auf der y-Achse Werte zwischen 1 („gar nicht“, „nie“, „trifft gar nicht zu“) und 9 („die ganze Zeit“, „sehr“, „trifft völlig zu“) auf. Die Ziffer 5 entspricht einem mittleren Wert bzw. einer „mäßigen“ Ausprägung. (Im Fragebogen von Watkins und im übersetzten Fragebogen war die Likertskala mit Ziffern von 1 bis 9 beschriftet).

Dauer und Persistenz von Rumination: An das Ruminationsthema wird durchschnittlich 20 Minuten gedacht. Für die Ruminationsdauer beträgt die Standardabweichung 81 Minuten. Die Befragten geben an, den Ruminationsgedanken im Durchschnitt seit 4,3 Jahren zu haben, wobei die Standardabweichung 6,8 Jahre beträgt.

Häufigkeit und Trigger von Rumination: In der folgenden Abbildung und im nachfolgenden Text werden die Häufigkeiten von Ruminationsgedanken, ihre Trigger, und die Versuche, den Trigger zu vermeiden dargestellt. Die Trigger werden sowohl internal (durch einen Gedanken/eine Körperempfindung) als auch external (durch ein äußeres Ereignis) ausgelöst wahrgenommen.

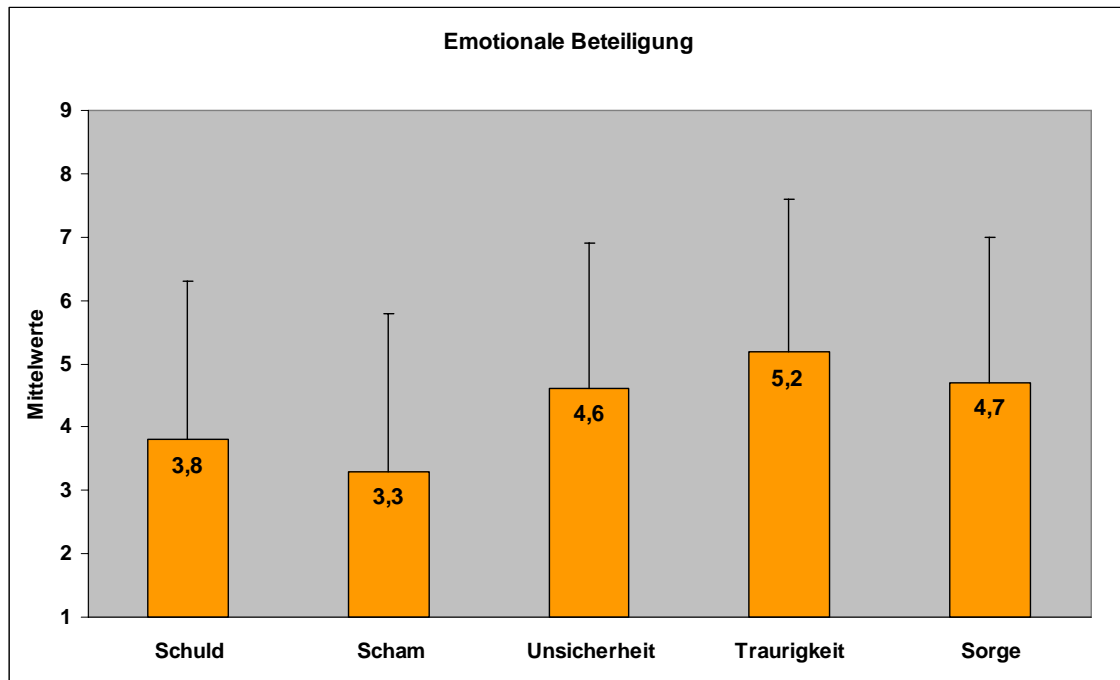
Abbildung 6-07: Frequenz und Trigger von Ruminationsgedanken bei der nichtklinischen Stichprobe



Teilnehmerinnen und Teilnehmer bemerken sowohl den ruminativen Gedanken als auch einen internalen oder externalen Trigger, der diesen Gedanken auslöst oder vorausgeht, mit einer mittleren („5“) Häufigkeit. Es wird eher weniger versucht, den Trigger zu vermeiden.

Beteiligte Emotionen bei Rumination: Die folgende Tabelle und der nachfolgende Text stellen die beteiligten Emotionen dar, die mit dem persönlichen wiederkehrenden Ruminationsgedanken einhergehen.

Abbildung 6-08: Emotionale Beteiligung bei Rumination

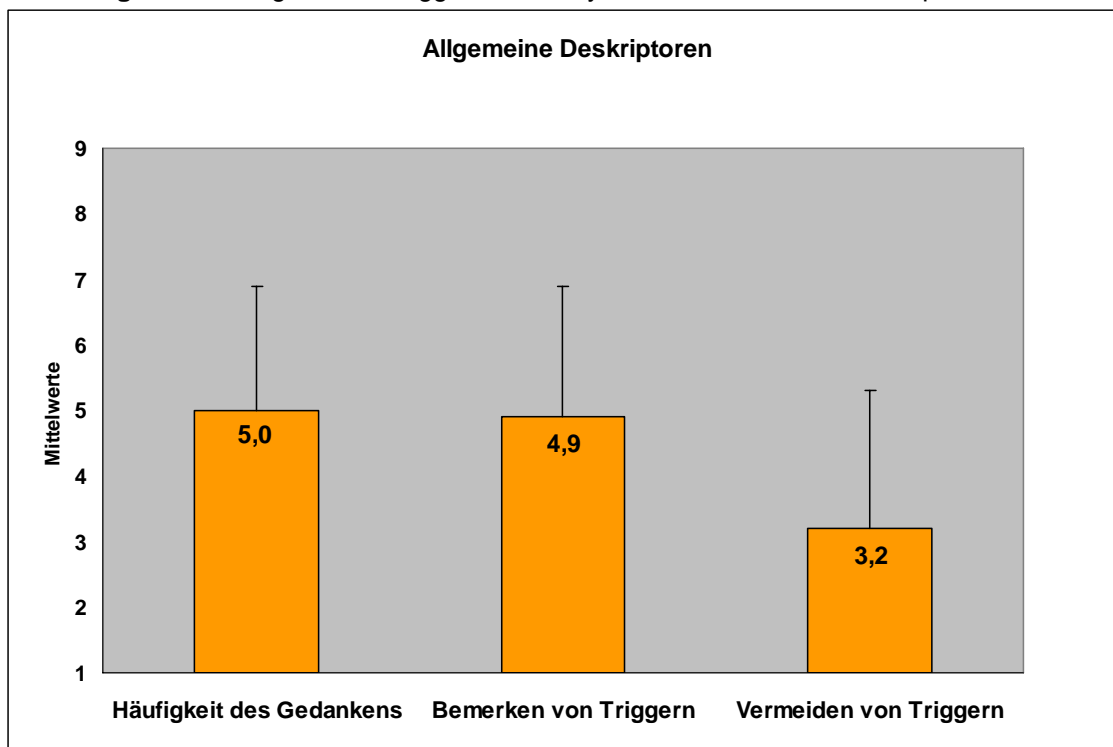


Der ruminative Gedanke geht mit allen fünf im Fragebogen aufgeführten Emotionen einher, am stärksten mit Traurigkeit, gefolgt von Sorge und Unsicherheit. Schuldgefühle und Schamgefühle treten unter dem Durchschnittswert von „5“ auf.

Dauer und Persistenz von Worry: An das Worrythema wird durchschnittlich 28,2 Minuten gedacht: Für die Worrydauer ist die Standardabweichung sehr hoch, sie beträgt 186,3 Minuten. Die Befragten geben an, den Worrygedanken im Durchschnitt seit 5,9 Jahren zu haben, wobei die Standardabweichung 9 Jahre beträgt.

Häufigkeit und Trigger von Worry: In der folgenden Abbildung und im nachfolgenden Text werden die Häufigkeiten von Worrygedanken, ihre Trigger, und die Versuche, den Trigger zu vermeiden dargestellt. Auslöser für die Worrygedanken sind sowohl internale Trigger (ein Gedanke/eine Körperempfindung) als auch externale Trigger (ein äußeres Ereignis, ein äußerer Reiz) ausgelöst.

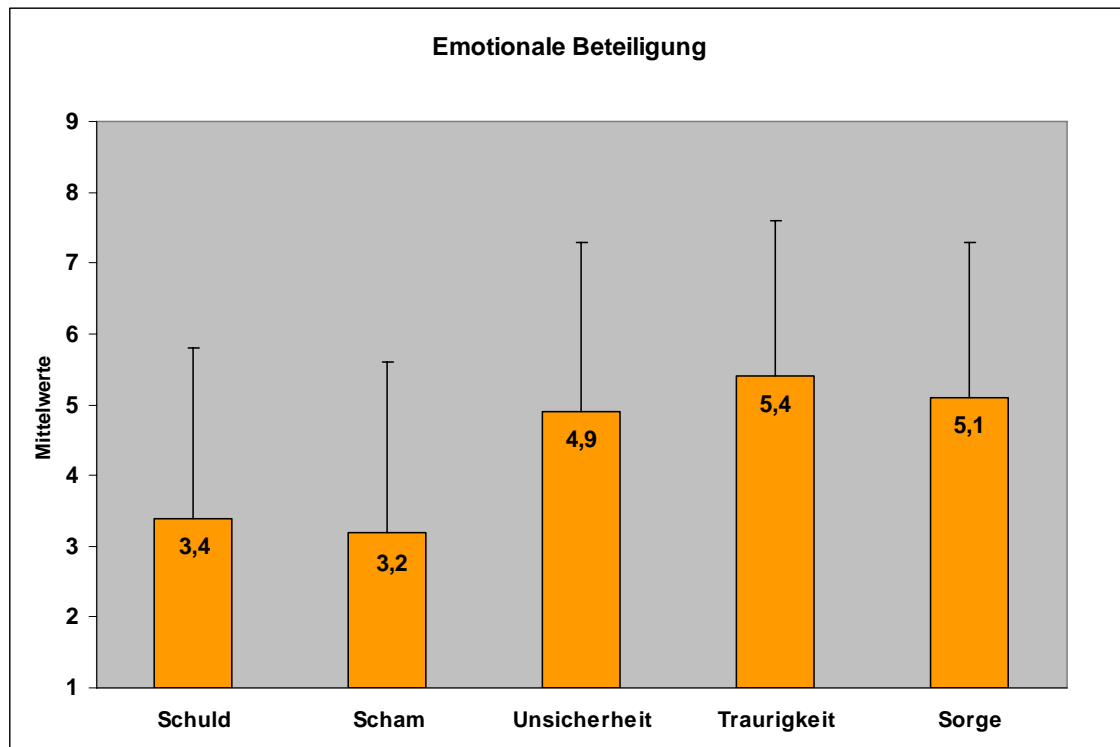
Abbildung 6-09: Häufigkeit und Trigger von Worry in der nichtklinischen Stichprobe



Der Worrygedanke tritt mit mittlerer Häufigkeit, genau wie das Bemerken von Triggern, auf. Personen der nichtklinischen Stichprobe geben im Durchschnitt relativ geringe Anstrengungen an, um den externalen oder internalen Trigger dieser Gedanken zu vermeiden. An das Worry-Thema wurde im Durchschnitt 28 Minuten gedacht. Für die Dauer von Worry beträgt die Standardabweichung 186 Minuten.

Beteiligte Emotionen: Die folgende Tabelle und der nachfolgende Text stellen die beteiligten Emotionen dar, die mit dem persönlichen wiederkehrenden Worrygedanken einhergehen.

Abbildung 6-10: Emotionale Beteiligung bei Worry in der gesunden Stichprobe



Die Teilnehmer der gesunden Stichprobe geben an, dass alle fünf erfragten Emotionen beim Auftreten des Worrygedanken vorkommen. Dabei wird das Gefühl der Traurigkeit, gefolgt von Sorge und Unsicherheit, als mit mittlerer Intensität angegeben, Schuld- und Schamgefühle werden in einem unterdurchschnittlichen Ausmaß angegeben.

6.3.5 Ergebnisse des Vergleichs zwischen Worry und Rumination

Bei 18 der 53 Variablen des Cognitive Intrusions Questionnaire zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen sorgenvollen und ruminativen Gedanken. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse bei den sechs Variablen mit höheren Worry-Werten, dann die zwölf Variablen mit höheren Rumination-Werten dargestellt. Die Befunde, bei denen keine signifikanten Unterschiede zwischen Worry und Rumination gefunden wurden, werden abschließend aufgeführt. Sie werden jeweils untergliedert in deskriptive Merkmale, Emotionalität, Bewertungs- und Strategieaspekte.

In den Tabellen 6-08 und 6-09 sind Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektgrößen der Vergleiche zwischen Worry und Rumination bei der nichtklinischen Stichprobe („Gesunde“) aufgeführt. Fehlende Werte, d.h. Stichprobenumfänge unter $n=391$, gehen auf die Freiheitsgrade zurück bzw. resultieren daraus, dass Probanden vereinzelt Variablen nicht angekreuzt haben. Das beschriebene Auswertungsverfahren

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

entspricht dem von Watkins, Moulds und Mackintosh (2005) und gewährleistet eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit der englischen Studie.

Tabelle 6-08: Vergleich zwischen Worry und Rumination bei Gesunden in Bezug auf generelle Deskriptoren, Bewertungen und Emotionen: Mittelwerte, Standardabweichungen, Effektstärken und t-Werte

Variablen	n	Worry		Rumination		Effekt stärke	t
		M	SD	M	SD		
Variablen mit signifikant höherem Worry-Score							
zukunftsbezogener Inhalt	388	6,7	2,5	5,4	2,8	-0,50	-7,91***
beunruhigender Inhalt	390	6,0	2,4	5,2	2,5	-0,31	-5,67***
ernsthafte Konsequenzen	380	6,0	2,8	4,9	2,8	-0,37	-5,68***
unangenehmer Inhalt	390	6,6	2,1	6,2	2,3	-0,19	-3,54***
besorgniserregender Gedanke	390	5,1	2,2	4,7	2,3	-0,18	-3,39**
Dauer in Jahren	375	5,9	9,0	4,3	6,8	-0,20	-3,31**
Variablen mit signifikant höherem Rumination-Score							
vergangenheitsbezogener Inhalt	385	3,6	2,6	4,4	2,8	0,33	5,11***
Gedanke behindert bei Arbeit	390	3,3	2,3	3,7	2,4	0,17	3,22**
Bedürfnis, Situation zu verstehen	386	5,6	2,7	6,1	2,7	0,17	3,10**
Zuversicht, Problem zu lösen	388	5,3	2,4	5,7	2,4	0,17	2,99**
Vermeidung von Auslösern	386	3,2	2,1	3,6	2,3	0,18	2,93**
Gedanke ist schwierig loszuwerden	390	4,6	2,2	4,9	2,3	0,15	2,65**
Gedanke immer im Hinterkopf	390	3,5	2,4	3,9	2,6	0,13	2,56*
Schuldgefühle	388	3,4	2,4	3,8	2,5	0,13	2,50*
Variablen ohne signifikante Unterschiede							
Auftretenshäufigkeit	386	5,0	1,9	5,0	1,9	0,00	-0,05
Dauer in Minuten	383	28,2	186,3	20,7	81,0	-0,05	-0,80
reales Problem	388	7,3	2,2	7,5	2,2	0,10	1,80
Gedanke macht unsicher	390	4,9	2,4	4,7	2,3	-0,09	-1,71
interner/externer Auslöser	386	4,4	2,2	4,7	2,3	0,13	1,85
Bemerken eines Auslösers	372	4,9	2,0	4,9	2,3	-0,02	-0,35
bildhafter oder verbaler Inhalt (%)	389	39,9	26,9	40,4	27,3	0,02	0,31
Ablehnung des Gedanken	389	3,6	2,2	3,7	2,3	0,06	1,02
Anstrengung, Gedanken loszuwerden	390	3,8	2,3	4,0	2,5	0,08	1,49
Problem kann gelöst werden	387	5,9	2,3	6,1	2,5	0,10	1,70
Anstrengung, Problem zu lösen	389	5,7	2,3	5,9	2,3	0,09	1,42
Kontrolle über Gedanken	387	5,5	2,3	5,5	2,3	0,02	0,34
Wahrscheinlichkeit, dass Problemsituation eintritt	383	5,3	2,3	5,3	2,4	-0,02	-0,35
gegenwartsbezogener Inhalt	386	6,0	2,4	6,0	2,4	-0,02	-0,25
Gedanke zieht in seinen Bann	388	3,7	2,3	3,8	2,4	0,02	0,44
egodystone Natur des Gedanken	386	2,6	2,3	2,8	2,5	0,08	1,46
Reaktion ist vernünftig	387	6,2	2,1	6,0	2,2	-0,06	-1,16
Verantwortlichkeit für Gedanken	387	4,2	2,7	4,5	2,8	0,11	1,99
Verantwortlichkeit für die Situation	387	5,2	2,8	5,4	2,7	0,06	1,08
persönliche Relevanz des Inhaltes	388	7,5	2,0	7,3	2,2	-0,09	-1,56
Drang, auf Gedanken hin zu handeln	388	5,9	2,5	5,6	2,6	-0,10	-1,81
Situation muss vorgebeugt werden	386	5,6	2,7	5,3	3,8	-0,10	-1,62
Überzeugung, dass Gedanke stimmt	387	6,3	2,2	6,4	2,2	0,05	0,81
Traurigkeit	390	5,4	2,2	5,2	2,4	-0,09	-1,65
Scham	390	3,2	2,4	3,3	2,5	0,05	0,96

Signifikanzangaben nach der Durchführung der Bonferroni-Simes-Korrektur

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

Tabelle 6-09: Vergleich zwischen Worry und Rumination bei Gesunden in Bezug auf kognitive Strategien: Mittelwerte, Standardabweichungen, Effektstärken und t-Werte

Variablen	n	Worry		Rumination		Effekt- stärke	t
		M	SD	M	SD		
Variablen mit signifikant höherem Rumination-Score ^a							
sich Einzelheiten der Situation vorstellen	378	4,4	2,6	4,9	2,7	0,21	3,78***
sich auf Aufgaben konzentrieren	382	5,5	2,2	5,9	2,1	0,20	3,37 **
Grübeln über Ursachen und Bedeutungen	382	5,3	2,5	5,7	2,5	0,14	2,75 **
sich rügen	382	3,5	2,3	3,8	2,5	0,13	2,68 **
Variablen ohne signifikante Unterschiede							
sich sagen, dass der Gedanke nichts bedeutet	374	2,4	2,0	2,5	2,1	0,05	0,84
sich ablenken	379	4,8	2,2	5,1	2,4	0,12	2,24
Gedankenstopp einsetzen	381	4,2	2,5	4,3	2,5	0,03	0,56
mit jemandem sprechen	381	5,3	2,5	5,5	2,5	0,05	0,97
durch anderen Gedanken neutralisieren	374	4,2	2,3	4,0	2,2	-0,08	-1,53
durch negativen Gedanken ersetzen	374	2,1	1,8	2,1	1,8	0,02	0,39
Situation analysieren	387	6,2	2,2	6,3	2,2	0,05	1,05
Versuch, eine Lösung zu finden	382	6,1	2,3	6,2	2,3	0,03	0,52
nichts tun, Gedanke geht vorüber	377	4,5	2,3	4,6	2,3	0,03	0,54
Grübeln über mögliche Folgen	382	4,9	2,5	4,8	2,6	-0,06	-1,11

Signifikanzangaben nach der Durchführung der Bonferroni-Simes-Korrektur

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

Die Ergebnisse der Untersuchung werden in den folgenden Abschnitten im Einzelnen dargestellt: Zunächst die Variablen, in denen höhere Werte für Worry gefunden wurden (6.3.4.1), dann diejenigen mit den höheren Werten für Rumination (6.3.4.2), gefolgt von den Ergebnissen, bei denen es keine Unterschiede zwischen den Worry- und Ruminationvariablen gab.

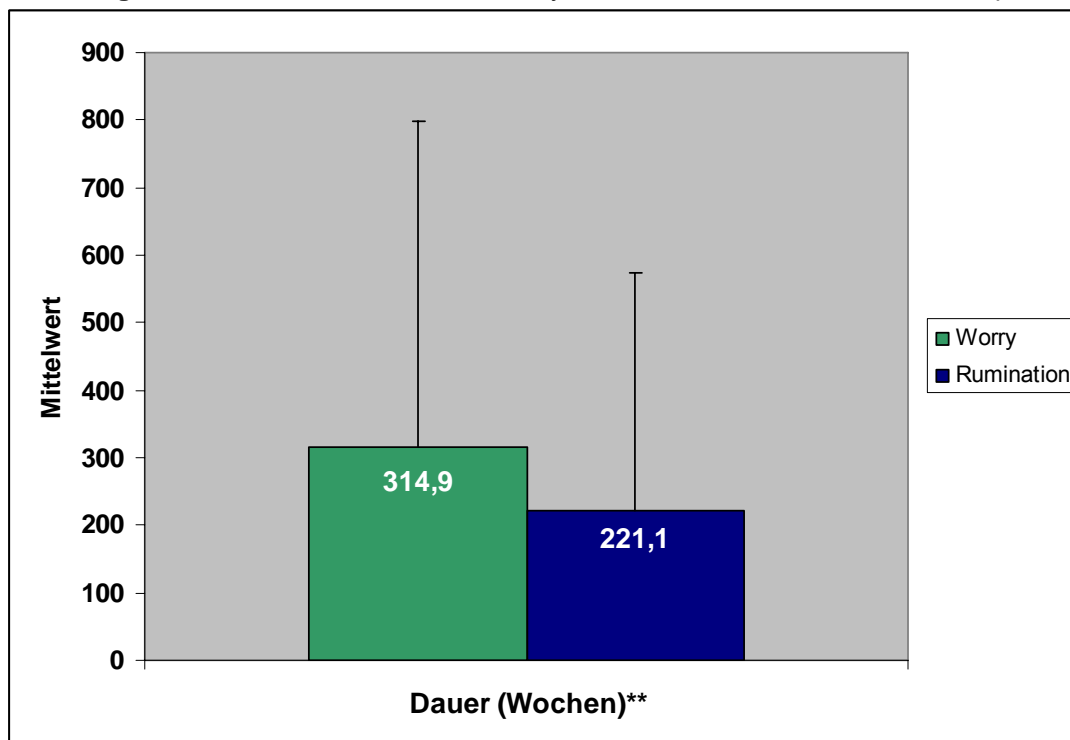
6.3.5.1 Variablen mit höheren Worry-Werten

Für Worry-Gedanken treten folgende sechs Merkmale signifikant häufiger auf als bei Rumination: 1. Die Dauer in Jahren, 2. der Zukunftsbezug des Inhalts, 3. die Einschätzung, dass das Problem, um das sich der Gedanke dreht, ernsthafte Konsequenzen hätte, wenn er wirklich eintreten würde; zudem die Einschätzung, dass

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

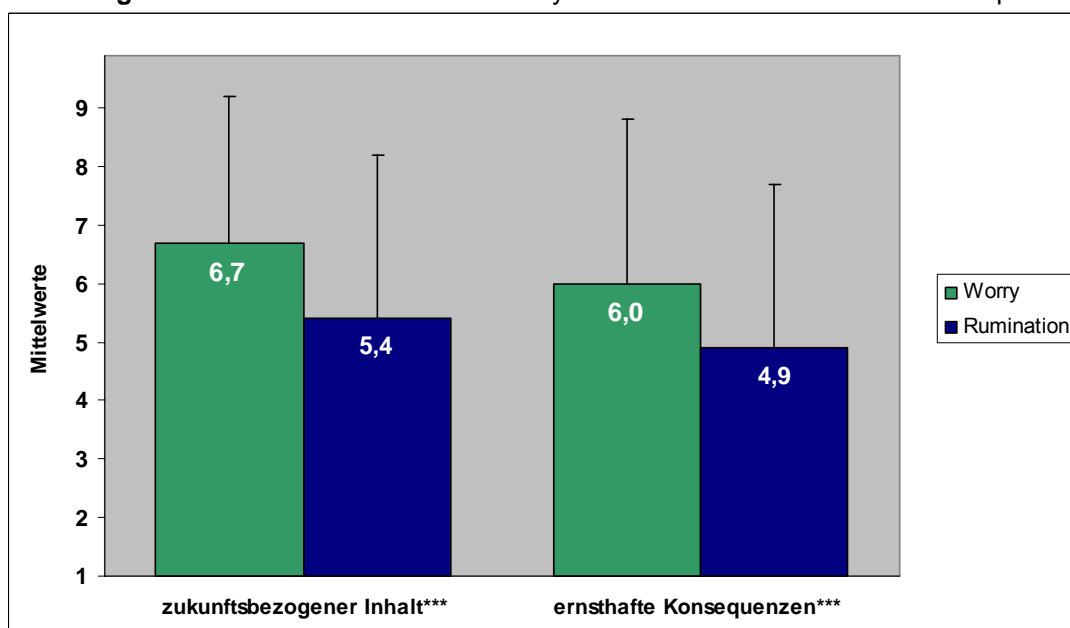
der Gedanke 4. beunruhigende, 5. unangenehme und 6. besorgniserregende Inhalte aufweist. Die folgenden zwei Abbildungen 6-11 und 6-12 veranschaulichen die gefundenen Unterschiede, die bereits in der Tabellenübersicht der Ergebnisse 6-08 dargestellt wurden.

Abbildung 6-11a: Variablen mit höheren Worry-Werten bei der nichtklinischen Stichprobe



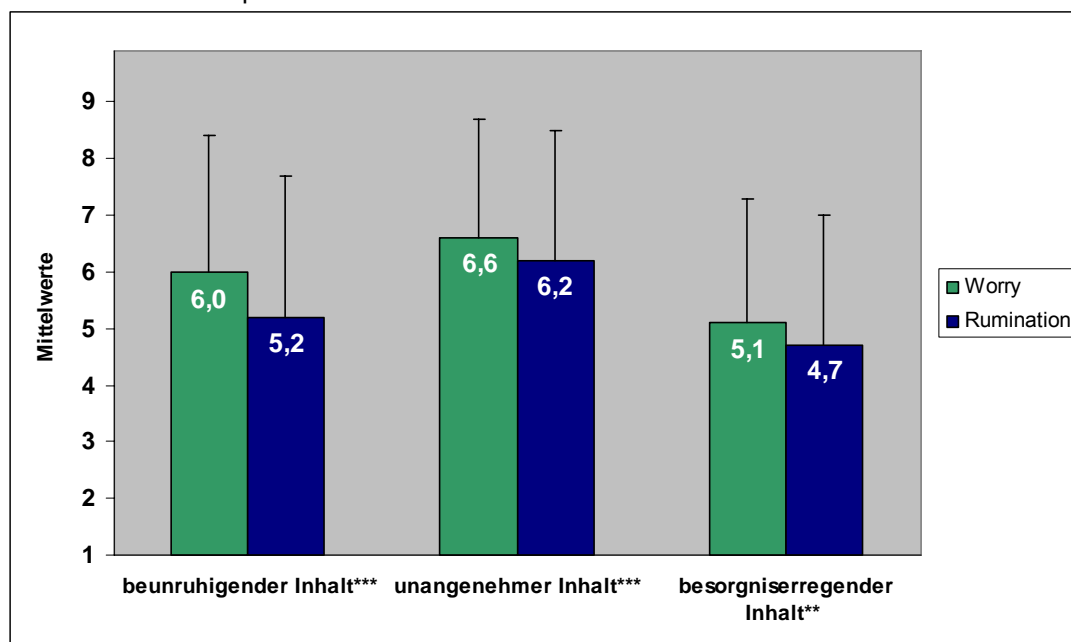
** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

Abbildung 6-11b: Variablen mit höheren Worry-Werten bei der nichtklinischen Stichprobe



- a) **Deskriptive Merkmale:** Eine Variable, bei der die Werte bei Worry höher waren, war die *Persistenz*, die Dauer in Jahren, das heißt, wie „chronisch“ der Gedanke über die Jahre wiederkehrt. Die Persistenz von Worrygedanken ist höher als die von ruminativen Gedanken ($t(375)=-3,31$, $p<0,01$). Das persönlich relevante Sorgen-Thema „haben“ die Untersuchten seit fast sechs Jahren (5,9 Jahre), im Vergleich zu dem ruminativen Thema, über das im Mittelwert seit gut vier Jahren (4,3 Jahren) immer wieder gegrübelt wird.
- b) **Emotionale Merkmale:** Emotional wird der wiederkehrende Gedanke über ein Thema aus dem Worry Domains Questionnaire als *besorgniserregender* als ein wiederkehrender Gedanke aus der Ruminative Response Scale bewertet ($t(390)=-3,39$, $p<0,01$).

Abbildung 6-12: Affektive Variablen mit höheren Worry-Werten bei der nichtklinischen Stichprobe



** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

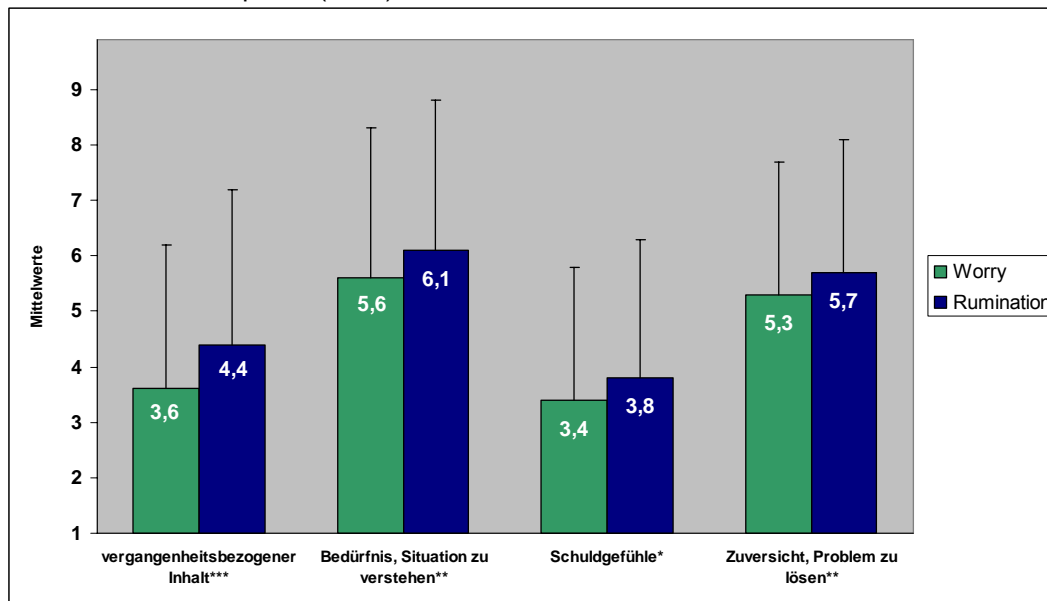
- c) **Bewertungen:** Bezüglich der Bewertungen über den Gedanken gibt es vier Unterschiede: Der Inhalt des Gedankens dreht sich um *zukünftige* Ereignisse ($t(388)=-7,91$, $p<0,001$). Der *Inhalt* des Gedankens ist *beunruhigender* ($t(390)=-5,67$, $p<0,001$) und *unangenehmer* ($t(390)=-3,54$, $p<0,001$). Die *Konsequenzen*, sollte der Gedanke wahr werden, werden in höherem Maß als *ernsthaft* eingeschätzt ($t(380)=-5,68$, $p<0,001$).

- d) **Strategien:** Es wurden, dies sei hier der Vollständigkeit halber erwähnt, keine Unterschiedsmerkmale für worryspezifische Strategien gefunden

6.3.5.2 Variablen mit höheren Ruminationswerten

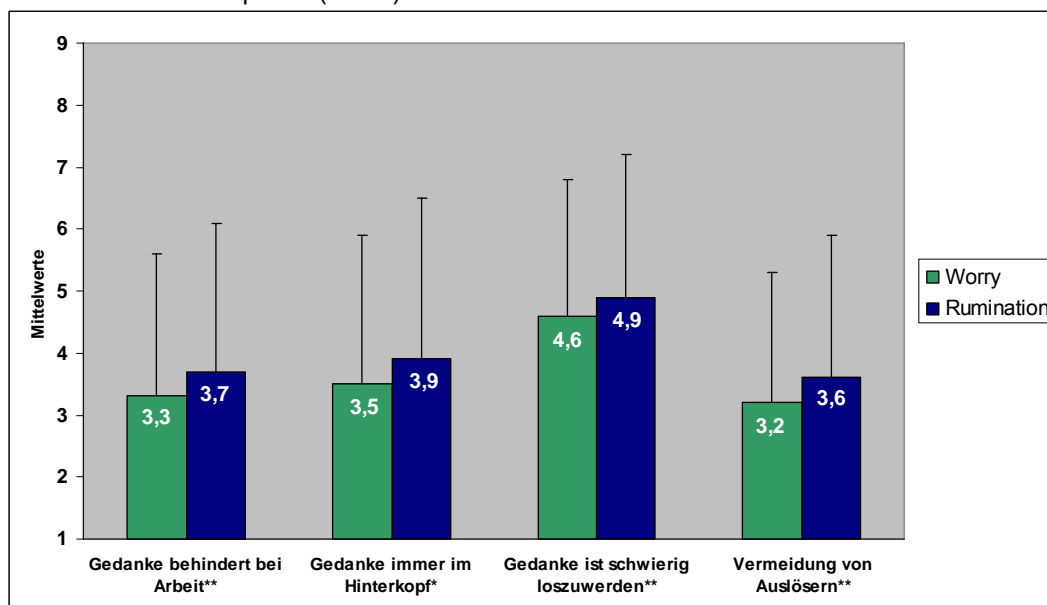
Zwölf der 53 Variablen wiesen signifikant höhere Werte bei Rumination als bei Worry auf. Davon entfielen acht Merkmale auf Bewertungen und Emotionen, und vier Merkmale auf die gewählten Strategien.

Abbildung 6-13: Merkmale mit höheren Werten bei Rumination in der nichtklinischen Stichprobe (Teil I)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

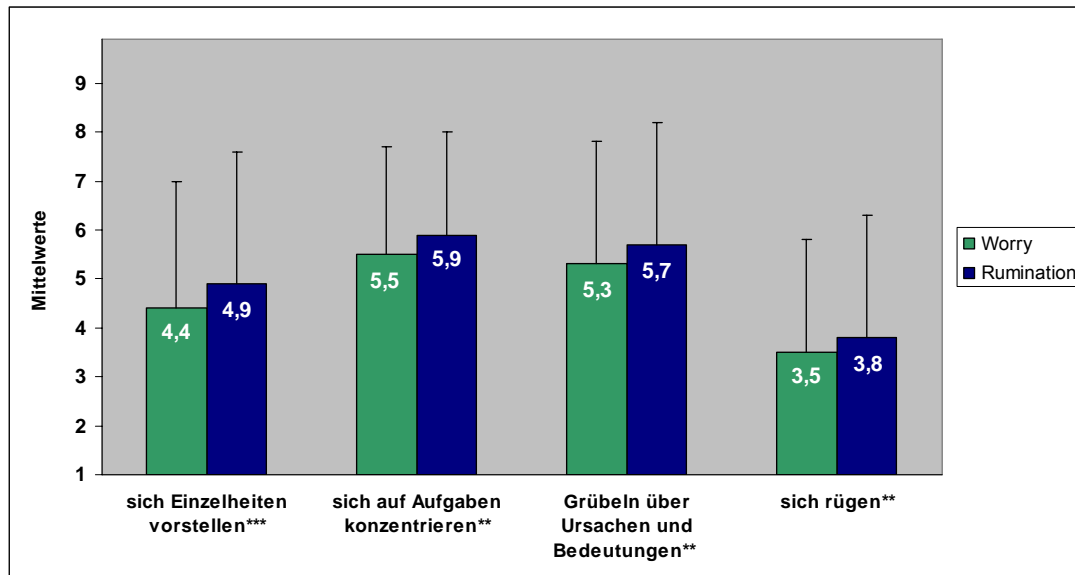
Abbildung 6-14: Merkmale mit höheren Werten bei Rumination in der nichtklinischen Stichprobe (Teil II)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

- a) **Deskriptive Merkmale:** Ein deskriptives Merkmal betraf die Auslöservermeidung: Die Teilnehmer versuchten häufiger *Auslöser zu vermeiden*, die den Grübelgedanken triggern könnten ($t(386)=2,93$, $p<0,01$).
- b) **Emotionen:** Rumination unterschied sich emotional von Worry durch die auftretenden *Schuldgefühle* ($t(388)=2,50$, $p<0,05$).
- c) **Bewertungen:** Bezüglich der Bewertungen traten sechs Unterschiede auf. Ein Unterschied betrifft zunächst die zeitliche Dimension; Grübelgedanken hatten eher einen *vergangenheitsbezogenen Inhalt* ($t(385)=5,11$, $p<0,001$). Gleichzeitig wurde ein höheres Bedürfnis angegeben, die Situation, um die sich der wiederkehrende Gedanken drehte, *verstehen zu wollen* ($t(386)=3,10$, $p<0,01$). Die *Zuversicht, das Problem zu lösen*, um das sich der Gedanke dreht, wurde beim ruminativen Gedanken als größer als bei Worry eingeschätzt ($t(388)=2,99$, $p<0,01$). Im Vergleich zu Sorgengedanken *behinderten* Grübelgedanken *signifikant mehr bei der Arbeit* ($t(390)=3,22$, $p<0,01$), sie waren zu einem größeren Ausmaß *immer im Hinterkopf* ($t(390)=2,56$, $p<0,05$) und *signifikant schwieriger loszuwerden* ($t(390)=2,65$, $p<0,01$).
- d) **Strategien:** Die Personen der nichtklinischen Stichprobe wählten häufiger folgende Strategien im Umgang mit dem Ruminations- als auch mit dem Worrygedanken (vgl. Tabelle 6-09):
- „Ich konzentriere mich auf Einzelheiten der Situation, und erinnere mich, wie es passiert ist, oder stelle mir vor, wie es passieren könnte“
 - „Ich konzentriere mich auf andere Aufgaben“
 - „Ich grübele über die Ursachen und Bedeutung der Situation, um die sich der Gedanke dreht – warum es passiert ist (oder passieren könnte), und was das für mich heißt“
 - „Ich rüge mich selber“

Abbildung 6-15: Unterschiede bei Strategien bei der nichtklinischen Stichprobe



** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

Beim Grübeln wird signifikant mehr über *Ursachen und Bedeutungen* der Situation nachgedacht ($t(382)=2,75$, $p<0,01$), und es werden mehr *Details* der Situation *imaginiert* ($t(378)=3,78$, $p<0,001$). Als Strategien werden häufiger „*sich rügen*“ ($t(382)=2,68$, $p<0,01$) und „*sich auf andere Aufgaben konzentrieren*“ ($t(382)=3,37$, $p<0,01$) angegeben.

6.3.5.3 Variablen ohne signifikante Unterschiede

Die folgende Darstellung der Variablen, bei denen keine signifikanten Unterschiede zwischen Rumination und Worry gefunden wurden, wird wiederum untergliedert in a) deskriptive Merkmale, b) begleitende Emotionen, c) Bewertungen und d) Strategien im Umgang mit den wiederkehrenden Gedanken. Sie stellen die Überschneidungen zwischen Worry und Rumination beim intraindividuellen Konzeptvergleich dar.

a) Überschneidungen bei den deskriptiven Merkmalen: Zu den deskriptiven Merkmalen, bei denen bei der nicht-klinischen Stichprobe keine Unterschiede zwischen Worry und Rumination festgestellt wurden, zählen die Auftretenshäufigkeit und die Dauer des Gedankens in Minuten, ob ein Auslöser bemerkt wurde, ob dieser Auslöser eher internaler oder externaler Natur ist, ob versucht wird, diesen Auslöser zu vermeiden und schließlich ob es sich eher um einen verbalen Gedanken oder eine bildliche Vorstellung des Problems bzw. der Situation handelt.

Auftretenshäufigkeit. Die Auftretenshäufigkeit lag bei beiden Gedankentypen durchschnittlich bei 5, was einer mittleren Häufigkeit entspricht, und genau zwischen den Skalenpolen „extrem selten“ und „die ganze Zeit“ liegt. Sogar die Standardabweichung von 1,9 ist bei beiden Gedankentypen gleich hoch.

Dauer des Gedankens. An das Worry-Thema wurde im Durchschnitt 28 Minuten und an das Ruminationsthema 20 Minuten gedacht. Dieser Unterschied ist statistisch gesehen nicht signifikant. Auffallend sind hier die hohen Standardabweichungen: Für Worry beträgt die Standardabweichung 186 Minuten, für Rumination 81 Minuten.

Auslöser, die den Gedanken triggern. Auch bei den anderen Merkmalen (Bemerkten eines Auslösers, interner vs. externer Auslöser) wurde eher ein mittlerer Ausprägungsgrad für beide Gedankentypen angegeben, die keine Unterschiede – statistisch gesehen – ergeben. Das Ergebnis besagt, dass gesunde Personen mit mittlerer Häufigkeit feststellen, dass es einen Auslöser für ihren Grübel- oder Sorgengedanken gibt. Der Auslöser für Worry-Gedanken (Punktwert 4,4) wird mit einer leichten Tendenz häufiger bei einem äußeren Ereignis oder von einer anderen Person verursacht verortet. Der Auslöser für Rumination-Gedanken (Punktwert 4,7) wird als fast zur Hälfte von äußeren Einflüssen (wie von einer Person oder einem Ereignis) und fast zur Hälfte von inneren Einflüssen (von einem Gedanke oder einem Gefühl) getriggert beschrieben. Worry und Rumination weisen jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich internaler oder externaler Auslöser auf. Hingegen wurden mehr Versuche bei ruminativen als bei Sorgengedanken unternommen, den Auslöser, der den Gedanken triggert, zu vermeiden.

Verbale und bildliche Repräsentation. Der in der Tabelle angegebene Wert von 39,9 bzw. 40,4% „bildhafter oder verbaler Inhalt“ bedeutet, dass sowohl Worry- als auch Ruminationsgedanke als etwas häufiger verbal statt bildlich auftauchend beschrieben wurde. Ein Wert von 50% hätte bedeutet, dass der Gedanke zu genau gleichen Anteilen bildhaft und als „innere Rede“ erlebt wird. Das Ergebnis spricht also für eine relativ ausgewogene Kombination von bildlicher und verbaler Repräsentation, mit einer Tendenz zu einer minimal höheren verbalen Repräsentation sowohl bei Worry als auch bei Rumination.

b) Überschneidungen bei den begleitenden Emotionen: Fünf unterschiedliche emotionale Begleiterscheinungen des Grübelns bzw. Sich-Sorgen-machens werden im Cognitive Intrusions Questionnaire erfragt: 1. Traurigsein/sich unglücklich fühlen, 2. Besorgnis/Ängstlichkeit, 3. Schuldgefühle, 4. Unsicherheit, 5. Scham. So wurden z.B.

in Frage 8: „Wie traurig oder unglücklich macht sie dieser wiederkehrende Gedanke?“ sowohl bei Worry (5,4) als auch bei Rumination (5,2) im Durchschnitt ein mittlerer Wert angegeben. Worry und Rumination werden nicht durch das Ausmaß des Gefühls von Traurigkeit und Unglücklichsein unterschieden.

Auch das Gefühl von Scham tritt während der wiederkehrenden Gedanken auf, aber nur sehr gering, nämlich im Durchschnitt bei 3,2 bei Worry und 3,3 bei Rumination. Es ist kein Unterscheidungsmerkmal für Worry oder Rumination. Die Frage „Wie unsicher macht sie der wiederkehrende Gedanke?“ wurde unter der Worry-Bedingung bzw. auch unter der Ruminations-Bedingung mit „mäßig“ (4,9 bzw. 4,7) beantwortet. Demgegenüber konnten drei Gefühlsnuancen spezifiziert werden, die unterschiedlich sind: Schuldgefühle für Rumination sowie Besorgnis und Ängstlichkeit in Bezug auf den Inhalt des Worrygedankens. Hier hatte die Aussage gelautet: „Der Inhalt des wiederkehrenden Gedankens ist beunruhigend.“

c) Überschneidungen bei den begleitenden Bewertungen: Eine sehr große Anzahl von Bewertungen über die Gedanken wies, wie hypothetisch postuliert, keine Unterschiede zwischen Worry und Rumination auf. In der folgenden Ergebnisdarstellung wird versucht, die Befunde inhaltlich zu gruppieren, die in der Tabelle 6-08 unter „Variablen ohne signifikante Unterschiede“ mit den jeweiligen statistischen Kennwerten dargestellt wurden. Die Ergebnisse der Untersuchung an 391 gesunden Probanden besagen, dass keine Unterschiede gefunden wurden (und deshalb Gemeinsamkeiten zwischen Worry und Rumination angenommen werden können) bei folgenden theoretisch und praktisch relevanten Bewertungsaspekten:

- Zeitliche Orientierung: das Problem spielt (auch) gegenwärtig eine Rolle
- Kontrollüberzeugung
- Verantwortlichkeitszuschreibung für Gedanken oder Situation
- Problemlöseanstrengung
- Handlungsimpuls auf den Gedanken hin; Wunsch, der Situation vorzubeugen
- Ablehnung des Gedankens, Sich-sträuben gegen den Gedanken, Anstrengung, den Gedanken loszuwerden
- Egodystone Natur des Gedankens
- Richtigkeit des Gedankens, Einschätzung als reales Problem
- Wahrscheinlichkeitsabschätzung, ob Situation eintreffen wird
- Vernunftcharakter der individuellen Reaktion auf den Gedanken

Es gibt also große Ähnlichkeiten zwischen Worry und Rumination hinsichtlich forschungsrelevanter, langjährig untersuchter Kriterien.

d) Überschneidungen bei den Strategien: Zehn Strategien von insgesamt 15 der von Watkins erfragten Strategien wurden gleich häufig bei Worry- und Grübelgedanken angewandt (vgl. Tabelle 6-09). Der Versuch zu aktiver Problemlösung und das Analysieren der Situation sowie das Gespräch darüber mit anderen sind häufig gewählte Formen, um mit den wiederkehrenden Gedanken umzugehen, sie werden unterschiedslos sowohl beim Grübeln als auch beim Sich-Sorgen-machen angewendet. Die Teilnehmer lenken sich jedoch auch ab, sie sagen sich, dass der Gedanke nichts bedeutet, oder sie tun nichts, sondern sagen sich, dass der Gedanke vorübergeht. Sie setzen Gedankenstopp ein, wandern mit ihren Gedanken weiter und ersetzen den ursprünglichen Gedanken durch einen anderen (neutralen oder negativen) Gedanken. Das Ergebnis zeigt auch die Vielfalt der Umgangsweisen mit repetitiven Gedanken, denn es wurde keine Strategie überzufällig häufig *nicht* gewählt.

6.3.6 Hypothesenbezug und Vergleich mit der Studie von Watkins et al. (2005)

Ausgehend von der Studie von Watkins et al. (2005) waren die Hypothesen so formuliert worden, dass die von Watkins et al. gefundenen Unterschiede zwischen Worry und Rumination für die vorliegende Studie als H1 formuliert und die von Watkins et al. gefundenen Gemeinsamkeiten als H0 formuliert wurden (vgl. Watkins et al., 2005, S. 1581). Zur Überprüfung der Konstruktunterschiede zwischen Worry und Rumination wurden, wie schon im Methodenteil ausgeführt, 53 intrasubjektive Einzelvergleiche anhand der 53 Items vorgenommen. Deshalb mussten die Hypothesen auch jeweils für die 53 Einzelitems formuliert werden. Aufgrund der großen Anzahl von Hypothesen wurde das Alpha-Niveau mittels der Korrekturformel von Bonferroni-Simes angepaßt.

Höhere Werte für Worry sollten im Vergleich zu Rumination die folgenden Variablen aufweisen:

- zukunftsbezogener Inhalt,
- Persistenz in Jahren,
- unangenehmer Inhalt
- beunruhigender Inhalt
- Gefühl der Besorgnis
- Gefühl der Unsicherheit.

Alle sechs Hypothesen wurden bestätigt.

Ebenfalls bestätigt wurde die Hypothese, dass Ruminationsgedanken im Vergleich zu Worry einen eher vergangenheitsbezogenen Inhalt haben.

Nicht bestätigt wurde die Hypothese, dass der Realitätsbezug des Problems häufiger bei Rumination als bei Worry eingeschätzt wird.

Alle anderen abhängigen Variablen, so war aufgrund der Ergebnisse von Watkins et al. (2005) angenommen worden, unterscheiden nicht zwischen Rumination und Worry. Zahlenmäßig waren es 31 Hypothesen, bei denen kein Unterschied postuliert wurde. Unseren Ergebnissen zufolge müssen jedoch elf Hypothesen verworfen werden, nach denen kein weiterer Unterschied bei deskriptiven Merkmalen, Bewertungen, Emotionen und Strategien bei Rumination postuliert worden war. In unserer Studie wiesen die Teilnehmer andere Bewertungen der Rumination auf als bei Watkins und Mitarbeitern.

Es müssen vielmehr die **Hypothesen H1 angenommen** werden, dass Grübeln einhergeht mit (in größerem Ausmaß als Sich-Sorgen-machen)

...einem höheren Bedürfnis, die Situation zu verstehen, um die sich der Gedanke dreht
... mehr Schuldgefühlen
... intensiverem Nachdenken über Ursachen und Bedeutungen der Situation
...detaillierter Imagination der Situation
... einer deutlichen Vermeidung von Auslösern des Gedankens
... der Einschätzung, dass der Gedanke häufiger „immer im Hinterkopf“ ist
... der Einschätzung, dass der Gedanke schwieriger wieder loszuwerden ist
... der Störung laufender Arbeiten
... größerer Zuversicht, das Problem zu lösen
... häufigerem Sich-Rügen
... der Konzentration auf andere Aufgaben, um den Gedanken loszuwerden

Dass die Befunde für Worry in unserer Studie reproduziert werden konnten, stellt ein **Hauptergebnis unserer Studie** dar: Diejenigen sechs Variablen, die in der englischen Studie von Watkins et al. höhere Werte bei Worry aufwiesen, wiesen in der vorliegenden Studie ebenfalls signifikant höhere Werte auf. Es gab in Bezug auf Worry weder Restvariablen, die übrig blieben, noch gegenläufige Ergebnisse der Art, dass in der vorliegenden Untersuchung Rumination-Variablen höhere Werte ergaben, die in der Watkins-Studie bei Worry-Variablen höhere Werte aufgewiesen hätten oder umgekehrt.

Tabelle 6-10: Spezifische Merkmale für Worry und Vergleich der vorliegenden Studie mit Watkins et al. (2005)

<i>Spezifische Merkmale von Worry</i> <i>Ergebnisse dervorliegenden Studie.</i>	<i>Variablen mit signifikant höheren Werten bei Worry bei Watkins et al, (2005)</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Persistenz des Gedankens 2. Inhalt ist unangenehm 3. Inhalt ist beunruhigend 4. Inhalt ist zukunftsbezogen 5. besorgniserregend 6. Gefühl der Unsicherheit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persistenz des Gedankens 2. Inhalt ist unangenehm 3. Inhalt ist beunruhigend 4. Inhalt ist zukunftsbezogen 5. besorgniserregend 6. Gefühl der Unsicherheit

In der folgenden Tabelle 6-11 werden die *neuen* Befunde dieser Untersuchung im Vergleich zur Studie von Watkins, Moulds und Mackintosh (2005) und die eine gemeinsame Variable dargestellt.

Tabelle 6-11: Spezifische Merkmale für Rumination und Vergleich der vorliegenden Studie mit Watkins et al.(2005)

<i>Spezifische Merkmale von Rumination</i> <i>Ergebnisse der vorliegenden Studie</i>	<i>Variablen mit signifikant höheren Werten bei Rumination (Watkins et al., 2005)</i>
<p>vergangenheitsbezogener Inhalt</p> <p>Ruminationsspezifische Bewertungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gedanke behindert bei der Arbeit 2. er ist schwierig loszuwerden 3. er ist immer im Hinterkopf 4. er ist begleitet von Schuldgefühlen 5. und dem Bedürfnis, das Problem zu verstehen 6. es besteht höhere Zuversicht, Problem zu lösen 7. Vermeidung von Auslösern <p>Ruminationsspezifische Strategien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grübeln über Ursachen und Bedeutung 2. sich Einzelheiten der Situation vorstellen 3. sich rügen 4. sich auf andere Aufgaben konzentrieren 	<p><i>vergangenheitsbezogener Inhalt</i></p> <p><i>reales Problem</i></p>

6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es wurden 391 Männer und Frauen aus Deutschland und der Schweiz zu ihrem Umgang mit Sorgen und Grübeln befragt. Die Personen stammen überwiegend aus der mittleren bis oberen Mittelschicht und sind hinsichtlich des Alters und anderer sozialer Merkmale (Familienstand) heterogen. Die Werte hinsichtlich Depressivität, Angstsymptomatik und der aktuellen Stimmung weisen die Stichprobe als nichtklinische Stichprobe aus. Ein geringer Prozentsatz von Personen wies höhere bzw. klinisch relevante Werte im Beck Angst Inventar bzw. im Beck Depressions Inventar auf. Angst kann im Alltag stark schwanken (z.B. anstehende Prüfungen bei der studentischen Teilnehmergruppe). Dies könnte zum relativ hohen Anteil „moderater“ Angstwerte beigetragen haben. Es könnte sich auch zum Teil um Personen handeln, die eine (behandelte oder unbehandelte) Angststörung aufweisen. Ein Vergleich mit den Punktprävalenzwerten von Angsterkrankungen ist schwierig, weil diese Angaben sehr unterschiedlich für die einzelnen Störungsbilder sind. Die Angaben der Punktprävalenzwerte in der Bevölkerung fluktuieren stark für die einzelnen Störungsbilder, z.B. von 1,2 bis 2,2% für Soziale Phobien, 4,5 bis 11,8% für spezifische Phobien in einem 6-Monatszeitraum (Myers et al., 1984). In der Münchner Follow-up-Studie (Wittchen, 1986; 1991) der Zürich-Studie von Angst (Angst et al., 1985a,b) lagen beispielsweise die Punktprävalenzen in einem 6-Monatszeitraum bei 2,7 bis 5,8% für Agoraphobie und bei 0,6 bis 1,8% bei Panikstörung. Ein Prozentsatz von 4,6% für Werte über 17 im BDI entspricht hingegen recht genau den Punktprävalenzwerten für Depression in der Bevölkerung in Industrienationen (Angst, 1987b; Regier et al., 1984; Eaton et al., 1984). So wurden in der von Regier bzw. Eaton und Mitarbeitern in den USA durchgeführten NIMH-Epidemiologic Catchment Area Study Depressionsraten für Männern von 2,7 bis 4,6% und für Frauen von 4,6 bis 6,5% gefunden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der geringe Prozentsatz von Personen in der vorliegenden Stichprobe, die hinsichtlich der Depressions- bzw. Angstsymptomatik hochbelastet war, damit in etwa den gängigen Inzidenzraten entspricht, die man in der Normalbevölkerung findet. Deshalb kann mit allem Vorbehalt davon ausgegangen werden, dass es sich um eine „normal“ belastete Stichprobe handelt.

Die Versuchspersonen sollten je einen typischen Gedanken aus dem Worry- und einen typischen Gedanken aus dem Ruminationsfragebogen identifizieren, den sie bei sich

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

schon öfters bemerkt hatten; diese beiden Gedanken sollte sie hinsichtlich verschiedener Prozess- und Inhaltsvariablen einschätzen. Die Probanden erhielten keine Information, daß sie einmal einen Ruminations- und einmal einen Worryfragebogen erhielten. Damit wurden Vorabzuschreibungen von Sorgen- oder Grübelmerkmalen durch die Teilnehmer minimiert.

Rumination und Worry waren durch ein Drittel der 53 Variablen des Cognitive Intrusions Questionnaire als unterschiedliche und zu zwei Drittel der Variablen als ähnliche Prozesse charakterisierbar. Es konnten spezifische Merkmale für Worry und spezifische Merkmale für Rumination in der nichtklinischen Stichprobe festgestellt werden. Diese sind in der folgenden Übersicht zusammengestellt.

Tabelle 6-12: Spezifische Merkmale von Worry und Rumination

<i>Spezifische Merkmale von Worry</i> <i>Ergebnisse der vorliegenden Studie</i>	<i>Spezifische Merkmale von Rumination</i> <i>Ergebnisse der vorliegenden Studie</i>
<i>zukunftsbezogener Inhalt</i>	<i>vergangenheitsbezogener Inhalt</i>
<i>Worryspezifische Emotionen</i> <i>Der Gedankeninhalt ist beunruhigender</i> <i>Der Gedanke macht besorgter oder ängstlicher</i> <i>er geht weniger intensiv mit Schuldgefühlen einher</i>	<i>Ruminationsspezifische Emotionen</i> <i>Der Gedankeninhalt ist weniger beunruhigend</i> <i>Der Gedanke macht weniger besorgt oder ängstlich</i> <i>er ist intensiver von Schuldgefühlen begleitet</i>
<i>Worryspezifische Bewertungen</i> <i>Der Gedanke behindert weniger bei der Arbeit</i> <i>er ist leichter loszuwerden</i> <i>er ist weniger präsent</i> <i>das Bedürfnis, das Problem und seine Bedeutung zu verstehen, ist geringer ausgeprägt</i> <i>es besteht geringere Zuversicht, Problem zu lösen</i> <i>es wird mehr unterlassen, Auslöser des Gedankens zu vermeiden</i> <i>Die Persistenz des Gedankens in Jahren wird höher eingeschätzt (den Gedanken „hat“ man seit mehr Jahren)</i> <i>Der Gedankeninhalt ist unangenehmer</i>	<i>Ruminationsspezifische Bewertungen</i> <i>Der Gedanke behindert mehr bei der Arbeit</i> <i>er ist schwieriger loszuwerden</i> <i>er ist „immer im Hinterkopf“</i> <i>es besteht ein höheres Bedürfnis, das Problem und seine Bedeutung zu verstehen</i> <i>es besteht höhere Zuversicht, Problem zu lösen</i> <i>es wird mehr versucht, Auslöser des Gedankens zu vermeiden</i> <i>Der Gedankeninhalt wird als weniger unangenehm eingeschätzt</i>
<i>Worryspezifische Strategien</i> <i>weniger Grübeln über Ursachen und Bedeutung</i> <i>sich weniger Details der Situation vorzustellen</i> <i>sich weniger zu rügen</i> <i>sich weniger stark auf andere Aufgaben zu konzentrieren, um den Gedanken loszuwerden oder erträglicher zu machen</i>	<i>Ruminationsspezifische Strategien</i> <i>vermehrt Grübeln über Ursachen und Bedeutung</i> <i>sich mehr Details der Situation vorzustellen</i> <i>sich mehr zu rügen</i> <i>sich stärker auf andere Aufgaben konzentrieren, um den Gedanken loszuwerden oder erträglicher zu machen</i>

Diese Befunde reproduzieren die bisherigen Merkmale für Worry (Watkins et al., 2005) in vollem Umfang, diesmal aber für eine große Stichprobe von Frauen *und Männern* aus unterschiedlichen sozialen Lebensbereichen. Die Ergebnisse über die sorgenspezifischen Merkmale können mit dieser Replikation an einer anderen Stichprobe als bei Watkins et al. (2005) mit dem in dieser Arbeit übersetzten Fragebogen als hoch relevant angesehen werden: Sorgen beziehen sich auf die Zukunft, sie werden als unangenehmer und besorgniserregender als Grübeln empfunden und sie gehen mit deutlich mehr körperlicher und psychischer Unruhe einher. Die befragten gesunden Personen haben seit längerer Zeit Sorgengedanken im Vergleich zu Grübelgedanken. Dabei scheint es eine Fülle von Möglichkeiten zu geben, mit den Sorgengedanken zurechtzukommen, wobei keine Strategie typischerweise „nur“ bei Sorgen angewendet wird. Eher werden spezifische Strategien unterlassen: Das Vermeiden von Auslösern, die Ursachenanalyse und die Suche nach der Bedeutung. Vor allem wird es unterlassen, die Sorgeninhalte sehr detailliert „durchzugehen“.

In bezug auf Rumination gibt es neue, in dieser Form noch nicht veröffentlichte Ergebnisse. So wurden nicht nur weitere spezifische deskriptive, emotionale und Bewertungsaspekte für Rumination gefunden, sondern auch neue spezifische Strategien im Umgang mit den wiederkehrenden ruminativen Gedanken. Diese Ergebnisse bestätigen andere Befunde der vergleichenden Worry- und Ruminationsforschung (z.B. Watkins et al., 2003). Rumination bezieht sich eher auf die Vergangenheit, die Gedanken werden als störend im Arbeitsablauf eingeschätzt, als permanent im Hintergrund des Bewußtseins wahrnehmbar. Ruminationsgedanken gehen mit einer Vielzahl von Emotionen einher, am deutlichsten unterscheiden sie sich von Worry durch die Schuldgefühle, die die Gedanken begleiten. Es herrscht eine vergleichsweise höhere Zuversicht, das Problem, um das sich der Gedanke dreht, lösen zu können. Während des Grübelns stellen sich die Probanden Einzelheiten der Situation vor, um zu analysieren, wie der Vorfall geschehen konnte, und sie versuchen, Ursachen und Bedeutungen des Erlebten einzuordnen. Um mit den Ruminationsgedanken umzugehen, sie loszuwerden oder erträglicher zu machen, werden häufiger Aktivitäten aufgesucht, die eine hohe Ablenkung versprechen, und es kommt zu streng kritischen inneren Selbstgesprächen. Die Ruminationsgedanken gelten als schwierig loszuwerden, und es wird versucht, Auslöser für die Gedanken zu vermeiden. Ähnlichkeiten und Überschneidungen zwischen Worry und Rumination bestehen in vielen Merkmalen, die im Folgenden tabellarisch aufgelistet sind.

Tabelle 6-13: Gemeinsame Merkmale von Worry und Rumination

Deskriptive Merkmale	Auftretenshäufigkeit Dauer in Minuten Bemerken eines Auslösers interne oder externe Auslöser bildhafte oder verbale Repräsentation des Gedankeninhalts
Emotionen	Unsicherheit Traurigkeit Scham
Bewertungen	Gegenwartsbezug des Gedankens Gedanke beansprucht die ganze Aufmerksamkeit Einschätzung als reales Problem Überzeugung, dass der Gedanke stimmt Wahrscheinlichkeit, dass Problem eintritt Einschätzung, dass das Problem gelöst werden kann Anstrengung, das Problem zu lösen egodystone Natur des Gedankens persönliche Relevanz des Gedankens Verantwortlichkeit für die Situation, um die es geht Verantwortlichkeit für den Gedanken Einschätzung der Reaktionen auf den Gedanken als vernünftig Drang, auf den Gedanken hin zu handeln Wunsch, Situation vorzubeugen Kontrolle über Gedanken Ablehnung des Gedankens Anstrengung, den Gedanken loszuwerden
Strategien	die Situation analysieren Versuch, eine Lösung zu finden Grübeln über mögliche Folgen sich ablenken Gedankenstopp einsetzen mit jemandem sprechen durch anderen Gedanken neutralisieren durch negativen Gedanken ersetzen nichts tun, Gedanke geht vorüber sich sagen, dass der Gedanken nichts bedeutet

6.5 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung der nichtklinischen Stichprobe mit der gleichen Vorgehensweise wie bei Watkins et al. (2003) bzw. Langlois et al. (2000) zeigen, dass es überwiegend Ähnlichkeiten in den deskriptiven Merkmalen, Bewertungen und Strategien von Worry und Rumination gibt. Worry und Rumination gewinnen aber durch die festgestellten hochsignifikanten bzw. signifikanten Unterschiede auch ein eigenes, unterscheidbares Profil. Ein Hauptkennzeichen ist die *zeitliche Dimension*. Wie bei Papageorgiou et al. (1999), Watkins et al. (2005) und in der vorliegenden Untersuchung gefunden, sind Ruminationsgedanken vergangenheitsorientierter und Worrygedanken zukunftsorientierter.

Beide Konzepte kann man auch sehr deutlich anhand der begleitenden *Emotionen* unterscheiden, obwohl sowohl Worry als auch Rumination mit einer „Mischung“ aus Gefühlen wie Traurigkeit, Scham und Unsicherheit verbunden sind. Sorgengedanken gehen mit deutlicher Besorgnis und Unruhe und einem unangenehmen Gefühl („unpleasantness“) einher. Dieser Befund reproduziert die Ergebnisse der Studie von Watkins et al. (2005). Bei Papageorgiou et al. (1999) waren affektive Variablen gar nicht untersucht worden. Schuldgefühle wurden in der vorliegenden Studie als deutliches Kennzeichen von Rumination identifiziert. Dies stellt einen neuen Befund gegenüber der Untersuchung an der akademischen Stichprobe (Watkins et al., 2005) dar und bestätigt gleichzeitig frühere Laborbefunde zum „Bewertungsmodus“ des Grübelns (Watkins, 2003): In der Studie von Watkins (2003, siehe Kapitel 2) über adaptive und maladaptive Verarbeitung kam es in einer Laboruntersuchung unter dem „Bewertungsmodus“ vermehrt zu Grübelprozessen.

Die Ergebnisse über die unterschiedliche emotionale Beteiligung erscheinen fast trivial, bestätigen sie doch (zum ersten Mal) die „Alltagserwartung“ über die Konnotation von Sorgen und Grübeln. Die Befunde zeigen jedoch, dass durch die Befragung mit Self-report-Instrumenten tatsächlich die „intendierten“ kognitiv-emotionalen Prozesse erfasst werden konnten. Die verwendete Methode von Langlois et al. (2000) ist geeignet, ohne explizite Kenntlichmachung für die Befragten Sorgen- und Grübelinhalte untersuchen zu können, denn verwendet wurde nur der Terminus „wiederkehrende negative Gedanken“. Das Ergebnis zur unterschiedlichen affektiven Beteiligung von Worry und Rumination erhöht die Aussagekraft für die folgenden Ergebnisse.

6.5.1 Worrytypisches Profil

Worry und Rumination sind auch gekennzeichnet durch unterschiedliche *Bewertungen*. Man kann im Umkehrschluss - im Vergleich zu Rumination - feststellen, dass bei den Befragten der gesunden Stichprobe Worry signifikant weniger durch das Bemühen charakterisiert ist, Ursachen und Bedeutung der zukünftigen Situation zu verstehen. Die untersuchten Personen äußern zudem viel weniger Zuversicht, die Probleme lösen zu können, stellen sich dabei gleichzeitig viel seltener Details des in die Zukunft projizierten Problems vor. Diese Aspekte sprechen für die Vermeidungshypothese von Borcovec (1983). Hier scheint in der Vorstellung ein wichtiger Schritt der Konkretisierung „übersprungen“ zu werden, denn die Personen geben dann wiederum an, dass sie ernste Konsequenzen befürchten, sollte der Gedanke eintreffen bzw. wahr werden. Dies bedeutet, dass sie zwar eine konkrete besorgniserregende Situation aufgreifen, sie diese aber auf einer relativ abstrakten Ebene (analog zum abstrakten autobiografischen Gedächtnis, vgl. Kapitel 3.1) verarbeiten. Parallel dazu herrscht eher eine mutlose oder fatalistische Einstellung über die Lösbarkeit der Problemstellungen. Diese mangelnde eigene Problemlösezuversicht bei gleichzeitig hoher Schadenserwartung und unter abstrakter Informationsverarbeitung der Sorgen kennzeichnet eine Bewertungshaltung, die aufgrund der Ergebnisse als „sorgentypisch“ gelten kann und die unter bestimmten Umständen den Weg in eine depressive Entwicklung bahnen könnte.

Worrygedanken werden trotzdem vergleichsweise weniger so eingeschätzt, dass sie bei der Aufgabenerledigung stören und schwer loszuwerden sind. Dieser Befund kann so interpretiert werden, dass das Auftauchen von Sorgengedanken als relativ „passend“ zur eigenen Situation und den eigenen Absichten eingestuft wird. In diesem Sinn werden Worrygedanken als ich-syntoner wahrgenommen als die schuldbeladenen Grübelgedanken, die als viel hartnäckiger und störender erlebt werden.

Worrygedanken vom Typ „Was wäre, wenn...“ scheinen jedoch nicht nur besser in die tägliche Arbeit integrierbar zu sein als die „Warum-Fragen“ der Rumination. Parallel dazu zeichnen sich Worrygedanken dadurch aus, dass sie deutlich weniger Bemühungen erfordern, sie wieder loszuwerden, z.B. indem man sich bewußt auf andere Aufgaben konzentriert. *Weniger* Distraction im Vergleich zu Rumination spräche hier – vergleicht man es mit den Annahmen der Response Styles Theory - eher *für* eine salutogene Form des Sich-Sorgen-machens. Je weniger schuldbeladen und je ich-syntoner, umso akzeptabler und umso weniger anstrengend die Bewältigung?

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

Diese Gleichung (angelehnt an den Metakognitiven Ansatz von Mathews und Wells) scheint beim Sich-Sorgen-machen aufzugehen. Hier würde sich auch ein wichtiger Unterschied zu Zwangsgedanken abzeichnen: Diese werden als ich-dyston und mit Schuldgefühlen verknüpft als wesentlich quälender empfunden. Bei Sorgengedanken wird nicht wie bei Rumination auf einer Metakognitiven Ebene kritisch hinterfragt, *warum* die Probleme auftreten bzw. auftreten könnten. Sich-Sorgen-machen wird in der nichtklinischen Stichprobe nicht hinterfragt, nicht pathologisiert und scheint keine Begründung vor sich selbst zu erfordern. Typische Anzeichen für Metakognitionen bei Worry, wie man sie bei Patientinnen und Patienten mit Generalisierter Angststörung findet, wurden in der vorliegenden gesunden Stichprobe nicht gefunden.

Bei Sorgen ist es nicht so, dass spezifische Strategien „mehr“ angewendet werden, sondern es wird eine reiche *Mischung aus unterschiedlichen Copingformen* gewählt, und es werden spezifische *Bewältigungsstrategien wie Ablenken, sich rügen und das Vermeiden von Auslösern unterlassen* bzw. vergleichsweise weniger gewählt.

Die befragten gesunden Personen „hatten“ ihren persönlich ausgewählten Sorgengedanken im Schnitt seit sechs Jahren, 100% der Teilnehmer konnten ein persönliches Sorgenthema benennen und damit umgehen. Ein geringer Prozentsatz der Teilnehmer wies moderate Angstsymptome wie Nervosität auf. Bei aller Vorsicht kann davon ausgegangen werden, dass es sich um eine „normal“ belastete Stichprobe handelt, die Alltagssorgen seit vielen Jahren durchaus gut bewältigt. Dies läßt auf ein *flexibles Bewältigungsverhalten* von gesunden Personen aller Altersklassen der Mittelschicht schließen.

In der vorliegenden Studie schätzen die Probanden der nichtklinischen Stichprobe, dass ihr persönlicher Sorgengedanke vor sechs Jahren, also im Durchschnitt zwei Jahre vor dem Ruminationsgedanken, aufgetreten sei. Worry wird im autobiografischen Gedächtnis als chronischer und längerwährend im Vergleich zu Rumination eingeschätzt. Dieser Befund sollte aufgrund der Standardabweichungen nur vorsichtig interpretiert werden; die theoretischen Ansätze (vgl. Kapitel 3) ermöglichen keine Hypothesen über die Chronizität oder Persistenz, die diesen Befund erklären könnten.

Interessant ist der „fehlende“ Befund, dass die Personen beim Sich-Sorgen-machen häufiger die Strategie wählen, mehr zu planen, um dem Problem vorzubeugen (Item 70: „Ich versuche, eine Lösung zu finden oder zu planen, wie ich dem Problem vorbeugen kann.“). Dies war zwar nicht in den Hypothesen angenommen worden, würde aber auf den ersten Blick sinnvoll erscheinen: Die Strategie, vorzubeugen oder

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

Lösungen zu planen könnte ja aus der Einschätzung resultieren, dass es schwerwiegende Folgen nach sich zieht, sollte tatsächlich das eintreffen, worum sich der Gedanke dreht. Es herrscht jedoch bei den Sorgen signifikant weniger Zuversicht, das Problem lösen zu können. Sorgen scheinen – trotz damit verbundener Unruhe und „arousal“ – nicht vermehrt dazu anzuregen, Lösungen zu suchen, um zukünftigen Befürchtungen vorzubeugen, wenn sowieso wenig Lösungszuversicht besteht. Bei Worry handelt es sich den Ergebnissen dieser Studie zufolge um das Denken an beunruhigende zukünftige Vorgänge, die bei ihrem potentiellen Eintreffen *ernsthafte Folgen* zeitigen würden, die aber *gleichzeitig als wenig beeinflussbar und kontrollierbar eingeschätzt* werden. Wie kann man mit solch einer Attribuierung gut leben? Was trägt dazu bei, dass die Mehrzahl der Menschen keine Generalisierte Angststörung entwickelt?

Die Reaktionen auf Worrying bestehen im Vergleich zu Rumination viel weniger darin, sich gezielt von den Sorgen abzulenken oder sich zu rügen, und damit streng oder selbstkritisch auf diese Gedanken zu reagieren. Eine Vermutung aufgrund des Ergebnisprofils für Worry ist, dass immer wieder „schlaglichtartig“ das Bedrohungspotential von einzelnen Ereignissen beurteilt werden kann, ohne in Panik zu geraten. Das „Zoom“ bleibt zu diesem Zweck eher auf Weitwinkel eingestellt, man geht nicht wirklich nah, detailliert und analysierend an die mehr oder weniger wahrscheinlich eintreffenden Sorgenszenarien heran. Damit würde Worry zu emotionsfokussiertem Coping im S-REF-Modell zählen.

Man kann die Ergebnisse vor dem Hintergrund des Ansatzes von Martin und Tesser diskutieren, dass mittels Worry *Zieldiskrepanzen* festgestellt und bearbeitet werden: Zum Beispiel ist spezifisch, dass die Konsequenzen als ernsthafter als bei Grübeln eingestuft werden, sollte der Gedanke wahr werden und die Situation eintreffen. Dies spricht dafür, dass Personen beim Sich-Sorgen-machen eine Abschätzung ihrer Möglichkeiten und Risiken (befürchtete Konsequenzen) gegeneinander stellen.

Wahrscheinlich gibt es einen Unterschied in der wahrgenommenen *Verantwortungszuschreibung* für die jeweiligen Probleme in der Vergangenheit oder in der Zukunft. Die befragten Teilnehmer gaben an, gleichermaßen für das Problem, um das sich der jeweilige Worry- oder Ruminationsgedanke dreht, verantwortlich zu sein, aber interessanterweise beide Male in einem mittelhohen Ausmaß. Das heißt, ein Teil

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

des Problems wird innerhalb, ein anderer Teil außerhalb der eigenen Beeinflussbarkeitszone verortet, der „locus of control“ (Rotter, 1966) ist geteilt. Ob die eigene Kontrolle über ein Ereignis external oder internal verortet wird, ist aber für die nachfolgende Bewertung, Handlungsplanung und Bewältigung essentiell (Lefcourt, 1982). Es macht einen Unterschied, ob man sich über eine nicht selbst zu verantwortende Naturkatastrophe Sorgen machen muß, oder ob man sich über die eigenen Berufsaussichten, Finanzen, Krankheiten und nahe Beziehungen sorgt. Bei manchen Sorgen „kann man halt nichts machen“, bei manchen wäre es grob fahrlässig, nicht vorzubeugen. Durch Sich-Sorgen-machen kann das eigene Arsenal an *Copingstrategien* überprüft werden, das einem zur Verfügung steht, um nicht „im Nachhinein“ grübeln zu müssen, was man „hätte tun können“, was man aber unterlassen oder falsch gemacht hat. Hier wäre eine Schnittstelle zu Grübel-, aber auch Zwangsgedanken. Es gibt jedoch auch Lebensrisiken, die aufgrund der vielen Einflussgrößen sehr schlecht planbar sind, und gegen die es keine Versicherung gibt (z.B. dass der Partner fremdgeht, die eigenen Kinder Drogen nehmen oder man eine unheilbare Krankheit entwickelt). Sorgen sind dann „*Screeningverfahren*“ zum Überprüfen von möglichen Gefährdungen und gleichsam die Erinnerung zum Check-up (der Beziehung, der Freizeitgestaltung der Kinder, der Gesundheit). Vor sich selbst schuldlos zu sein, und hinsichtlich einer unklaren, potentiell bedrohlichen Zukunft alles in seinen Möglichkeiten Stehende getan zu haben, könnte so gesehen eine Triebfeder für Worry sein.

Andererseits kann es auch im Sinne der kognitiven Dissonanz zu kognitiv entlastenden Verzerrungen kommen: „Rauchen ist zwar krebserregend, und ich müßte mir darüber Sorgen machen, aber es wird mich schon nicht treffen. Die Verantwortung für Lungenkrebs liegt nicht allein an meinem Suchtverhalten, sondern mindestens zur Hälfte auch am Zufall/Schicksal, den Genen, der Wahrscheinlichkeitsrechnung.“ Weil der Raucher sowieso nichts dagegen machen kann oder will, kann das Problem ad acta gelegt werden, da keine Zielfortschritte in Richtung „mehr Gesundheit“ erzielt werden können (wie im Zielerreichungsansatz von Martin und Tesser formuliert). Dies könnte zu dem relativ leichteren Loslassen von Sorgengedanken im Vergleich zu Ruminationsgedanken beitragen: Der befürchtete Schaden könnte ja auch gar nicht eintreten.

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

Bei Rumination ist der Schaden schon passiert: Die Verantwortung für die Dinge, die sich in der Vergangenheit abgespielt haben, und über die gegrübelt wird, hätten lösbar, beeinflussbar sein können bzw. werden immer noch als lösbar eingeschätzt oder können hinsichtlich ihrer Auswirkungen abgemildert werden. Dass man dabei hinter seinen Möglichkeiten zurückgeblieben ist und/oder das Geschehene bedauert – darauf deuten die Schuldgefühle hin, die Rumination begleiten.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse so interpretieren, dass es sich bei Worry um das Denken an beunruhigende zukünftige Vorgänge handelt, die bei ihrem potentiellen Eintreffen ernsthafte Folgen zeitigen würden, die aber gleichzeitig als wenig beeinflussbar und kontrollierbar eingeschätzt werden. Für Worry sind die vorliegenden Befunde konform mit den Interpretationen von Segerstrom und Mitarbeitern (2000): Worry resultiert aus ungelösten Sicherheitszielen, die in der Zukunft bedroht sein könnten. Mit dem Auftreten von Sorgen kann man sich offenbar eher „arrangieren“ oder abfinden als mit als schuldbeladen empfundenen Grübelgedanken über Ereignisse in der Vergangenheit. Dieses Sich-Arrangieren, um den Gedanken erträglich zu machen, kann auf vielfältige Weise geschehen. Die Reaktionen auf wiederkehrende Sorgen bestehen im Vergleich zu Rumination viel weniger darin, sich gezielt von den Sorgen abzulenken oder sich zu rügen, und damit streng oder selbstkritisch auf diese Gedanken zu reagieren. Die Gedankeninhalte von Worry werden von den untersuchten Personen also deutlich mehr akzeptiert als die von Rumination. Es ist zwar unangenehm, beunruhigend und besorgniserregend, wenn man immer wieder an die Sorgen denkt, aber sie dienen offenbar einer wichtigen Funktion: Über die Jahre hinweg immer wieder das Bedrohungspotential von potentiellen Ereignissen und eventuell die eigenen Einflussmöglichkeiten „grob“ abzuschätzen, ohne zu sehr in die Details zu gehen und ohne sich vorzustellen, wie es denn genau passieren könnte. Die Unplanbarkeit und Unsicherheit wird durch den Vorgang des Sich-Sorgen-machens wahrscheinlich strukturierbar und symbolisierbar, und sie kann offensichtlich „als Teil des Lebens“ durch vielfältige Copingstrategien akzeptiert und bewältigt werden.

6.5.2 Ruminationstypisches Profil

Die Befunde zum Profil von Rumination können durch die Metakognitive Theorie von Mathews und Wells erklärt werden: Gesunde Personen erhoffen sich mehr Einsicht und ein besseres Verständnis ihrer Situation, sie wollen die Ursachen und Folgen des Erlebten ergründen und seine Bedeutung einordnen lernen, wenn sie grübeln. Diese Merkmale können im Sinn von Metakognitionen interpretiert werden, sie stellen positive Einstellungen oder funktionale Erwartungen an den „Sinn und Zweck“ des Grübelns dar.

Diese Sicht wäre wie bei Worry ebenfalls vereinbar mit dem Goal Attainment Ansatz von Martin und Tesser (s. Kapitel 3.2). Grübeln würde im Dienste einer Überprüfung und Abschätzung von erreichten oder eben nicht erreichten persönlichen Zielen und Wertmaßstäben stehen. Eine andere Erklärung, die von Watkins formuliert wurde, sieht in der Verletzung der eigenen Identität und des Selbstverständnisses („self-identity“) ein ungelöstes Ziel, dessen „Zielerreichungsfortschritte“ auf dem Weg hin zu einem konsistenten Einordnen und Verstehen nicht zufriedenstellend sind.

Um die Ursachen und Folgen in seiner Bedeutung zu verstehen, wählen die gesunden Personen der Stichprobe dazu „passende“ spezifische Strategien der Bewältigung wie die detaillierte Erinnerung an die Situation und „Warum?“-Fragen, die sie bei Worrythemen nicht präferieren. Die erlebte Situation wird also „folgerichtig“ möglichst mit vielen Einzelheiten rekonstruiert. Diese detaillierte Erinnerung von emotional negativ besetztem „Material“ konnte bereits in der Grundlagenforschung zu Stimmung und Erinnern gefunden werden (Ochsner, vgl. Kapitel 3.1). Die Ergebnisse können so interpretiert werden, dass Personen während des Grübelns Erlebnisse von Mißerfolg und Scheitern für sich einordnen und aus vergangenen Fehlern lernen wollen. Die gefundenen Charakteristika und Strategien „passen“ sehr gut zu diesem Einordnungs- und Lernprozess: Ganz detailliert nach den Ursachen zu forschen und nach den Momenten zu suchen, in denen die Dinge noch eine andere Wendung hätten nehmen können macht eine gute Fehleranalyse aus.

Personen, die grübeln, sind dazu besonders gut motiviert: Sie halten nämlich das, worüber sie grübeln, immer noch für lösbar oder beeinflussbar. Dieser Befund ist genau gegenteilig in der Studie von Papageorgiou und Wells (1999a), hier halten die Befragten in höherem Maße die Worrygedanken für lösbar, nicht aber die ruminativen

Gedanken. Hier unterliegen grübelnde Personen eventuell einem Beurteilungsfehler; in Laboruntersuchungen wurde gezeigt, dass ruminativ gefundene Lösungen eher dürftig ausfallen, wenn sie von unabhängigen Ratern eingeschätzt werden (Lyobumirsky & Nolen-Hoeksema, 1995).

Die hauptsächlichen Themen von Personen, die Grübelgedanken haben sind: Eine Situation hätte besser verlaufen können; warum reagiere ich immer so; ich mache mir Gedanken, warum ich einsam bin. Wenn man Rumination als einen Lern- und Einordnungsvorgang ansieht, der erklären soll, warum man immer so reagiert, und dass eine Situation hätte besser ablaufen sollen, dann ist das Ergebnis dieses Prozesses relevant für die eigene Identität und das Bedürfnis nach einer „konsistenten“ Lebensgeschichte. Unter dieser Bedingung ist es sinnvoll, dass das Gelernte auch besonders gut behalten wird und man „aus Schaden klug“ wird: Aus der Grundlagenforschung weiß man, dass das gut funktioniert, wenn es sich um besonders emotional aufgeladene Erinnerungen handelt. Dieses Aufladen des „Lerninhalts“ mit Bedeutung und Affekt passiert beim Grübeln über die Schuldgefühle und eventuell über die Selbstvorwürfe (sich rügen) nach dem Motto: „Beim nächsten Mal passiert mir das nicht wieder“. Entweder muß man die Vorstellung von sich verändern („Auch ich mache mal einen großen Fehler“), oder man muß die Erinnerung über das Scheitern anders bewerten (nämlich als Fortschritt für die Selbsterkenntnis oder das „Self-Knowledge“ im Sinne des S-REF-Modells). Beides könnte über minimale Verzerrungen und Veränderungen während der erneuten Detail-Rekonstruktionen möglich werden, mit dem Ergebnis „Heute würde ich das anders machen, aber damals konnte ich einfach nicht anders“. Dann könnte das Grübeln auch beendet werden (wie es bei Martin und Tesser konzipiert ist), weil dann keine Zieldiskrepanz mehr vorliegt.

Im Vergleich zu Worry fallen vier spezifische Strategien auf, die signifikant mehr bei Rumination eingesetzt werden, um die Gedanken loszuwerden oder sie erträglicher zu machen. Gesunde Personen können in der Regel spezifische Methoden anwenden, wenn die Gedanken zu störend für die Erledigung anderer Aufgaben sind, und zu hartnäckig „im Hinterkopf“ bleiben. Es kann nur vermutet werden, ob die Strategie „sich rügen“ ebenfalls im Dienst der Selbstkontrolle steht, damit die Entscheidung zur Ablenkung besser gelingt. Es ist unklar, ob die untersuchten Personen dieses Item wirklich ausschließlich als „Strategie“-Item verstanden haben. Eine andere Erklärung wäre, dass die als schuldhaft erlebte Erinnerung, verbunden mit der Überzeugung, das

Problem wäre (damals) lösbar gewesen, mit einer inneren kritischen Bewertung einhergehen.

Rumination währt lange, die Teilnehmer sind zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt seit vier Jahren mit „ihrem“ Grübelthema beschäftigt. Erst am Ende könnte ein Erkenntnisgewinn stehen: „Ach so, deshalb mußte das Projekt scheitern...“ oder „Egal, ob mich der andere im Job überholt hat – ich möchte trotzdem nicht mit ihm tauschen.“ Bis dahin kann es aber ein langer Weg sein, da dieser Prozess offenbar nicht über das schnelle Verändern von Einstellungen möglich wird (es gelingt eben nicht, bei ruminativen Gedanken „Was kümmert mich mein Geschwätz von gestern“ zu denken). Solange dieser Einordnungsprozess andauert, wird die Person immer wieder durch repetitive Rumination mit ihren nicht erreichten Standards und Schuldgefühlen konfrontiert. Dann wird verständlich, dass verstärkt vermieden wird, ruminative Gedanken auszulösen, dass man Trigger umgeht, und dass man auch möglichst versucht, ruminative Inhalte wieder loszuwerden.

Andererseits würden die Vertreter der Suppressionstheorie die Erklärung in der Vermeidung von Rumination sehen: Weil Personen Auslöser verstärkt vermeiden, die zum Grübeln führen, und weil sie verstärkte Anstrengungen unternehmen, die Gedanken loszuwerden (über Ablenkung), wird Rumination erst intrusiv und lästig. Das wiederholte Auftreten schuldhafter Erinnerungen könnte zu noch mehr Versuchen führen, die Gedanken zu unterdrücken etc. Die Suppressionstheorie krankt daran, dass sie den Zeitabschnitt und die Richtung des Rebound-Effekts nicht empirisch gut zu belegen vermochte. Letztlich kann es ein fortlaufender Prozess sein, bei dem nicht entscheidbar sein wird, was „zuerst“ da war: Rumination oder Suppression.

Grübelnde Personen lenken sich zu einem bestimmten Zeitpunkt wieder vom Grübeln ab, und zwar mit einer anderen Tätigkeit, die viel Aufmerksamkeit verlangt. Diese Strategie ist nicht konsistent erklärbar mit dem Distaktionsstil der Response Styles Theory von Nolen-Hoeksema, da hierbei Distraction nicht als eine Strategie unter vielen betrachtet wird, die flexibel einsetzbar ist, sondern als habituellem Stil einer Person. Das Ergebnis ist eher vereinbar mit dem Zielerreichungsansatz und der Erweiterung durch Stopp-Regeln bei Martin und Tesser. Selbst wenn sich abzeichnet, dass man das Erlebte noch nicht als „erledigt“ abhaken kann, kann man aber trotzdem auch zu einem bestimmten Zeitpunkt aufhören, weiter nach Lösungen zu suchen, solange die „Richtung stimmt“, nämlich die erwartete Geschwindigkeit, in der man Fortschritte hin auf das Ziel macht. Eine andere Erklärung könnte sein, dass im Sinne des Metakognitiven Ansatzes von Mathews und Wells ein „kontrolliertes“ Grübeln

stattfindet, bei dem man zunächst den Gedanken freien Lauf läßt, diese aber zu einem bestimmten Zeitpunkt wieder unter Kontrolle bringt. Diese Kontrolle könnte, von den entsprechenden Metakognitionen angestoßen, über die Supervisory Executive Function selbstregulatorisch einsetzen.

Es ist, so zeigen es die Einschätzungen und gewählten Strategien der „gesunden“ Teilnehmerinnen und Teilnehmer, also auch zweckmäßig und stabilisierend, sich immer wieder von diesen „hartnäckigen“, störenden, die Arbeit unterbrechenden Gedanken lösen zu können. Dieses Loslassen ist jedoch mit erheblich mehr volitionalem Aufwand als bei Worry verbunden. Der Befund, dass es nicht allein genügt, sich abzulenken, sondern dass dies mit Aktivitäten geschehen muß, die die volle Konzentration erfordern, unterstreicht dies. Sich zu stoppen setzt Regeln voraus, wann man die Gedanken abbrechen darf – so gesehen, scheinen bei Rumination die Stopp-Regeln (Martin, Shrira, & Startup, 2004) eine wichtigere Rolle beim Aufhören-Können zu spielen als bei Worry. Diese Heuristiken zum Abbruch der Rumination und zum Beginn des Ablenkens sollten noch genauer untersucht werden.

Distraction ist aufgrund der vorliegenden Ergebnisse also auch *ein Teil des Grübelns* bei gesunden Personen. Dies wurde bereits bei Korntheuer (2004) gefunden. Damit wäre die Polarität zwischen habitueller Rumination oder Distraction, wie sie Nolen-Hoeksema in ihrer Konzeption vertritt, weniger gut zur Erklärung der Befunde geeignet bzw. der Ansatz würde von den vorliegenden Ergebnissen nicht empirisch bestätigt. Beides, Rumination *und* Distraction, können aufgrund der vorliegenden Ergebnisse eher als zwei zusammengehörige Prozesse aufgefaßt werden. Die untersuchten gesunden Personen können offenbar ihren Fokus verändern, und zwar einmal „nah heranzoomen“, um das Problem genau zu betrachten, und dann wieder „wegzoomen“ zu anderen Dingen, die noch mehr Aufmerksamkeit kosten als Rumination. Damit könnten diese beiden Vorgänge – die detaillierte Fehleranalyse und die Ablenkung – auch als Annäherungs-Vermeidungskonflikt verstanden werden, bei dem das „gesunde Mittelmaß“ ausbalanciert werden muß.

Mit welchen theoretischen Ansätzen können also die Ergebnisse gut erklärt werden? Hinsichtlich Worry *und* Rumination gehen die vorliegenden Befunde konform mit den Überlegungen von Segerstrom und Mitarbeitern (2000): Worry resultiert aus ungelösten Sicherheitszielen, die in der Zukunft bedroht sein könnten. Rumination findet statt als Folge ungelöster Ziele in der Vergangenheit in bezug auf das eigene Selbstverständnis (self-identity) und das Bedürfnis, Erlebtes „konsistent“ einzuordnen.

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

Damit sind Worry und Rumination selbstreflexive Momente, in denen (kognitive) Dissonanz erlebt wird, einmal in der Einschätzung vergangener schmerzlicher oder schuldhafter Ereignisse und einmal hinsichtlich einer Bedrohung, deren Eintreffen mehr oder weniger wahrscheinlich ist. In dieser Hinsicht interpretierten Watkins und Kolleginnen (2005) ihre gleichlautenden Ergebnisse zu Worry, und diese Ansicht erscheint auch aufgrund der reproduzierten vorliegenden Ergebnisse plausibel. Damit können die Ergebnisse am besten innerhalb des Modells von Martin und Tesser interpretiert werden. Das retrospektive bzw. prospektive Nachdenken über Zieldiskrepanzen lohnt sich offenbar auch um den Preis „unbehaglicher“ Gefühle. Hinsichtlich der „Form“ unterscheiden sich Worry und Rumination eher darin, wie der Fokus eingestellt wird: Eher auf „Weitwinkel“ (Worry) oder auf Details der Situation gezoomt mit der Möglichkeit zum Wechsel des „Motivs“ (Rumination).

Die Ergebnisse lassen auch die Vermutung zu, dass es sich auch bei Rumination um einen Vermeidungsprozess analog zu Worry handeln könnte, da sich Worry und Rumination nicht deutlich hinsichtlich ihrer sprachlichen oder bildhaften Konstruktion unterscheiden lassen (vgl. Watkins, 2003). Vielleicht können durch Rumination noch stärkere Schuldgefühle oder extremer Ärger vermieden werden, aber dies bleibt zunächst spekulativ. Die Grundlage für die Expositionstherapie bei Worry, die die bildliche Imagination von vage bleibenden Sorgenketten vorschreibt, bleibt damit unklar. Hier kann nur ein direkter Vergleich von depressiven Patienten bzw. Angstpatienten mit der nichtklinischen Stichprobe neue Erkenntnisse liefern.

Bei der vorliegenden Studie treten im Gegensatz zu den Ergebnissen von Papageorgiou und Wells keine Unterschiede hinsichtlich der Problemlöseanstrengungen auf. Die Unterschiede könnten durch den Altersunterschied in den Stichproben erklärbar werden. Die Vielfalt der Lebensprobleme und -erfahrung in der vorliegenden Untersuchung ist aufgrund der heterogenen Stichprobe an Personen von 18 bis über 75 Jahren wahrscheinlich größer als in einer rein studentischen Stichprobe wie in den Untersuchungen von Papageorgiou und Wells. Ältere Menschen konnten viele Probleme und Anforderungen, die die jüngeren noch vor sich haben, schon bewältigen (Ausbildung, berufliche Laufbahn, Familie). Deshalb verfügen ältere Personen wahrscheinlich über einen reicheren und differenzierteren „Schatz“ des Wissens über sich selbst („Self-Knowledge“). Damit fallen entweder bei einer älteren Stichprobe viele Probleme als bereits „gelöst“ weg, oder es kann besser

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

unterschieden werden, wo etwas veränderbar ist (im Sinne des Zielerreichungsansatzes) und wo man etwas eher akzeptieren möchte. Deshalb könnte die jüngere Studierendenstichprobe bei Papageorgiou und Wells noch mehr ihrer aktuellen Probleme als veränderbar ansehen und sie mit einer höheren kognitiven Problemlöseanstrengung (via Worry bzw. Rumination) zu verändern suchen. Weder bei Watkins et al. (2005), noch bei Hoyer et al. (2001) noch in der vorliegenden Untersuchung wurden die Befunde von Papageorgiou und Wells reproduziert. Die Annahme, dass Worry bildlich, Rumination dagegen sprachlich repräsentiert wird, wird empirisch nicht mehr gestützt. Hier könnten, falls das noch für die Absicherung der Konfrontationstherapie bei Worry nötig ist, bei der Imaginationsverfahren zentral sind, eher auf anderen Wegen Erkenntnisse gewonnen werden, z.B. über Bildgebungsverfahren. Die Ergebnisse, die in drei Studien mit Hilfe von Selbstauskunftsfragebögen erzielt wurden, belegen nicht mehr die Annahme einer unterschiedlichen Repräsentationsweise (bildlich vs. verbal) bei Worry und Rumination.

Einschränkungen: Die Aussagen zu Sorgen und Grübeln müssen mit einigen Einschränkungen interpretiert werden. Da nur nach *einem* Sorgengedanken und seiner Persistenz gefragt worden war, kann kein Rückschluss gezogen werden, wie lange andere Sorgengedanken dauern, als wie häufig sie eingeschätzt werden etc. Die Teilnehmer waren aber nach einem wiederkehrenden Gedanken gefragt worden, den sie selbst bei sich „schon öfters bemerkt haben oder der für Sie persönlich am besten zutrifft“. Die Ergebnisse beziehen sich also eher auf „core topics“ und weniger auf „daily hassles“.

Durch die Übersetzung des Fragebogens ist es möglich, dass Items nicht ganz in der von den Verfassern intendierten Bedeutung wiedergegeben wurden.

Die fehlende Skalierung des ursprünglichen Fragebogens ist insofern problematisch, als nicht gezeigt wurde, dass es sich bei den Bewertungen, Emotionen und Strategie-Items um Merkmale auf der gleichen „Ebene“ handelt. Emotionen und Bewertungen könnten z.B. bei der Aussage „Der Inhalt des Gedankens ist unangenehm“ gleichermaßen eine Rolle spielen.

Methodisch wurde auf eine Stichprobenkürzung um diejenigen Datensätze verzichtet, bei denen sich im intrasubjektiven Vergleich größere Abweichungen bei Dauer, Frequenz oder Persistenz zwischen Worry und Rumination ergeben hätten. Dieses Vorgehen wurde von Watkins et al. (2003) gewählt. Da es sich bei den Zeitangaben

Studie 2: Intrasubjektiver Vergleich zwischen Worry und Rumination in einer nichtklinischen Stichprobe

um höchst subjektive Einschätzungen handelt, wurden sie auch als solche interpretiert, und nicht als objektive Angaben. Wie man beispielweise aus den Zeitschätzungen bei Personen weiß, die nachts aus Schlaflosigkeit grübeln und sich Sorgen machen, stimmen diese Zeitangaben nicht mit den objektiven Zeitmaßen (z.B. über die wachgelegene Grübelzeit) überein (Harvey, 2002a). Deshalb wurde gänzlich darauf verzichtet, die Worry-Ruminations-Vergleiche eines Individuums nur bei solchen Datensätzen vorzunehmen, die sich hinsichtlich der Dauer etc. nicht stark unterscheiden.

Auch wenn im Vergleich zu anderen Untersuchungen die Anzahl der Studierenden bzw. Akademiker von 100% auf rund 50 % reduziert war, handelt es sich doch nicht um eine bevölkerungsrepräsentative Befragung; die Stichprobe ist neben der Verzerrung durch die Studierenden (die für die Reliabilitätsuntersuchung für zwei aufeinanderfolgende Testungen befragt wurden) zudem deutlich mittelschichtlastig. Die Ergebnisse wären wahrscheinlich zudem an einer Befragung in strukturschwachen Gebieten mit hoher Arbeitslosigkeit anders ausgefallen. Auf der anderen Seite handelte es sich bei den Befragten um hochmotivierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer, was u.a. die geringe Zahl von ausgelassenen oder uniform beantworteten Items zeigt. Dafür mußte die Einschränkung hinsichtlich der Repräsentativität in Kauf genommen werden.

Auch vor dem Hintergrund dieser einschränkenden Bedingungen haben die Befunde im Vergleich zu den sieben erörterten Studien im Theorieteil (vgl. Kapitel 2.6) hohe Aussagekraft, da hier zum ersten Mal überhaupt sowohl Frauen als auch Männer, Personen zwischen 18 und 75 Jahren und mit heterogenem familiären, Ausbildungs- und Berufshintergrund in zwei Ländern zu Worry und Rumination untersucht wurden. Letztlich gibt es wesentlich mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen Worry und Rumination bei den Personen der nichtklinischen Stichprobe. Trotzdem haben Worry und Rumination auch ein markantes unterscheidbares Profil (mit hochsignifikanten, methodisch streng abgesicherten Ergebnissen) gewonnen.

7 Studie 3: Vergleiche zwischen Worry und Rumination an einer Stichprobe von depressiven Patienten in einer multizentrischen Untersuchung

Gedankenkreisen ist eines der Hauptsymptome von Depression, es trägt zu Inaktivität und weiterer Stimmungsverschlechterung bei und ist für die Patienten, ihre Angehörigen und die behandelnden Therapeuten eines der hartnäckigsten, quälendsten Symptome der Depression (s. Kapitel 2.5 und 4.1.2). Für Patienten mit einer schweren depressiven Episode macht Grübeln oft die Hauptbeschäftigung des Tages aus und zieht sich häufig vom frühen Erwachen um vier oder fünf Uhr bis zum späten Nachmittag hin. Insofern war der Anspruch der Autorin, mit dieser Studie die Vorarbeit für weitere Analysen zur Verbesserung der Behandlung des depressiven Grübelns zu leisten.

Inwiefern ist diese Studie relevant für das Verständnis der Konzepte und der Therapie von Worry und Rumination? Die Frage ist, ob sich Worry und Rumination (auch) bei depressiven Patientinnen und Patienten unterscheiden lassen, und wenn ja, anhand welcher deskriptiven Merkmale, Emotionen, Bewertungen und Strategien? Die meisten Studien zu Worry und Rumination wurden an Extremgruppen gesunder Teilnehmer durchgeführt, in Stichproben, deren Aussagekraft oft durch die speziellen Stichproben (Studierende) limitiert war. Es gibt bislang nur eine Studie zu diesem Thema: Eine gleichzeitige Untersuchung von Worry *und* Rumination anhand qualitativ unterschiedlicher, theoretischer Merkmale an Depressiven wurde bis jetzt nur von Papageorgiou und Wells durchgeführt (Papageorgiou & Wells, 1999a). Die Stichprobengröße umfaßte 15 depressive Personen, 10 davon Frauen. Das Instrument der Untersuchung war ein Tagebuch, das nicht veröffentlicht vorliegt, und dessen Gütekriterien nicht untersucht wurden. Es wurden 17 Merkmalsdimensionen erfaßt; emotionale Aspekte oder Strategien im Umgang mit den wiederkehrenden Gedanken wurden jedoch nicht berücksichtigt. Die Untersuchung wurde im Theorieteil im Kapitel 2.6.1 dargestellt.

Hohe klinische Relevanz erhält die Frage nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Worry und Rumination durch die bisher getrennten Behandlungsformen für Worry und Rumination in der kognitiven Verhaltenstherapie für die Generalisierte Angststörung und der Depression. Diese machten es Therapeuten schwer, eine klare Behandlungsform für *gleichzeitig* auftretende Sorgen und Grübeleien bei depressiven Patientinnen und Patienten zu finden. Sorgen sollen bei der Generalisierten

Angststörung einer ausführlichen bildlichen Exposition unterzogen werden, was sich bei depressiv-suizidalen Patienten jedoch verbietet. In der Depression sollen Grübelgedanken *inhaltlich* hinsichtlich ihrer kognitiven Verzerrungen hinterfragt werden, oder es soll der *Prozess* depressiven Grübelns unterbrochen und wieder einer bewußten Kontrolle, z.B. über geplantes Grübeln, unterstellt werden. Eine Überprüfung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Grübeln und Sich-Sorgen-machen könnte dazu beitragen, wissenschaftlich fundierte Behandlungsformen zu entwickeln und zu überprüfen, inwieweit sich Behandlungselemente, z.B. der Generalisierten Angststörung, in die Behandlung des depressiven Grübelns integrieren lassen und umgekehrt. Dazu wurden, wie bereits in Kapitel 4.1.4 dargestellt, neue Therapieansätze entwickelt, die versuchen, bestimmte (aufrechterhaltende) Aspekte der Worry- und Ruminationsprozesse wie die Identifikation mit den Gedanken oder Metakognitionen zu verändern. Darüberhinaus könnte ein genaueres Wissen über die Verknüpfungen zwischen Worry und Rumination unter einer transdiagnostischen Perspektive beispielsweise für das Gedankenkreisen bei der Komorbidität von Angststörungen und Depression, bei Posttraumatischer Belastungsstörung und Insomnie hilfreich sein.

7.1 Fragestellung und Hypothesen

Anhand welcher Merkmale lassen sich Worry und Rumination unterscheiden, bzw. welche Merkmale weisen Überschneidungen bei Personen mit unipolarer Depression auf? Dazu wird, wie in der Studie 2, der von der Autorin übersetzte Cognitive Intrusions Questionnaire (Freeston et al., 1992b) eingesetzt. Die Methodologie stammt von Watkins (Watkins et al., 2005) bzw. ursprünglich von Langlois (Langlois et al., 2000a).

Die Hypothesen wurden aufgrund der wenigen Vorbefunde eher vorsichtig formuliert. Es wurde vermutet, dass sich Worry und Rumination in erster Linie hinsichtlich des Zeitbezugs unterscheiden lassen. Der Zeitbezug war in der Untersuchung von Papageorgiou et al. (Papageorgiou & Wells, 1999a) als eines der „harten“ Kriterien nach der Signifikanzüberprüfung übriggeblieben. Es wurde also angenommen, dass Worry auf die Zukunft bezogen wird, und Rumination auf die Vergangenheit.

Für die klinische Stichprobe der depressiven Personen wurden die gleichen Hypothesen H1 bis H8 formuliert, wie sie auch für die gesunde Stichprobe angenommen worden waren.

Höhere Mittelwerte für *Worry* im Vergleich zu *Rumination* sollten folgende Items aufweisen:

- zukunftsbezogener Inhalt
- Persistenz in Jahren
- unangenehmer Inhalt
- beunruhigender Inhalt
- Gefühl der Besorgnis
- Gefühl der Unsicherheit

Höhere Werte für *Rumination* im Vergleich zu *Worry* wurden postuliert für die Items

- vergangenheitsbezogener Inhalt
- Realitätsbezug des Problems

Für die anderen 45 Merkmalsdimensionen wurden keine gerichteten Hypothesen formuliert. Es wurde angenommen, dass depressive Personen hinsichtlich dieser 45 übrigen Merkmale nicht zwischen *Rumination*- und *Worrygedanken* unterscheiden.

Diese Merkmale betreffen beispielsweise begleitende Emotionen wie Traurigkeit und Schuldgefühle, Bewertungen zur Kontrollierbarkeit der Gedanken und Lösbarkeit der Probleme, sowie die Strategien, die im Umgang mit den wiederkehrenden Gedanken gewählt werden. Die 45 nichtgerichteten Hypothesen sind bereits ebenfalls in Studie 2 (Abschnitt 6.1) ausführlich dargestellt.

7.2 Methodenteil

Im folgenden Kapitel werden zunächst das Untersuchungsdesign (7.2.1) und die Instrumente der Untersuchung dargestellt, gefolgt von einer Darstellung der Stichprobenkonstruktion (7.2.3) und der Vorbereitung und Durchführung der Untersuchung (7.2.4) bei der multizentrischen Erhebung der depressiven Patientinnen und Patienten. Abschließend werden noch Angaben zur Datenanalyse gemacht.

7.2.1 Untersuchungsdesign

Bei der nachfolgenden empirischen Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsanalyse von *Worry* und *Rumination* bei depressiven Patienten in einer multizentrischen Studie. Qualitative und quantitative Merkmalsausprägungen von *Worry* und *Rumination* werden mit einem Selbstauskunftsfragebogen von depressiven

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

Patientinnen und Patienten gewonnen. Die Patienten sollen sowohl nach dem Diagnoseschlüssel des in Kliniken gängigen ICD-10 erfaßt als auch per standardisiertem Interview nochmals eigenständig nach dem (für wissenschaftliche Studien gebräuchlichen) Diagnoseschlüssel des DSM-IV-TR diagnostiziert werden. Es werden dann - wie in Studie 2 – zunächst die Daten auf Themengleichheit überprüft, wobei gleichzeitig ein inhaltlicher Überblick über die Sorgen- und Grübelthemen depressiver Patienten gegeben werden soll. Im Anschluß daran werden intraindividuelle Vergleiche zwischen Worry- und Ruminationsmerkmalen anhand dieser persönlich formulierten Sorgen- und Grübelthemen mit den entsprechenden statistischen Verfahren und Korrekturen vorgenommen. Das methodische Vorgehen folgt der Untersuchung von Worry und Rumination an einer nichtklinischen Stichprobe von Watkins (Watkins et al., 2005).

7.2.2 Instrumente

Die Teilnehmer der klinischen Stichprobe wurden mit den gleichen Instrumenten wie die Teilnehmer der nichtklinischen Stichprobe befragt. Sie erhielten ein Fragebogenet, bestehend aus den deutschen Fassungen des Beck Depressions Inventars, des Beck Angst Inventars, der Ruminative Response Scale, des Worry Domains Questionnaire und des Cognitive Intrusions Questionnaire. Die verwendeten Instrumente, ihre teilweise Übersetzung und die Bewertung hinsichtlich der Gütekriterien wurden vorab in Studie 1 dargestellt. Die Fragebögen können im Anhang eingesehen werden.

Die Fragebögen werden überblicksartig in den nachfolgenden Tabellen aufgelistet. Der erste Tabellenteil (7-01) umfasst die unabhängigen Variablen, der zweite Teil (7-02) die abhängigen Variablen.

Tabelle 7-01: Erster Teil des Fragebogensets

Fragebogen	Ziel	englische Fassung	deutsche Fassung
Informationsblatt zur Studie und Einverständniserklärung	Einhalten wissenschaftlicher Richtlinien zur Information der Teilnehmer	(Watkins et al., 2005)	diese Arbeit
Instruktion zum Code	Anonyme Zuordnung zu t2		diese Arbeit
Psychosoziale Daten	Beschreibung der Stichprobe; Erhebung und Kontrolle möglicher Einflussgrößen		diese Arbeit
Visuelle Analogskala zur aktuellen Stimmung	Erfassung der subjektiv wahrgenommenen momentanen Stimmung		diese Arbeit
Beck Depressions Inventar	Erfassung von Symptomen der Depression	(Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), (Beck et al., 1979)	(Hautzinger et al., 1994)
Beck Angst Inventar	Erfassung von Angstsymptomen	(Beck et al., 1988)	(Margraf & Ehlers, i.V.)

In der nachfolgenden Tabelle 7-02 ist wiederum der „sandwichartige“ Aufbau des zweiten Teils des Fragebogens dargestellt.

Tabelle 7-02: Zweiter Teil des Fragebogensets

Fragebogen	Ziel	englische Fassung	deutsche Fassung
Rumination Response Scale	Erfassung eines Grübelthemas	(Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) „Set of ruminative thought items“: (Watkins et al., 2005)	diese Arbeit
Cognitive Intrusions Questionnaire	Beschreibung der Gedanken, Emotionen, Bewertungen, Strategien, Qualität der Strategien	(Freeston et al., 1992b); „Set of worry-Items“ Modifikation des CIQ durch Watkins et al. (Watkins et al., 2005)	diese Arbeit
Worry Domains Questionnaire	Erfassung eines Sorgenthemas	(Tallis et al., 1992): Erfassung von Sorgenthemen und Ausmaß der Sorgen	(Stöber, 1995); Kurzform: (Stöber & Joormann, 2001)
Cognitive Intrusions Questionnaire	Beschreibung der Gedanken, Emotionen, Bewertung, Strategien, Qualität der Strategien	(Freeston et al., 1992b); „Set of worry-Items“ Modifikation durch Watkins et al. (Watkins et al., 2005)	diese Arbeit

Aus dem Ruminationsfragebogen „Rumination Response Scale“ und aus dem Sorgenfragebogen „Worry Domains Questionnaire“ sollten die Teilnehmer je ein persönliches Thema wiederkehrender Gedanken auswählen. Dabei wurde nicht erwähnt, dass ein Fragebogen als Sorgen- und der andere als Ruminationsfragebogen konzipiert worden war. Die Instruktion bei beiden Fragebögen war: *„1. Bitte lesen Sie die folgende Liste der wiederkehrenden Gedanken vollständig durch. 2. Wählen Sie den einen Gedanken, den Sie bei sich schon öfters bemerkt haben oder der für Sie am besten zutrifft. 3. Bitte beschreiben Sie kurz diesen Gedanken so, wie er für sie zutrifft.“*

Die Probanden wurden gebeten, diese beiden Gedanken anschließend anhand des Cognitive Intrusions Questionnaires hinsichtlich der abhängigen Variablen (deskriptive Variablen, Emotionen, Bewertungen und Strategien) auf einer 1-9-Likert-Skala einzuschätzen. Die Patientinnen erhielten schriftlich mehrmals die Instruktion, bei diesem einen ausgewählten Gedanken zu bleiben und sich aktiv an ihn zu erinnern,

wenn sie ihren persönlichen wiederkehrenden Gedanken anhand des Cognitive Intrusions Questionnaire einschätzen sollten.

7.2.3 Stichprobenkonstruktion

Die klinische Stichprobe bestand aus Männern und Frauen mit unipolarer Depression und dysthymen Störung, die sich zum Zeitpunkt der Teilnahme in akuten oder abklingenden Stadien der Erkrankung befanden. Die Teilnehmer wurden sowohl nach dem ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2000) als auch nach dem DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003) diagnostiziert. Deshalb werden in der folgenden Übersicht die Ein- und Ausschlußkriterien nach beiden Diagnoseschlüsseln angegeben.

Nach dem ICD-10 wurden eingeschlossen:

F 32 depressive Episode (bei schwerer Episode: ohne psychotische Symptome)
F 33 rezidivierende depressive Episoden (ohne psychotische Symptome)
F 34.1 Dysthymia

Ausschlusskriterien waren die Hauptdiagnosen:

F 31.4 bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressiv
F 42 Zwangsstörung
F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F 44 dissoziative Störungen
F 45 somatoforme Störungen
F 48 sonstige neurotische Störungen
F 5-Diagnosen: Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen etc.
F 60-F 69 Persönlichkeitsstörungen
F1-Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Generell keine Untersuchung erfolgte bei:

Intelligenzminderung
Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Nach dem DSM-IV-TR wurden eingeschlossen:

296.2 Major Depression, Einzelne Episode (ohne psychotische Merkmale)
296.3 Major Depression, Rezidivierend (ohne psychotische Merkmale)
300.4 Dysthyme Störung

Ausschlusskriterien waren folgende Primärdiagnosen:

Bipolare Störungen
Zwangsstörung
Akute Belastungsstörung
Posttraumatische Belastungsstörung

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

Anpassungsstörung
Konversionsstörung
Somatoforme Störungen
Depersonalisationsstörung
Essstörungen
Schlafstörungen
Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen
Persönlichkeitsstörungen
Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

Generell keine Untersuchung erfolgte bei folgenden Diagnosen:

geistige Behinderung
Schizophrenie und andere psychotische Störungen

Die Liste mit den Ein- und Ausschlusskriterien wurde in einem Informationsblatt den Ärzten und Psychologen der jeweiligen Klinik bzw. Station gegeben. Diese wurden gebeten, der Studienleiterin dann Patientinnen und Patienten mit Depression für eine mögliche Teilnahme vorzuschlagen. Im Bezirksklinikum Bayreuth konnten die Patienten von zwei Depressionsstationen für die Teilnahme an der Untersuchung rekrutiert werden. Bei den Patienten der übrigen drei der fünf Kliniken handelt es sich ebenfalls um vorselektierte Stichproben, da Ärzte oder Therapeuten die in Frage kommenden Patientinnen und Patienten über die Studie informierten und für eine Teilnahme vorschlugen. Im Gegensatz dazu konnte die Studienleiterin in der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg anhand der Neuaufnahmen in allen stationären und teilstationären Bereichen direkt auf die Patienten zugehen.

Die Diagnosestellung war vorab in der Regel durch die jeweiligen behandelnden Stationsärztinnen oder -ärzte nach dem in deutschen Kliniken üblichen Diagnosemanual ICD-10, Kapitel V (F) erfolgt. Die teilnehmenden Probanden der klinischen Stichprobe sollten jedoch zusätzlich von einem zweiten Beurteiler mit einem standardisierten Interviewverfahren diagnostiziert werden. Die diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR wurden von der Untersucherin und den an der Studie mitarbeitenden Diplompsychologinnen und -psychologen über ein standardisiertes Interviewverfahren, das sogenannte Mini-DIPS (Margraf, 1994), ermittelt. Das Mini-DIPS ist eine Kurzform des umfangreichen Diagnostischen Inventars für Psychische Störungen. Dieses Interview dauerte ca. 30 bis 45 Minuten.

Die Diagnosestellung war also nicht unabhängig voneinander, weil es aus organisatorischen Gründen nicht möglich war, die Untersucher „blind“ zu halten, z.B. da die Psychologen die Patienten bereits in der entsprechenden Abteilung aufsuchten

(z.B. Depressionsstation) oder wußten, dass die Patienten von den Ärzten oder Bezugstherapeuten aufgrund der Diagnose Depression zur Teilnahme vorgeschlagen worden waren.

7.2.4 Untersuchungsdurchführung

Die Durchführung der Untersuchung wurde zunächst in den beteiligten Kliniken und Abteilungen vorbereitet und organisiert, parallel dazu fanden ausführliche Schulungen der Untersucher durch die Studienleiterin statt. Die „eigentliche“ Durchführung der Befragung bei depressiven Patientinnen und Patienten wird im letzten Abschnitt dargestellt.

7.2.4.1 Vorbereitung der Durchführung

Vor der eigentlichen Durchführung in sechs Kliniken fanden zunächst Vorgespräche mit Klinikleitung, Oberärzten und Leitenden Psychologen, dem Stationspersonal und den beteiligten Psychotherapeuten statt. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Relevanz des Themas verdeutlicht, jedoch keine Hypothesen dargestellt wurden. Die Untersuchungen fanden mit Patientinnen und Patienten in folgenden Kliniken und Abteilungen statt:

Tabelle 7-03: Teilnehmende Zentren

Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg:	Patienten der Tagesklinik, offenen Station, beschützten Stationen, der psychiatrischen Institutsambulanz und der Privatstation
Bezirkskrankenhaus Erlangen; Gerontopsychiatrisches Zentrum der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum am Europakanal:	Patienten der gerontopsychiatrischen Abteilung und gerontopsychiatrischen Tagesklinik
Frankenalb-Klinik Engelthal; Fachklinik für Psychiatrie, Suchtrehabilitation und Psychotherapie	Ambulanzpatienten
Bezirkskrankenhaus Bayreuth; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie:	Patienten einer geschlossenen und einer offenen Depressionsstation
Klinikum Staffelstein; Psychosomatische Klinik; Zentrum für verhaltenstherapeutische Medizin Nordbayern:	Patienten einer psychosomatischen, offenen Abteilung
Klinikum Nürnberg Nord; Klinik für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin:	Patienten einer psychosomatischen Tagesklinik

7.2.4.2 Vorbereitung und Training der Untersucher

Die Befragungen wurden vorwiegend von Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen in Ausbildung zu Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt. Alle Untersucherinnen und Untersucher erhielten vorab ein ausführliches Training. So wurden zunächst Rekrutierungsgespräche vorbereitet, danach wurden die Psychologinnen und Psychologen mit dem Fragebogen und seiner Durchführung vertraut gemacht. Jeder Untersucher sollte zunächst für sich den Fragebogen ausfüllen und auftretende Schwierigkeiten bei der Bearbeitung notieren. Diese wurden anschließend im Rollenspiel auf die Patientensituation übertragen und der Umgang mit diesen Problemen verbindlich eingeübt. Hierbei bereitete die Studienleiterin die Untersucher auf die Besonderheiten bei der Befragung von Patienten mit Depressionen vor. So wurde z.B. der Umgang mit Konzentrationsstörungen und kritischen Situationen (z.B. eine Patientin äußert „nebenbei“ Suizidgedanken) erörtert, und die Beantwortung von Patientenfragen eingeübt. Zudem waren durch die Durchführung einer Vorstudie und die Selbstanwendung des Fragebogens bereits kritische Items, die zu Nachfragen führten, identifiziert worden. Diese Items wurden in ihrem

Bedeutungsgehalt geklärt, um Bedeutungsverschiebungen bei verschiedenen Untersuchern vorzubeugen.

Außerdem erhielten die Untersucher durch die Studienleiterin ein mehrstündiges Training zur Durchführung des Mini-DIPS, das unter anderem die intensive Beschäftigung mit dem Manual, Rollenspiele zu Interviewsituationen und gemeinsame Auswertung von Interviewdaten beinhaltet. Besonderes Augenmerk wurde auf Übungen zu einer verlässlichen Diagnosestellung gelegt. Die Arbeit der Untersucher wurde während der gesamten Studie durch die Untersuchungsleiterin supervidiert.

7.2.4.3 Untersuchungsdurchführung

In Frage kommende Patienten wurden in den ersten Tagen ihres Aufenthaltes angesprochen, ob sie an einer Studienteilnahme interessiert seien. Die Information zur Teilnahme an der Studie erhielten die Patienten entweder in einer Stationsbesprechung zusammen mit der Leitenden Psychologin und dem Oberarzt (Bezirksklinikum Bayreuth), in der Oberarztvisite (Bezirksklinikum Erlangen, Klinikum Nürnberg Nord), oder über die beteiligten Psychotherapeuten oder Stationsärzte (Frankenalb Klinik, Klinikum Staffelstein, Bezirksklinikum Erlangen, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik der Universität Erlangen). Im Gespräch wurden die Patienten über Zweck und Ablauf der Studie informiert, sowie über die Freiwilligkeit der Teilnahme und Datenschutzregelungen. Danach konnten sie entscheiden, ob sie an der Studie teilnehmen wollten, wenn gewünscht auch nach einer vereinbarten Bedenkzeit. Für die Rekrutierungsgespräche war ein Zeitaufwand von 5-15 Minuten veranschlagt.

Für die Erstbefragung wurden mit jedem Patienten normalerweise zwei Termine in der gleichen Woche vereinbart: einer für die Durchführung des Mini-DIPS und ein weiterer Termin für das Fragebogenset selbst. Die Befragung mit dem Mini-DIPS dauerte dabei durchschnittlich 30-45 Minuten, wobei die Durchführungszeit je nach Komorbidität und Kommunikationsgewohnheiten des Probanden zwischen 20 Minuten und 1,5 Stunden variierte. Der Ablauf der Untersuchung folgte den im Manual dargestellten Richtlinien.

Den Fragebogen füllten die Probanden in der Regel gemeinsam mit ihrem Untersucher bzw. ihrer Untersucherin aus, auf Wunsch wurde ihnen jedoch auch die Gelegenheit gegeben, den Fragebogen alleine zu bearbeiten. Die depressiven Patienten wurden analog zum ersten Studienteil gebeten, jeweils einen Worry- und einen Ruminationsgedanken (ohne dass dies explizit so benannt worden war) hinsichtlich

deskriptiver Merkmale, begleitender Emotionen, Bewertungen und Strategien einzuschätzen. Die Methodik ist unter Punkt 6.2.2 genau beschrieben. Bei der gemeinsamen Bearbeitung gab die Untersucherin für den Patienten die schriftliche Durchführungsanleitung noch einmal in mündlicher Form wieder. Während des Ausfüllens stand sie für Rückfragen zur Verfügung und wirkte, wenn nötig, motivierend und verstärkend auf den Probanden ein. Den Patienten wurde außerdem regelmäßig vorgeschlagen, an geeigneten Stellen des Fragebogens eine kurze Pause einzulegen. Für sehr stark belastete Patienten bestand auch die Möglichkeit, die Befragung auf zwei oder drei aufeinander folgende Tage zu verteilen. Es gab sehr vereinzelt Fälle, bei denen sich die Bearbeitung des Fragebogens als eine zu große Anforderung für den Patienten herausstellte. Dann wirkte die Untersucherin auf einen Abbruch der Befragung hin, und zwar so, dass der Proband das Beenden der Befragung nicht in Selbstwert schädigender Weise attribuierte. Zudem informierte sie das Stationspersonal.

Die teilnehmenden Patienten konnten auf Wunsch eine zusätzliche Einverständniserklärung abgeben. Die Ansprechpartner bzw. Bezugstherapeutinnen und -therapeuten in den teilnehmenden Kliniken erhielten in diesem Fall nach Beendigung der Untersuchung von der Studienleiterin einen Kurzbericht über die Ergebnisse des BDI, BAI, über die Dauer des Grübelns bzw. Sich-Sorgen-machens sowie über auffallende Merkmale, z.B. dysfunktionale Bewertungen und Strategien.

Die Bearbeitungszeit für den Fragebogen betrug in der Regel 45-60 Minuten, wobei sie je nach Arbeitstempo und Beeinträchtigungsgrad der Probanden zwischen 45 Minuten und 2,5 Stunden lag. Beendet wurde die Untersuchungssitzung jeweils mit einem kurzen Gespräch zum Befinden des Patienten und alltäglichen Themen, um den Probanden den Ausstieg aus den Sorgen- und Grübelthemen zu erleichtern. Außerdem wurden die Patientinnen und Patienten instruiert, sich anschließend eine Pause oder eine ablenkende angenehme Aktivität zu gönnen.

7.2.5 Dateneingabe und Datenverarbeitung

Um eine möglichst gute Auswertungsobjektivität zu gewährleisten, war für die Editierung der Daten von Herrn Dipl.-Psych. M. Rammrath, Frau Dipl.-Psych. C. Glückler und der Verfasserin ein Manual erarbeitet worden (vgl. nichtklinische Stichprobe). Die Daten wurden von verschiedenen Personen eingegeben und auf Fehleingaben kontrolliert. Die Dateneingabe erhielten eine ausführliche Einführung in die Editierregeln, das heißt, wie die Fragebogendaten in die Eingabemaske des SPSS

zu übertragen waren. Fragliche Punkte wurden notiert und mit der Studienleiterin geklärt. Die Datenverarbeitung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 14. bzw 15 (Statistical Programme for the Social Sciences).

7.2.6 Auswertungsmethode

Die statistische Auswertung für die intraindividuellen Vergleiche von Worry und Rumination bei der klinischen Stichprobe erfolgte entsprechend des ersten Studienteiles durch Einzelitemvergleiche mittels t-Tests für abhängige Stichproben. Die Korrektur des Signifikanzniveaus wurde wiederum nach Bonferroni-Simes (Simes, 1986) durchgeführt. Die Auswertung nach Themengleichheit wurde so vorgenommen, dass die Fragebögen einzeln nach den gewählten vorgegeben Themen und nach den individuell formulierten wiederkehrenden Gedanken durchgesehen und diese notiert wurden. Dann wurde von zwei Psychologiestudierenden unabhängig voneinander nach dieser Auflistung eine Einschätzung nach Themengleichheit oder –ungleichheit vorgenommen. Geplant war auch eine Bestimmung der Interraterreliabilität. Anschließend erfolgte eine prozentuale Berechnung der Anteile gleicher bzw. unterschiedlicher Themen von Worry und Rumination einer Person.

7.3 Ergebnisse

Zunächst werden die Kennzeichen der klinischen Stichprobe beschrieben. Im Anschluß folgen die Voranalysen hinsichtlich der Themengleichheit bei Worry und Rumination, die gleichzeitig eine Übersicht über die Sorgen- und Grübelthemen bei einer großen Stichprobe depressiver Patienten darstellen. Es folgen allgemeine Ergebnisse zur Dauer und Häufigkeit, zu Triggern und emotionalen Begleiterscheinungen von Sich-Sorgen-machen und Grübeln. Im letzten Teil werden die Ergebnisse des Vergleichs der 53 Merkmale zwischen Worry und Rumination dargestellt und hinsichtlich der aufgestellten Hypothesen erörtert.

7.3.1 Beschreibung der klinischen Stichprobe

Die klinische Stichprobe umfasst 104 Patienten mit der Diagnose Major Depression. Aus welchen Einrichtungen stammen die teilnehmenden Patienten? Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten wurden in der Psychiatrischen und Psychotherapeutische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg befragt. Es konnten Patientinnen und

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

Patienten aller teilstationären und stationären Bereiche eingeschlossen werden, wobei die Tagesklinik mit 16 % den größten Anteil ausmacht.

Die nächstgrößere Stichprobe mit 18 % der Patienten konnte im Bezirksklinikum Bayreuth rekrutiert werden, gefolgt vom Klinikum Staffelstein (7% der Patienten). Aus den anderen drei Kliniken wurden jeweils nur 2 bzw. 3 Personen in die Studie eingeschlossen. Die teilnehmenden Kliniken wurden bereits in der Tabelle 7-03 ausführlich aufgeführt.

Tabelle 7-04: Anteil der depressiven Patienten aus den einzelnen Zentren

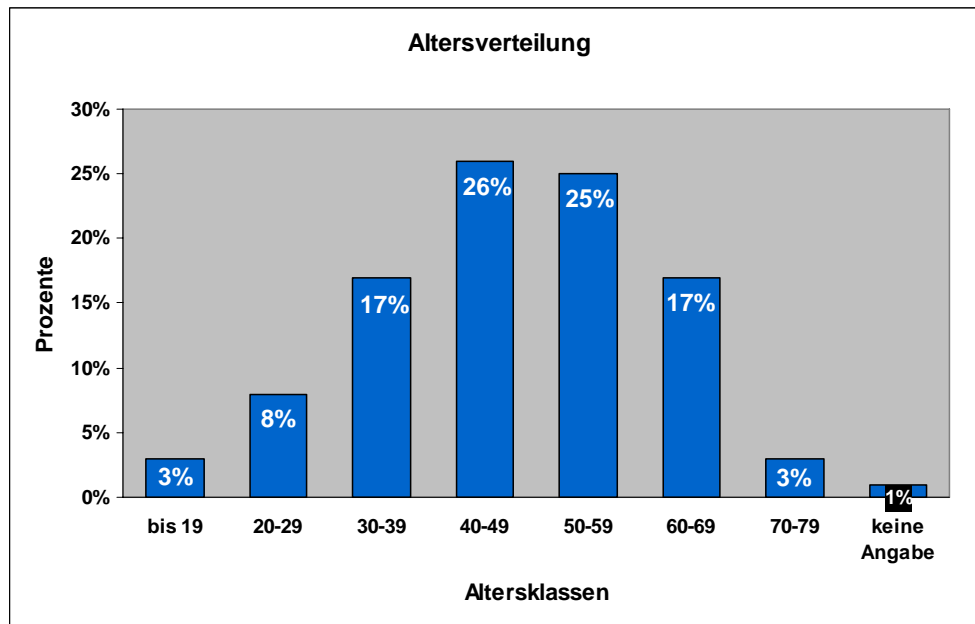
Zentren /Abteilungen	Anzahl der Patienten	Prozentualer Anteil
Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg	71	68,1
Tagesklinik	17	16,3
Beschützte Männerstation	10	9,6
Beschützte Frauenstation	7	6,7
Offene Station	14	13,5
Privatstation	12	11,5
Ambulanz	11	10,5
Bezirksklinikum Erlangen	3	2,9
Klinikum Engelthal	2	1,9
Nürnberg Nord	2	1,9
Bezirksklinikum Bayreuth	19	18,3
Staffelstein	7	6,7
Gesamt	104	100,0

Wie ist die „depressive“ Stichprobe hinsichtlich Geschlecht, Alter, Ausbildungsstand und anderer sozioökonomischer Daten charakterisiert?

Geschlechtsverteilung. Es nahmen 58 Frauen und 46 Männer an der Studie teil. Der Frauenanteil liegt prozentual bei 56%, so dass das Geschlechterverhältnis als relativ ausgeglichen betrachtet werden kann.

Altersverteilung. Die Probanden mit Major Depression verteilen sich, wie Abbildung 7-01 verdeutlicht, über sieben Altersklassen. Die Mehrzahl der Untersuchten fällt zu gleichen Teilen in die Altersklassen der 40-49 Jährigen (26%) und der 50-59 Jährigen (25%). Je 17% der Befragten gehören zur Altersklasse zwischen 30 und 39 Jahren bzw. in die Altersklasse der 60-69 Jährigen. Die Gruppe der Patienten zwischen 20 und 29 umfasst 8% der Stichprobe. Sehr junge Untersuchungsteilnehmer (bis 19 Jahre) und sehr alte Probanden (über 79 Jahre) machen je 3% der Befragten aus. Von 1% der Teilnehmer fehlt die Altersangabe.

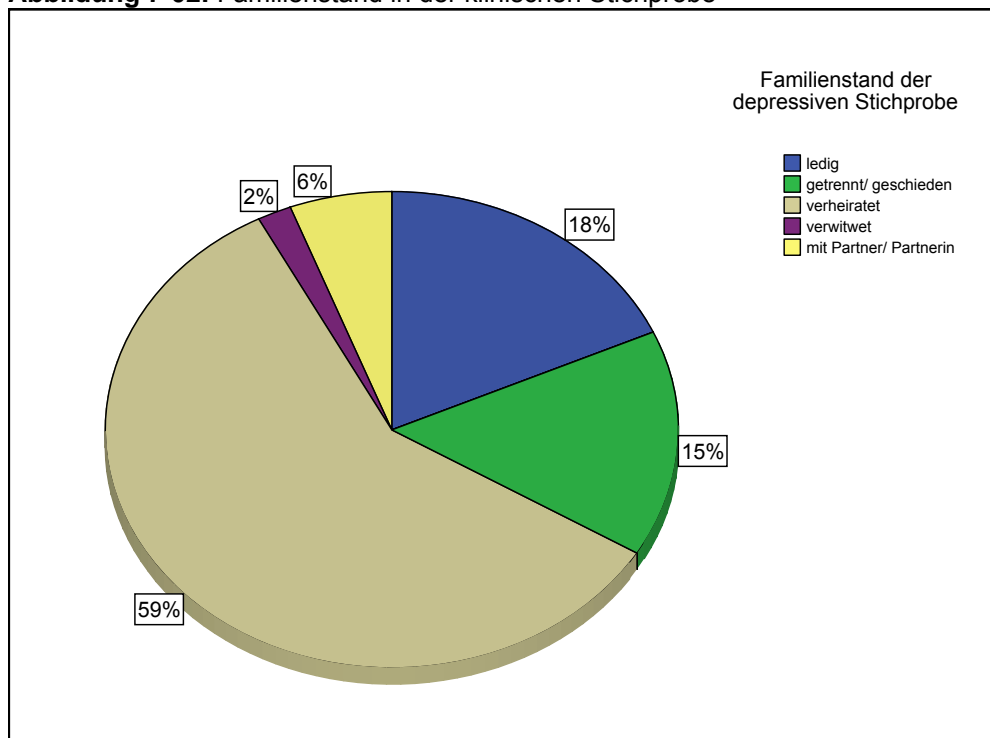
Abbildung 7-01: Altersverteilung in der klinischen Stichprobe



Familienstand und Kinder. Der Großteil der Befragten (59%) gab an, verheiratet zu sein, oder einen Partner zu haben (6%). Als Single leben 18% der Patienten, 15% sind geschieden oder von ihren Partnern getrennt. Verwitwet sind 2% der Befragten.

Die Mehrzahl der untersuchten Patienten (58%) hat Kinder. In einem knappen Drittel der Fälle (30%) haben die Befragten zwei Kinder, 16% haben ein Kind und 11% drei Kinder. Ein Proband gab an, vier Kinder zu haben. Keine Angaben zur Kinderzahl machten 6% der Untersuchten.

Abbildung 7-02: Familienstand in der klinischen Stichprobe

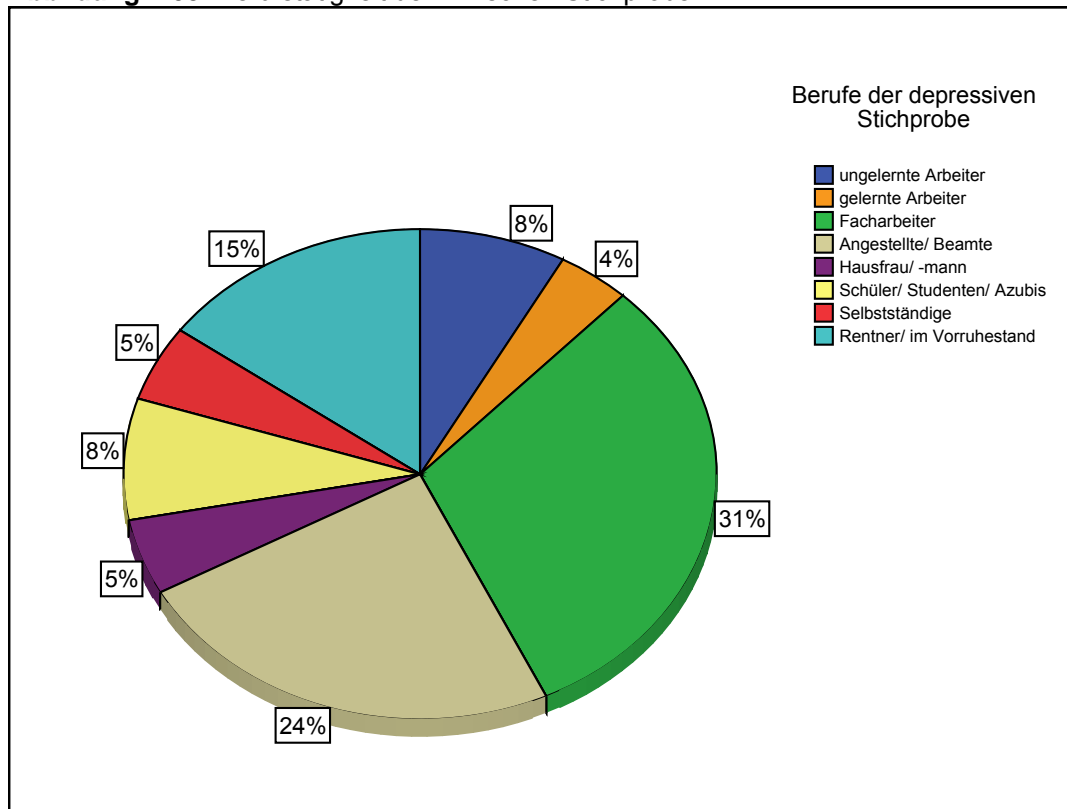


Ausbildungsniveau. Das Bildungsniveau ist in der depressiven Stichprobe relativ ausgeglichen verteilt. Knapp über ein Drittel der Befragten (36%) hat einen gymnasialen Bildungsabschluss, 19% der Patienten verfügen über die Mittlere Reife und 44% haben die Hauptschule absolviert. Die Quote der fehlenden Werte lag bei 1%. Auch vom Ausbildungsniveau her gestaltet sich die Stichprobe heterogen, so dass keine Verzerrungen aufgrund des Bildungsgrades zu befürchten sind. 38% der Untersuchten geben an, eine Lehre abgeschlossen zu haben. Ein Studium an einer Universität oder Fachhochschule haben 31% der Probanden absolviert. 11% verfügen über einen anderen Bildungsabschluss z.B. von einer Berufsakademie. Keine Angaben zu ihrem Ausbildungsabschluss machen 21 % der Befragten.

Berufstätigkeit. Knapp die Hälfte der Stichprobe (45%) ist nicht berufstätig. Ganztags arbeiten 40% der Probanden, in Teilzeit sind 15% der Befragten beschäftigt. Weniger als 1% der Befragten machte keine Angaben zur Berufstätigkeit.

Wie Abbildung 7-03 zeigt, gab von den 96% der Teilnehmer, die Angaben zu ihrem Beruf machten, beinahe ein Drittel (31 %) an, als Facharbeiter oder Angestellter tätig zu sein. Als Beamte bzw. höhere Angestellte stufen sich 24 % der Probanden ein, 15% gaben an, berentet zu sein. Je 8 % der Teilnehmer, welche Angaben zum Beruf machten, waren ungelernte Arbeiter oder Studenten, der Anteil gelernter Arbeiter lag bei 4%, und als weitere kleine Untergruppen sind mit je 5% Selbstständige und Hausfrauen bzw. Hausmänner in der Stichprobe zu finden. Keine Angaben zu ihrem Ausbildungsstand machten 4% der Teilnehmer.

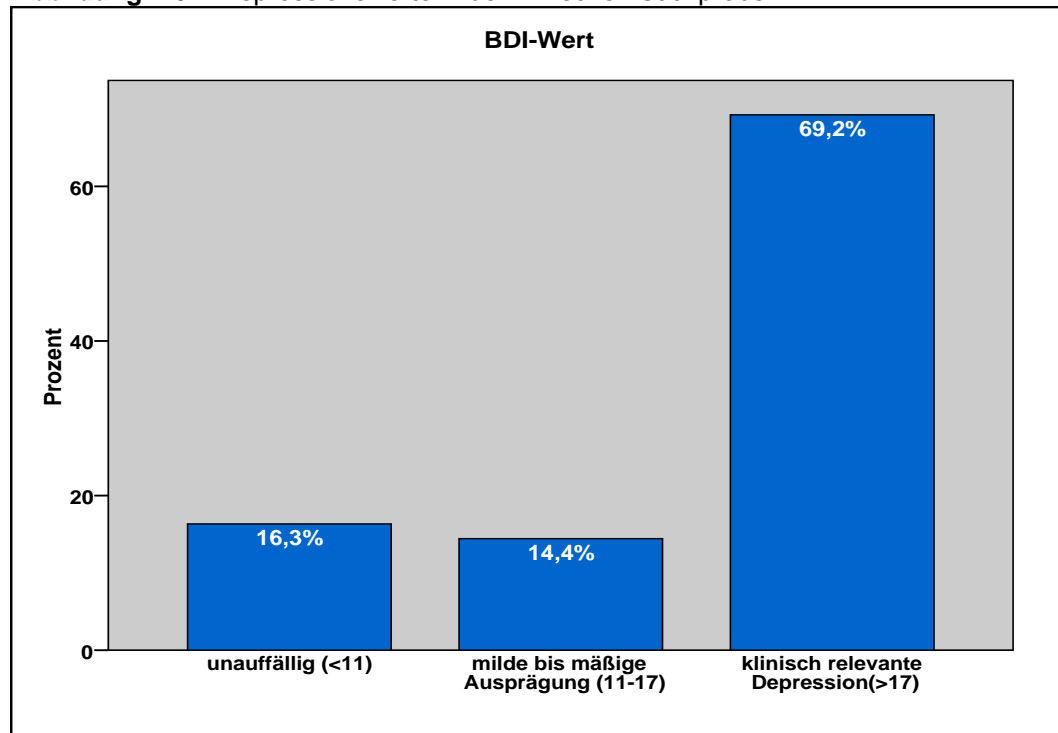
Abbildung 7-03: Berufstätigkeit der klinischen Stichprobe



7.3.2 Werte hinsichtlich Depressivität, Angst und Stimmung

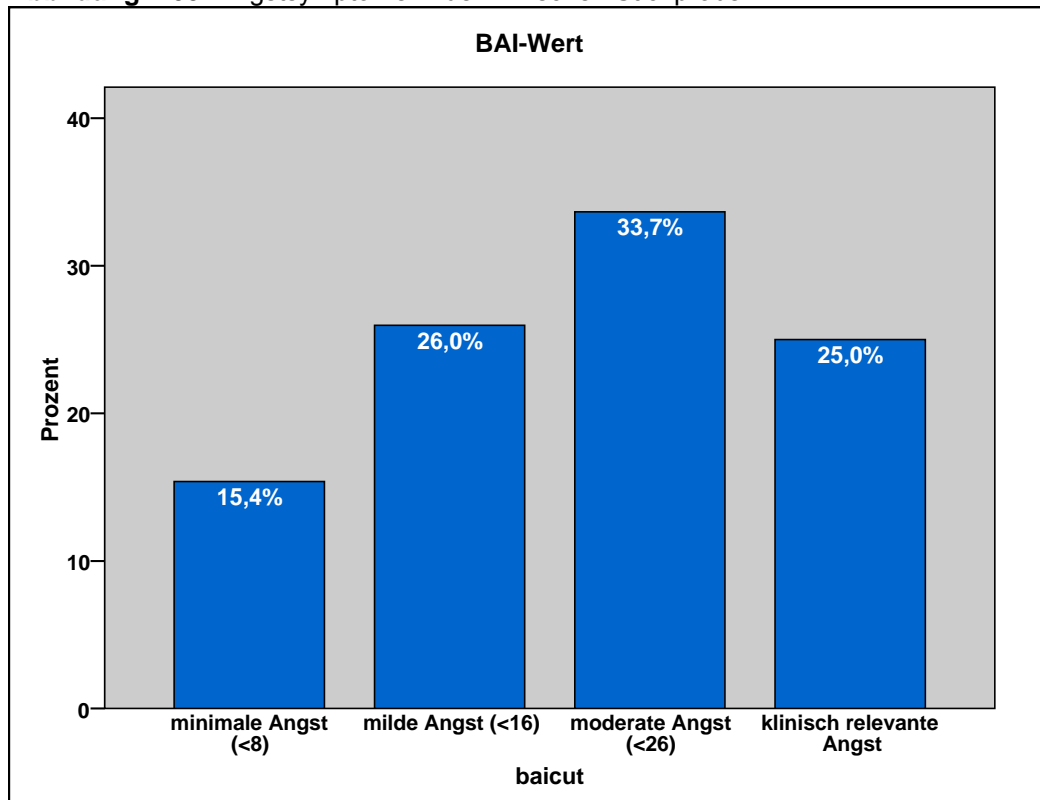
Welchen Ausprägungsgrad haben Angst- und Depressionssymptome? Im folgenden Abschnitt werden die Depressions- und Angstwerte sowie die Einschätzung der aktuellen Stimmung der Stichprobe der depressiven Studienteilnehmer beschrieben.

Abbildung 7-04: Depressionswerte in der klinischen Stichprobe



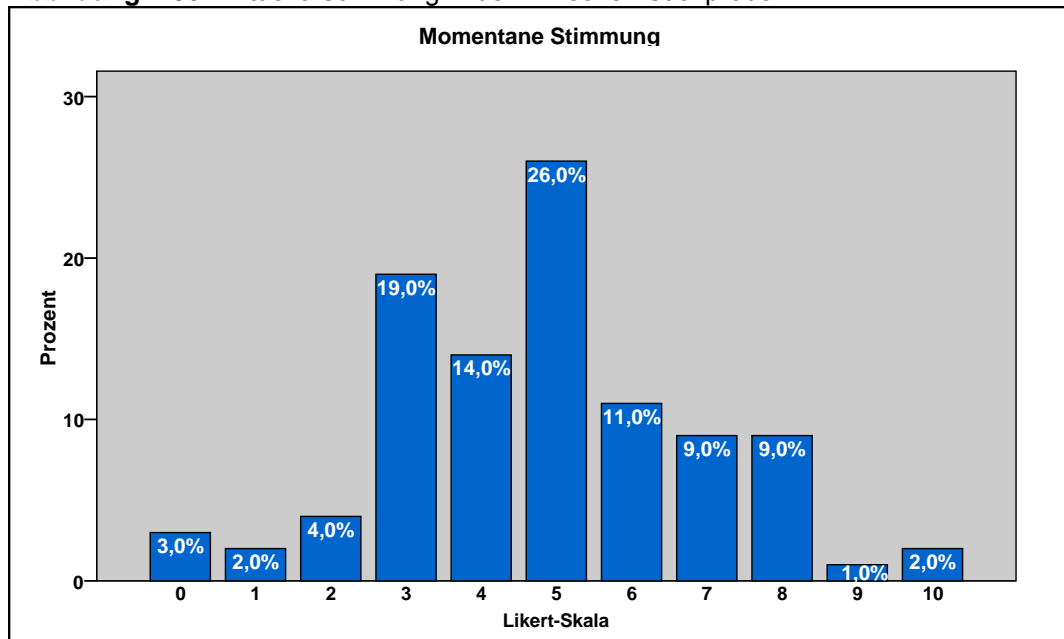
Die klinische Stichprobe weist einen Mittelwert von 22,23 im Beck Depressions Inventar auf (SD=10,7). 69,2 % der Probanden weisen klinisch relevante Werte im BDI von über 17 auf, das heißt, rund 70% der Befragten „haben“ noch depressive Symptome, die einer klinischen Ausprägung der Major Depression entsprechen. 14,4 % der Befragten geben eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome an, mit Werten zwischen 11 und 17 Punkten. 16,3 % der Teilnehmer bezeichnen ihre Symptome in den letzten sieben Tagen als so wenig auffällig, dass sie unter die als unauffällig geltende Schwelle von 11 Punkten zu liegen kommen.

Abbildung 7-05: Angstsymptome in der klinischen Stichprobe



Die depressive Stichprobe ist durch ein mittleres Ausmaß an Angstsymptomen belastet: Der Mittelwert liegt bei 18,74 (SD 10,82), d.h. im Bereich der „moderaten“ Angst. Die größte Gruppe der Patienten, nämlich 33,7 %, geben moderate Angstsymptome an. Immerhin ein Viertel der Teilnehmer stufen ihre Angstsymptome als sehr stark ein bzw. erleben relativ viele Angstsymptome, so dass sie Werte über 26 im Beck Angstinventar erreichen, was eine klinisch relevante Angststörung charakterisiert. Wiederum etwa ein Viertel der Patienten, nämlich 26,0 % geben milde Angstsymptome an, während ein Fünftel (15,4%) nur minimale Angstsymptome aufweist.

Abbildung 7-06: Aktuelle Stimmung in der klinischen Stichprobe



Die Teilnehmer der depressiven Stichprobe beschreiben ihre aktuelle Stimmung zum Zeitpunkt der Befragung eher als mittelmäßig bis schlecht. Der Mittelwert liegt leicht unter dem Durchschnitt bei 4,87, die Standardabweichung beträgt 2,10. Die Verteilung ist leicht rechtsschief. Insgesamt 42 % der Patienten beschreiben ihre aktuelle Stimmung zum Zeitpunkt der Befragung als sehr schlecht („0“) bis unterdurchschnittlich schlecht („4“); der größte Anteil der Befragten (26%) gibt eine mittelmäßige Stimmung an („5“). Bei 32 % der Patienten liegt sie zwischen dem Wert „6“ und „10“, dem bestem Wert. Auffallend ist die Zahl der extrem schlechten Stimmungswerte zum Zeitpunkt der Fragebogenbearbeitung. Immerhin sind jedoch auch 2 % sehr guter Stimmung.

7.3.3 Angaben zur Komorbidität

In der folgenden Übersicht wird die Stichprobe der depressiven Patienten hinsichtlich weiterer diagnostizierter psychischer Störungen charakterisiert. Die Prozentangaben wurden aufgrund der geringen Personenzahlen nur für die Störungskategorien (z.B. Persönlichkeitsstörungen) und nicht für die einzelnen Störungen (z.B. Borderline) angegeben.

Tabelle 7-05: Auftreten von komorbiden Störungen in der depressiven Stichprobe

Komorbide Störungen	Häufigkeit	Prozent
Angststörungen	13	12,5
Agoraphobie ohne Panikstörung	2	
Panikstörung mit Agoraphobie	1	
Soziale Phobie	4	
Spezifische Phobie	1	
Panikstörung ohne Agoraphobie	3	
Generalisierte Angststörung	2	
Zwangsstörung	1	1,0
Somatoforme Störungen	4	3,8
Dysthyme Störung	6	5,7
Störungen durch Alkoholkonsum	7	6,7
Störungen im Zusammenhang mit anderen psychotropen Substanzen	2	1,9
Persönlichkeitsstörungen	4	3,8
Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	2	
Borderline Persönlichkeitsstörung	1	
Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung	1	
Esstörungen	1	1,0
Anzahl der komorbiden Störungen insgesamt	38	36,5

Bei insgesamt 36,5% der 104 Patientinnen und Patienten wurde gleichzeitig zur Diagnose der Major Depression eine weitere psychische Störung festgestellt, wobei jeweils die Depression zum aktuellen Zeitpunkt der Befragung im Vordergrund stand. Körperliche Diagnosen anderer Art (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen) wurden nicht für die Studie dokumentiert.

Bei 12,5% wurde gleichzeitig mit der Major Depression eine Angststörung diagnostiziert, Störungen durch Alkoholkonsum waren mit 6,7% die zweitgrößte Gruppe komorbider Erkrankungen. Eine dysthyme Störung wurde bei 5,7% der Patienten zusätzlich zur Depression diagnostiziert. Andere Störungen traten in sehr geringem Umfang auf. Das bedeutet, dass es sich bei der erfassten Stichprobe um eine relativ typische Stichprobe depressiver Patienten handelt; z.B. sind die Komorbiditätsraten mit den Angststörungen von rund 13% und von mit Alkohol assoziierten Störungen von rund 7% im psychiatrischen Kontext üblich.

7.3.4 Voralysen zur Themengleichheit

Wie bei den nichtklinischen Probanden wurden auch in der klinischen Stichprobe die gewählten Worry- und Ruminationsthemen einer Überprüfung auf Themengleichheit unterzogen. Die Absicht war es, dem Vorgehen von Watkins et al. (2005) zu folgen, und vor einem Vergleich der Konzepte von Worry und Rumination die womöglich

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

„gleichen“ Themen festzuhalten. Bei einer zu großen Anzahl an „gleichen Gedanken“ wären die Vergleiche zu Worry und Rumination womöglich in Frage zu stellen.

Die Worry- bzw. Ruminationsthemen wurden bei der gesamten Stichprobe der 104 Patienten aufgrund der persönlichen Formulierungen stichwortartig zusammengefasst und stellen schon an sich eine detaillierte Beschreibung der persönlichen wiederkehrenden Gedanken dar. Damit können in späteren Studien auch Inhaltsanalysen und –vergleiche vorgenommen werden. Mit der folgenden Übersicht wird dokumentiert, dass die Patienten mit Depression je ein persönliches Worry- und Ruminationsthema gewählt hatten; die Überprüfung auf Themengleichheit kann somit nachvollzogen werden.

Zur Lesart der tabellarischen Themenübersicht: Die Ziffern links vom Thema bezeichnen die gewählte Itemnummer im Fragebogen, z.B. wählte Patient 1 das Worryitem 1: „Ich mache mir Gedanken (oder sehe bildlich vor mir), dass mein Geld nicht reicht.“ Dieses Thema hielt der Patient nochmals in eigenen Worten fest („*Angst vor Geldverlust*“). Als Ruminationsthema wählte er das Item 16 „Ich mache mir Gedanken darüber (oder sehe bildlich vor mir), warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte.“ Dieses Thema beschrieb er oder sie nochmals mit eigenen Worten „*Hätte gerne Meisterprüfung abgelegt, bin aber zu instabil.*“

Wurde das Thema im Worry Domains Questionnaire bzw. im Ruminative Response Scale *nicht* persönlich beschrieben, so wurde dies zur besseren Erkennung grau unterlegt. In der rechten Spalte finden sich die Urteile der beiden Personen, die die Themen auf Gleichheit bzw. Ungleichheit einschätzen sollten.

Tabelle 7-06: Worry- und Ruminationsthemen in der depressiven Stichprobe

Pat	Worry		Rumination		Thema gleich(G)/ungleich(U)
1	1	Angst vor Geldverlust	16	Hätte gerne Meisterprüfung abgelegt, bin aber zu instabil	U
2	10	Angst wg. Rechnungen, zu wenig eingehende Aufträge	16	Trotz Planung schlechtere Ergebnisse, Vermischung und Anhäufung von Einzelproblemen	U
3	24	Menschen in der 3. Welt verhungern	9	Warum ich immer so reagiere	U
4	2	Dass ich nicht selbstsicher bin	11	Wie sehr ich mich über mich selbst ärgere	U
5	5	Ich wollte eine intakte Familie. Dieses Ziel erscheint mit zunehmendem Alter immer weiter entfernt	6	Es fällt mit schwer, mich zu irgendetwas aufzuraffen	U
6	12	Eigenes Tun ist sinnlos, andere sind oft besser	13	Warum hat sich Frau getrennt, Vorwürfe, Schuldgefühle	U
7	16	Steuererklärung erst nach Mahnung abgegeben	4	Passiv und unmotiviert wegen Leiden an Depression	U
8	12	Dass mein Leben keinen Sinn hat	14	Dass der Suizidversuch letzte Woche nicht erfolgreich war	U
9	15	Dass es mir schwer fällt, eine feste Beziehung aufrechtzuerhalten	11	Fehler in der Vergangenheit, die heute bereut werden	U
10	1	Versagensangst, Neues im Beruf	4	Als Familienvater nicht genug für die Familie da	U
11	17	Dass ich nicht genügend Zuversicht habe	4	Wie passiv und unmotiviert ich mich fühle	U
12	3	Nach 3jähriger Arbeitslosigkeit wird es immer schwieriger, beruflich Fuß zu fassen	1	Ich fühle mich aufgrund der Erkrankung isoliert und merke dass ich allein verantwortlich bin, um mit den Anforderungen in meinem Leben zurecht zu kommen	U
13	27	Mir gefällt das Gesellschaftssystem nicht, viele inter- und intrakulturelle Konflikte, ich will	16	Warum bin ich so handlungs- und entscheidungsunfähig?	U

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

		aus der Menschheit austreten			
14	27	Warum sich die Menschen auf der Welt schlecht behandeln	5	Warum Gefühle wie Freude und Trauer zu einem Einheitsgefühl werden	U
15	4	Warum meine Mutter in mir immer das sehen will, was ich nicht bin	7	Ich habe vor den Kollegen und der Arbeit Angst, jeder sieht mir an, dass ich nichts taue	U
16	6	Dass ich meine Ziele nie erreichen werde	4	Wie passiv und unmotiviert ich mich fühle	U
17	18	Angst vor Unattraktivität	11	Ärger, weil unrealistische Ängste nicht weggehen	U
18	2	Kann für Wünsche nicht eintreten, ich bekomme nicht, was ich mir gewünscht habe	1	Zuhause ist keiner zum Reden da	U
19	1	Dass mein Geld nicht reicht	7	Dass ich nicht fähig sein werde, meine Arbeit zu machen kann, weil ich mich so schlecht fühle	U
20	5	Gedanken kehren wieder, will sie loslassen	16	Krankheit / Tod, alles kehrt immer wieder	U
21	17	Ich kann nicht glauben, dass ich wieder ein normales Leben haben werde	1	Obwohl ich viel Hilfe angeboten bekomme, muss ich letztlich allein die Depression aushalten und es liegt an mir wieder rauszukommen	U
22	1	Dass Familie nicht mehr ernährt werden kann	7	Keine Konzentration, kein Wissen über aktuelle Fähigkeiten	U
23	12	Stelle mir vor, dass Befürchtungen wahr sind und Leben wirklich keinen Sinn hat	16	Warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte	U
24	21	Keiner mag mich, bin Last für andere	1	Warum lassen mich alle im Stich, keiner ist für mich da, wo ich doch jetzt dringend jemanden brauche	G
25	12	Seit Jugend immer wieder Therapie, werde ich je im Leben zurecht kommen?	6	Keine Lust auf Dinge, die mir sonst Freude machten	U
26	3	Meine Ausbildung und Erfahrung sind	7	Keine Kraft um mich aufzuraffen zu arbeiten	U

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

		nicht mehr gefragt			
27	6	Wenn ich jetzt heimginge, würde ich Arbeit nicht schaffen	3	Keine Konzentration, kann nicht denken	U
28	8	Sorge, dass ich mir kein Auto mehr leisten kann	7	Angst nicht mehr zu schaffen, was ich einst geschafft habe	U
29	23	Büße geistige Fähigkeiten ein, streng mit mir, wenn ich Fehler mache	15	Gedankenfehler, fühle mich nicht vollwertig, so kann und will ich nicht leben	G/U
30	1	Angst, dass ohne Geld das Haus verkauft werden muss	8	Traurig, weil allein in Klinik, ohne Familie	U
31	17	Dass ich nicht genügend Zuversicht habe	13	Warum bin ich depressiv und konnte es nicht verhindern?	U
32	17	Keine Zuversicht, dass es mit der Depression aufwärts geht	10	Auseinandersetzungen mit Kindern - Was hätte anders sein sollen, bin ich irgendwann alleine?	U
33	28	Gesundheitssystem verändert sich nicht positiv	9	Warum ich mir krank machende Gedanken vor Augen führe	U
34	1	Angst, dass es finanziell noch enger wird, weil noch ein Kredit aufgenommen werden musste	10	Bei Geschwistern um Hilfe gerufen, keiner war da	U
35	12	Kann mein Leben nicht mehr so leben wie ich gerne möchte	7	Warum kann ich kein normales Leben führen?	G
36	6	Mir wird alles schnell zuviel, keine Konzentration mehr	7	Angst, dass ich nichts mehr schaffe, gereizt, müde, nicht belastungsfähig	G
37	17	Wie geht alles weiter im Hinblick auf Umzug, Gesundheit,...	17	Umzug überfordert mich kräftemäßig, Frage wohin?	G
38	3	Kann nicht arbeiten, was ich gelernt habe	13	Warum ist der Autounfall passiert?	U
39	16	Es wäre so viel Schriftverkehr zu erledigen, geht derzeit nicht	2	Warum muss ich mich so oft hinlegen?	U

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

40	18	Dass ich unattraktiv bin	16	Warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte	U
41	13	Warum bin ich nicht fleißig genug?	4	Fühle mich schlapp, zu nichts Lust, warum?	U
42	12	Dass mein Leben vielleicht keinen Sinn hat, kann ich mir gut vorstellen	16	Enttäuscht von meiner ersten Frau	U
43	15	Dass es mir schwer fällt, eine feste Beziehung aufrechtzuerhalten	9	Warum ich immer so reagiere	G
44	28	Bibel: Die Menschen schreiten vom Schlechten zum Schlimmeren...	3	Wie schwierig es ist, sich zu konzentrieren	U
45	21	Dass sich keiner für mich interessiert; wenn ich mich nicht melde, werde ich vergessen	1	Mache mir Gedanken, dass ich mich oft sehr einsam fühle, auch in Gesellschaft	G
46	11	Dass meine Lebensbedingungen unzulänglich sind	7	Dass ich nicht fähig sein werde, meine Arbeit zu machen kann, weil ich mich so schlecht fühle	U
47	5	Mut fehlt, in meinem Leben in die richtige Richtung zu gehen	7	Dass ich mein Leben nicht bewältigen, meine Kinder nicht richtig großziehen kann, alles zuviel, Angst und Unruhe	U
48	3	Wegen Krankheit Studium unterbrochen – Berufsaussichten?	11	Ärger, weil ich mich mit Essen tröste	U
49	3	Dass meine Berufsaussichten nicht gut sind	3	Wie schwierig es ist, sich zu konzentrieren	U
50	1	Wie soll es nach Behandlung weiter gehen? Mein Beruf aussichtslos...	7	Werde nicht fähig sein, meine Arbeit zu machen, weil ich zu schnell schlapp bin, zuviel machen will	G
51	17	Keine positive Vorstellung von der Zukunft, unsicher und ängstlich	16	Enttäuschung / Unsicherheit / Frustration über den Verlauf meines Lebens	U
52	6	Druck in der Arbeit, wenig Zeit	11	Ärger darüber, nicht rechtzeitig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Schwer für	U

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

				Familie	
53	24	Arme Menschen in der 3. Welt werden ein großes Problem in den nächsten Jahrzehnten werden	4	Antrieb aktiv zu werden fehlt	U
54	10	Kann trotz guter Einkünfte Kosten aus Vergangenheit nicht bezahlen	4	Keine Energie um mich aufzuraffen	U
55	12	Keine Ziele, Einsamkeit, Ereignislosigkeit...	4	Warum bin ich so, wie kann ich es ändern?	U
56	6	Angst, wegen Krankheit berufliche Mindestverpflichtung nicht zu schaffen	7	Vielfältige Anforderungen, schnell erschöpft, keine Zeit zur Erholung, lange Entscheidungszeiten	G
57	6	Welche Arbeit mache ich nach dem Krankenhaus in meiner Firma?	17	Wie sieht mein zukünftiges Leben aus?	G
58	12	Dass mein Leben vielleicht keinen Sinn hat, weil ich mich nur noch um mich selbst drehe, nichts zum Wohle der Gesellschaft beitrage	1	Dass dieses Alleinsein immer unerträglicher wird, dass ich Angst habe, dass alle Kontakte abreißen und ich verblöde	U
59	5	Dass ich meine Ziele nie erreichen werde	9	Schlucke Probleme runter, habe Angst verlassen zu werden, wenn ich sie rauslasse	U
60	12	Ich merke nichts von meinem Leben	16	Warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte	G
61	18	Ich bin nicht attraktiv genug für eine Partnerin	1	Dass ich nicht attraktiv für eine Partnerin bin	G
62	2	Dass ich nicht selbstsicher bin	3	Konzentration auf bestimmte Themen bei Unterhaltung schwer	U
63	17	Beruflich die zehn besten Jahre unwiederbringlich verloren, kann Ziele nicht mehr erreichen	16	Vergangenheit: zu viele Weichen falsch gestellt, daher heutige Situation	G
64	24	Millionen hungern und uns geht es zu gut	3	Schwer zu konzentrieren, weil es mir nicht gut geht	U
65	2	Bin unsicher, finde	16	Kopfschmerzen nagen	U

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

		nicht die richtigen Worte um Meinungen auszudrücken		immer, keine Konzentration	
66	6	Zu langsam und unmotiviert für Arbeitswelt	7	Situationen, die ich nicht verstanden habe, während alle um mich herum es verstanden haben	U
67	16	Dass ich Arbeit liegen lasse	4	Wie passiv und unmotiviert ich mich fühle	G
68	2	Kann mich nicht durchsetzen, immer Angst vor Übervorteilung	12	Warum treffe ich immer die falsche Entscheidung?	U
69	1	Hartz IV ist zu wenig, um damit zurecht zu kommen	1	Wie allein ich mich fühle	U
70	9	Unsicher, weil unklar wie es weitergehen soll, vielleicht wird es nicht mehr besser?	7	Nicht mehr so aktiv wie früher	U
71	12	Leben sinnlos, weil ich keine Lebensfreude empfinde	1	Wie allein ich mich fühle	U
72	12	Immer gleiche Tätigkeiten, kein schöner Beruf, nur für andere da... sinnlos.	8	Warum ich so oft weine, so bin wie ich bin, seelisch schwach	U
73	21	Dass ich nicht geliebt werde	1	Wie allein ich mich fühle	G
74	12	Dass mein Leben vielleicht keinen Sinn hat	4	Wie passiv und unmotiviert ich mich fühle	U
75	24	Millionen hungern, bei Bildern darüber immer wütend und traurig, hilflos	7	Bei finanzieller Not – Was wird aus Zukunft der Söhne?	U
76	9	In vielen Bereichen unerträgliche Unsicherheit	17	Schlimme Hautprobleme im Gesicht, unerträglich	U
77	17	Dass ich nicht genügend Zuversicht habe; habe Angst, wieder so sehr krank zu werden	13	Warum mir das passiert ist, weil ich wieder krank geworden bin?	U
78	3	Weil es mir zu anstrengend ist (Beruf)	16	Warum mein Leben nicht läuft wie ich es möchte	U
79	12	Ärger mit Familie,	1	Keine Unterstützung	U

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

		Sorgen mit erwachsenen Kindern		durch Angehörige	
80	15	Dass es mir schwer fällt, eine feste Beziehung aufrechtzuerhalten	1	Wie allein ich mich fühle	G
81	9	Kann nichts, bin hässlich, anderen im Weg, bekomme Leben nicht auf die Reihe	16	Warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte	G
82	1	Ohne Arbeit kein Geld oder nur sehr wenig	17	40 Dienstjahre; fürchte, nach Krankheit keinen geeigneten Arbeitsplatz zu bekommen	U
83	3	Kann ich den Anforderungen genügen?	10	Berufliche Anforderungen konnten nicht bewältigt werden	G
84	12	Dass mein Leben vielleicht keinen Sinn hat	3	Wie schwierig es ist, sich zu konzentrieren	U
85	17	Dass ich nicht genügend Zuversicht habe	4	Wie passiv und unmotiviert ich mich fühle	U
86	27	Welt wäre viel schöner, wenn sich alle Menschen gut behandeln würden	11	Ärger, weil ich alles tue, was andere von mir wollen	U
87	1	Existenzverlust	2	Gliederschmerzen und Müdigkeit	U
88	24	Westlicher Überfluss müsste der 3. Welt zu Gute kommen	11	Lesen und Schreiben klappt so schlecht - Ärger	U
89	4	Familie akzeptiert Krankheit nicht, sieht sie als Taktik	5	Empfinde keine Freude, keine Gefühlsregung anderen gegenüber	U
90	14	Arbeitsleistung wird nicht anerkannt, keiner merkt, dass ich nicht da bin	5	Dass es mir so vorkommt, als ob ich gar nichts mehr fühle	U
91	9	Meine Finanzen könnten nicht ausreichen	16	Kein Entkommen aus dem Teufelskreis	U
92	3	Einstellung älterer Arbeitnehmer, schlechte Chancen im Berufsleben	17	Ausstieg aus dem Arbeitsleben	G
93	5	Bin Versager, werde Ziele nie erreichen	1	Wenn andere ihre Zuneigung äußern, dann kann ich es nicht glauben	U

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

94	5	Vergesslichkeit, durch Depression, kann nicht mehr für meine Finanzierung sorgen	4	Unzufrieden mit Übergewicht, Vergesslichkeit, sehe schwarz für die Zukunft	U
95	9	Bei Zukunftsplänen überwältigt mich gelegentlich der Druck	7	Der Wille war da, aber es ging trotzdem nicht	U
96	5	Ich mache mir Sorgen um meine Zukunft in der Arbeitswelt, um meine schulische Laufbahn	17	Familienprobleme: in meiner Familie werden keine Gefühle zugelassen	U
97	21	Dass ich nicht geliebt werde weil ich minderwertig bin, Legastheniker, beruflich, Bildung	1	Ich fühle mich leer	U
98	6	Ich schaffe es nicht, die Schüler so zu unterrichten, dass sie Spaß am Unterricht haben	7	Ich habe Angst, dass ich mit den Schülern gar nicht mehr zurecht komme, weil ich das Verhalten oft nicht verstehe	U
99	9	Ich kann mein Denken nicht ordnen, das macht mich sehr unsicher	5	Ich empfinde eine Taubheit meiner Gefühle	U
100	6	Dass ich meinen Job verliere und meine Familie nicht ernähren kann	7	Ich fühle mich unruhig und kann mich nicht richtig konzentrieren, bin müde	U
101	16	Aufgrund von Schmerzen kann ich mein Arbeitspensum nicht bewältigen	6	Keine Motivation irgendetwas zu tun	U
102	1	Zu wenig Geld um mir meine Wünsche zu erfüllen	3	Warum brauche ich länger als früher, um Lernstoff aufzunehmen?	U
103	17	Schwere Krankheit, werde nicht mehr gesund, Mann wird alleine zurückbleiben und ist hilflos, wenn ich tot bin	7	Angst vor Kribbeln, Lähmung, Rollstuhl, davor, keine Arbeit mehr machen können	U
104	27	Dass sich auf der ganzen Welt Menschen gegenseitig schlecht behandeln	16	Warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte	U

7.3.5 Ergebnisse der Voranalysen zur Themengleichheit

Die meisten befragten Patienten, nämlich 75 % der Teilnehmer, formulierten ihren „eigenen“ Sorgengedanken und schrieben diesen nieder. 11,5% drückten einen der beiden Gedanken in eigenen Worten aus, und 13,5% schrieben keinen der persönlichen wiederkehrenden Gedanken nieder.

Tabelle 7-07: Individuelle Beschreibungen von Worry und Ruminationsgedanken

Persönlich formulierte Themen	Anzahl	Prozent
Beide Themen	78	75
Ein Thema	12	11,5
Kein Thema	14	13,5
Gesamt	104	100

Um zu kontrollieren, inwiefern Überschneidungen zwischen den Konstrukten Worry und Rumination daraus resultieren könnten, dass Probanden in beiden Fragebogenteilen inhaltlich vergleichbare Gedanken bewerten, beurteilten zwei Studentinnen der Psychologie unabhängig voneinander, ob der ausgewählte Worry- und der ausgewählte Grübelgedanke thematisch unterschiedlich waren. Nur bei 1% der 104 Probanden (Patient Nr. 29) waren die Beurteilerinnen unterschiedlicher Ansicht über die Ähnlichkeit oder Unterschiedlichkeit des Gedankens.

Die Ergebnisse des Ratings zeigten, dass 85 Patienten (82%) unterschiedliche Gedanken bei beiden Themenlisten angaben. 19 Patienten (18%) beschrieben denselben oder einen inhaltlich ähnlichen intrusiven Gedanken. Der Anteil der als sehr ähnlich oder gleich geschätzten Themen liegt mit 18% höher als der in der nichtklinischen Stichprobe, wo er 11% betrug. Deshalb wurde überprüft, ob der höhere Prozentsatz an Themengleichheit den Konstruktvergleich beeinflusst. Der unter Ausschluss dieser 19 Probanden wiederholte Einzelitemvergleich mittels t-Tests erbrachte jedoch keine veränderten Ergebnisse für den Vergleich der Konstrukte Worry und Rumination. Die 19 Probanden mit dem als „gleich“ bewerteten Thema wurden deshalb nicht aus den weiteren Berechnungen ausgeschlossen.

7.3.6 Analysen zur Themenwahl bei der depressiven und nicht depressiven Stichprobe

Um die späteren Ergebnisse zum Konzeptvergleich gut beurteilen zu können, sollten die folgenden Fragen vorab beantwortet werden: Unterscheiden sich depressive Patienten von der gesunden Stichprobe hinsichtlich der gewählten Sorgen- und Grübelthemen? Im Folgenden sind die einzelnen Fragen und ihre Berechnungen angegeben. Eine Gesamtübersicht über die gewählten Themen beider Stichproben ist am Ende dieses Abschnitts tabellarisch dargestellt.

1. Unterscheiden sich depressive Patienten (n=104) von der gesunden Stichprobe (n=391) hinsichtlich der Sorgenthemen?

Zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Worrythemen wurden Chi²-Tests zur Signifikanzprüfung der statistischen Unabhängigkeit berechnet. Wo sich eine geringere Gesamtzahl von 495 Fällen (391 bzw. 104 Personen) ergibt, ist dies vereinzelt fehlenden Werten zuzurechnen.

Tabelle 7-08: Sorgengedanken der depressiven PatientInnen (n=104) und der gesunden Stichprobe (inklusive Studierende) (n=391) (Chi²-Tests zur Signifikanzprüfung der statistischen Unabhängigkeit)

Skala des „Set of Worry Items“	Gedanke aus dem Bereich ausgewählt	Depressive	%	Gesunde	%	Chi ²	df	Asym p. Sig. (2-seitig)
		n		n				
Beziehungen	Ja	11	10.7	51	13.1	.426	1	.514
	Nein	92	89.3	339	86.9			
Selbstvertrauen	Ja	22	21.4	85	21.8	.009	1	.924
	Nein	81	78.6	305	78.2			
Finanzen	Ja	15	15.6	61	14.6	.073	1	.788
	Nein	88	85.4	329	84.4			
Arbeit	Ja	17	16.5	79	20.3	.731	1	.392
	Nein	86	83.5	311	79.7			
Sozio-Politik	Ja	10	9.7	55	14.1	1.374	1	.241
	Nein	93	90.3	335	85.9			
Zukunft	Ja	28	27.2	59	15.1	8.149	1	.004* *a
	Nein	75	72.8	331	84.9			

Signifikanzangaben: **: p<0,01; a: signifikant nach der Bonferroni-Korrektur (kritisches Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur: alpha = 0,008)

Ergebnisse:

Die Personen der depressiven Stichprobe wählten signifikant häufiger als die der gesunden Stichprobe einen Sorgengedanken aus dem Bereich „Zukunft“ aus.

2. Unterscheiden sich depressive Patienten (n=104) von der gesunden Stichprobe (n=391) hinsichtlich der Grübelthemen?

Zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Ruminationsthemen wurden Chi²-Tests zur Signifikanzprüfung der statistischen Unabhängigkeit berechnet. Wo sich eine geringere Gesamtzahl von 495 Fällen (391 bzw. 104 Personen) ergibt, ist dies vereinzelt fehlenden Werten zuzurechnen.

Tabelle 7-09: Grübelgedanken der depressiven PatientInnen (n=104) und der gesunden Stichprobe (inklusive Studierende) (n=391) (Chi²-Tests zur Signifikanzprüfung der statistischen Unabhängigkeit)

Grübelgedanken des „Set of Ruminative Thought Items“	Gedanke ausgewählt	Depressive		Gesunde		Chi ²	df	Asymp. Sig. (2-seitig)
		n	%	n	%			
1. Einsamkeit	Ja	14	13,6	40	10,3	0,913	1	0,339
	Nein	89	86,4	349	89,7			
2. Müde	Ja	2	1,9	17	4,4	1,294	1	0,255
	Nein	101	98,1	372	95,6			
3. Konzentration	Ja	7	6,8	23	5,9	0,111	1	0,739
	Nein	96	93,2	366	94,1			
4. Passiv, unmotiviert	Ja	11	10,7	35	9,0	0,272	1	0,602
	Nein	92	89,3	354	91,0			
5. Gar nichts fühlen	Ja	3	2,9	3	0,8	3,100	1	0,078
	Nein	10	97,1	386	99,2			
6. Nach gar nichts zumute	Ja	3	2,9	7	1,8	0,507	1	0,477
	Nein	100	97,1	382	98,2			
7. Schlecht fühlen	Ja	19	18,4	6	1,5	48,248	1	0,000*** a
	Nein	84	81,6	383	98,5			
8. Traurig	Ja	2	1,9	9	2,3	0,052	1	0,820
	Nein	101	98,1	380	97,7			
9. warum ich so reagiere	Ja	4	3,8	39	10,0	3,852	1	0,050*
	Nein	99	96,1	350	90,0			
10. Situation hätte besser laufen sollen	Ja	3	2,9	41	10,5	5,818	1	0,016**
	Nein	100	97,1	348	89,5			
11. Über mich ärgern	Ja	6	5,8	36	9,3	1,227	1	0,268
	Nein	97	94,2	353	90,7			
12. etwas schief gelaufen	Ja	1	1,0	20	5,1	3,466	1	0,063
	Nein	102	99,0	369	94,9			
13. Warum mir das passiert ist	Ja	4	3,9	10	2,6	0,508	1	0,476
	Nein	99	96,1	379	97,4			
14. Nicht das Gewünschte erreicht	Ja	1	1,0	16	4,1	2,410	1	0,121
	Nein	102	99,0	373	95,9			
15. Versager sein	Ja	1	1,0	2	0,5	0,280	1	0,596
	Nein	102	99,0	387	99,5			
16. Leben läuft nicht so	Ja	16	15,5	24	6,2	9,561	1	0,002*** ^a
	Nein	87	84,5	365	93,8			
17. aktuelles Problem nicht gelöst	Ja	6	5,8	61	15,7	6,725	1	0,010*
	Nein	97	94,2	328	84,3			

Studie 3: Multizentrische Untersuchung an depressiven Patienten

Signifikanzangaben: *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; a: signifikant nach der Bonferroni-Korrektur (kritisches Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur: $\alpha = 0,003$)

Die Personen der depressiven Stichprobe wählten signifikant häufiger als die der nichtklinischen Stichprobe folgende Grübelgedanken aus:

- Item 7 („dass ich nicht fähig sein werde, meine Arbeit zu machen, weil ich mich so schlecht fühle“)
- Item 16 („warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte“)

Die Personen der nichtklinischen Stichprobe wählten signifikant häufiger als die der depressiven Stichprobe die folgenden Grübelgedanken aus:

- Item 10 („dass eine Situation, die neulich passiert ist, besser hätte verlaufen sollen“)
- Item 9 („warum ich immer so reagiere“)
- Item 17 („dass ein aktuelles Problem nicht gelöst ist“).

Allerdings blieben nach der Korrektur nach Bonferroni lediglich die Häufigkeitsunterschiede in der Auswahl folgender Items signifikant:

- Item 7 („dass ich nicht fähig sein werde, meine Arbeit zu machen, weil ich mich so schlecht fühle“)
- Item 16 („warum mein Leben nicht so läuft, wie ich es mir wünsche“)

3. Zusammenfassung der Themenwahl bei der nichtklinischen und der depressiven Stichprobe

Tabelle 7-10. Themenwahl bei der nichtklinischen und der depressiven Stichprobe im Vergleich

Häufigste Themen	Nichtklinische Stichprobe (n= 391)	%	Depressive Stichprobe (n=104)	%
Worrythema 1	Zukunft	15	Zukunft***	27
Worrythema 2	Beziehungen	13	Beziehungen	11
Worrythema 3	Selbstvertrauen	21	Selbstvertrauen	21
Worrythema 4	Finanzen	16	Finanzen	14
Worrythema 5	Arbeit	20	Arbeit	16
Worrythema6	Sozio-Politik	14	Sozio-Politik	10
Rumination 1	dass ein aktuelles Problem nicht gelöst ist**	16	dass ich nicht fähig sein werde, meine Arbeit zu machen, weil ich mich so schlecht fühle***	18
Rumination 2	eine kürzliche Situation hätte besser verlaufen sollen**	11	warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte	15
Rumination 3	wie alleine ich mich fühle	10	wie alleine ich mich fühle	13
Rumination 4	warum ich immer so reagiere	10	wie passiv und unmotiviert ich mich fühle	10

*= $p < 0,05$, **= $p < 0,01$; ***= $p < 0,001$ vor der Bonferroni-Korrektur
 grau unterlegt: ***= $p < 0,001$ nach der Bonferroni-Korrektur; $\alpha = 0,008$

Im Bereich der Worrythemen, die sich in sechs Themenbereiche zusammenfassen lassen, fallen fünf Themen auf, die sowohl die depressive wie auch die nichtdepressive Stichprobe gleichermaßen beschäftigen: Beziehungen, Selbstvertrauen, Finanzen, Arbeit und sozio-politische Themen. Über die Zukunft machen sich jedoch die depressiven Patientinnen und Patienten signifikant mehr Sorgen. Dieses Ergebnis blieb auch nach der Bonferroni-Korrektur signifikant.

Die Ruminationsthemen lassen sich nicht wie die Sorgenthemen in eine einheitliche Gruppierung untergliedern, deshalb wurden hier die prozentual am häufigsten ausgesuchten Themen aufgelistet. Das Thema, „wie alleine ich mich fühle“, taucht in beiden Stichproben an dritter Stelle in den wiederkehrenden Gedanken auf. Die anderen drei Themen sind unterschiedlich. Die Themen der nichtdepressiven Stichprobe erscheinen konkreter als die der depressiven Stichprobe: Ein „aktuelles“ Problem ist nicht gelöst, eine „kürzliche“ Situation hätte besser verlaufen sollen im Vergleich zu „Warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte“. Das Ruminationsthema „dass ich nicht fähig sein werde, meine Arbeit zu machen, weil ich mich so schlecht fühle“ könnte gleichzeitig eine Sorge ausdrücken und ist ein gutes

Beispiel für die Ergebnisse zu Worry und Rumination, wie sie im nächsten Kapitel dargestellt werden.

7.3.7 Merkmale für Worry und Rumination

Die Dauer des Worrygedankens in der klinischen Stichprobe liegt bei 106,4 Minuten (SD=222,0 Minuten). Das heißt, depressive Personen mit einem durchschnittlichen Wert im Beck Depressions Inventar von 22,23 in psychiatrischer Behandlung schätzen ein, dass sie über ihr persönlich gewähltes Sorgenthema am Tag eindreiviertel Stunden nachdenken. Dabei liegt die Standardabweichung jedoch enorm hoch.

Abbildung 7-07: Frequenz und Trigger bei Worry bei der klinischen Stichprobe

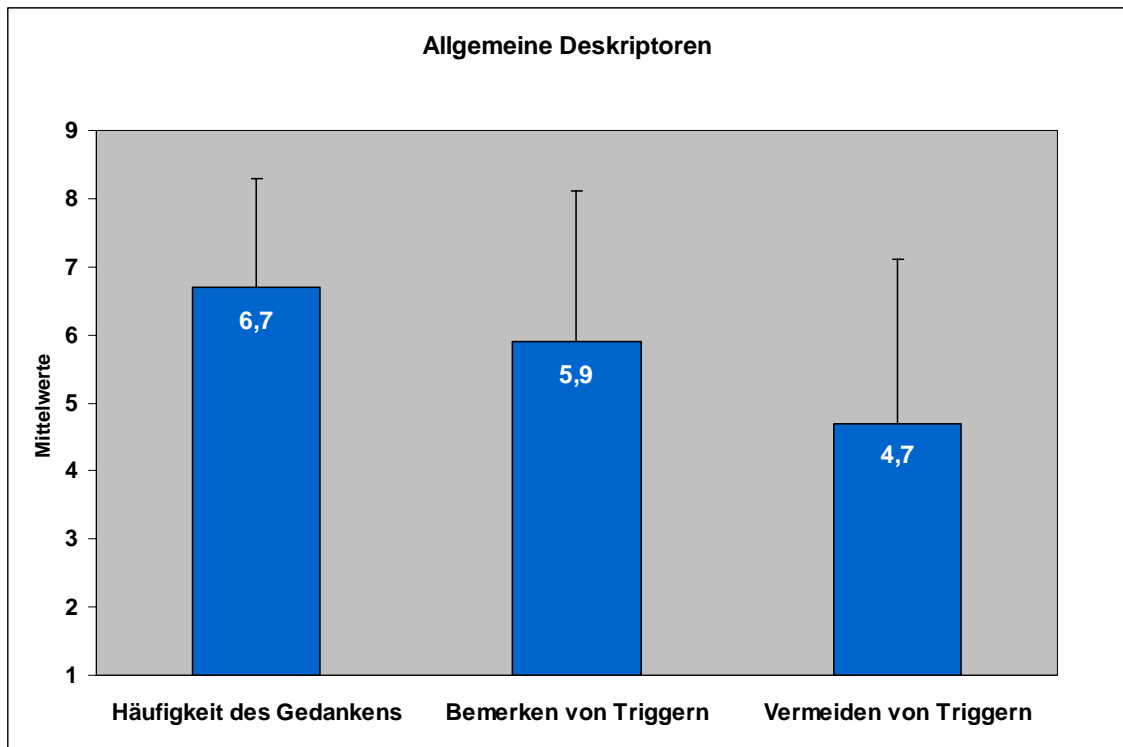


Abbildung 7-08: Emotionale Beteiligung bei Worry bei der klinischen Stichprobe

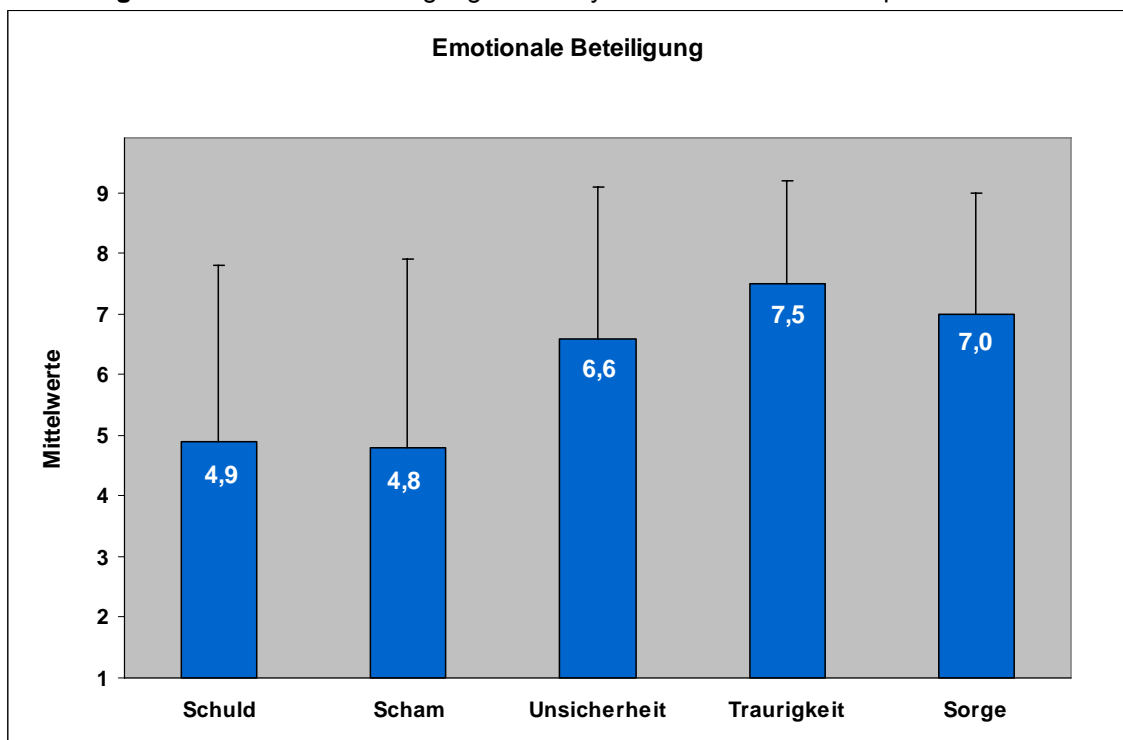


Abbildung 7-09: Frequenz und Trigger bei Rumination bei der klinischen Stichprobe

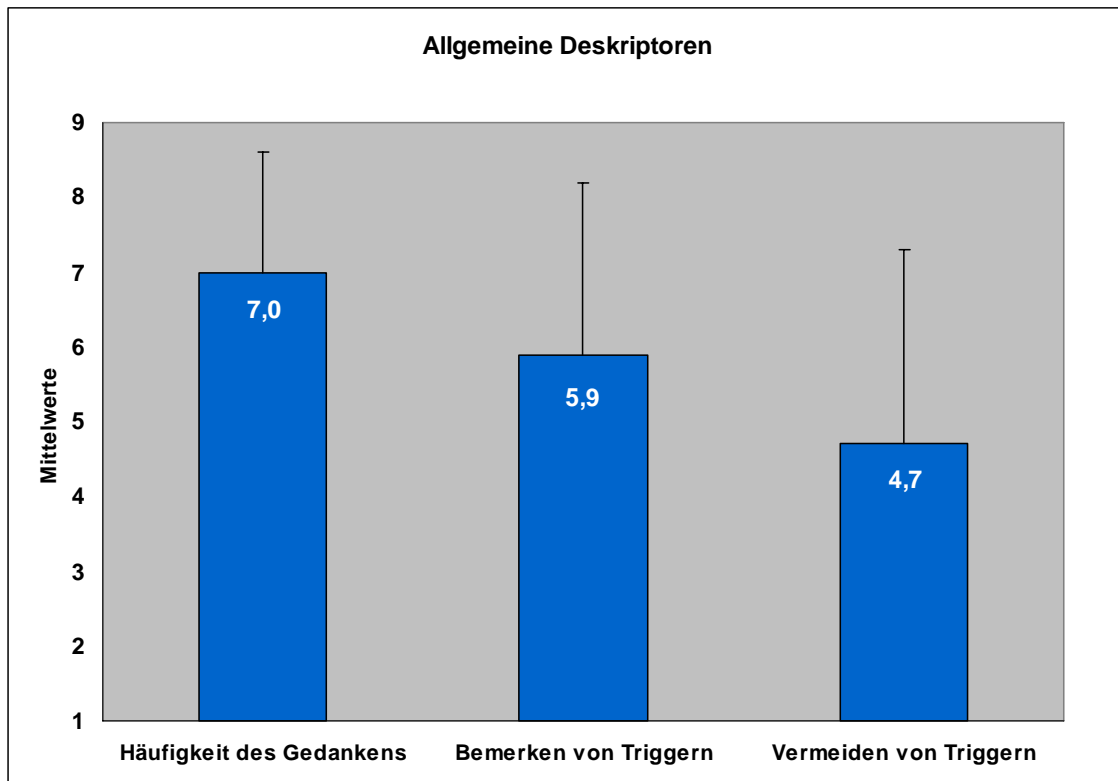
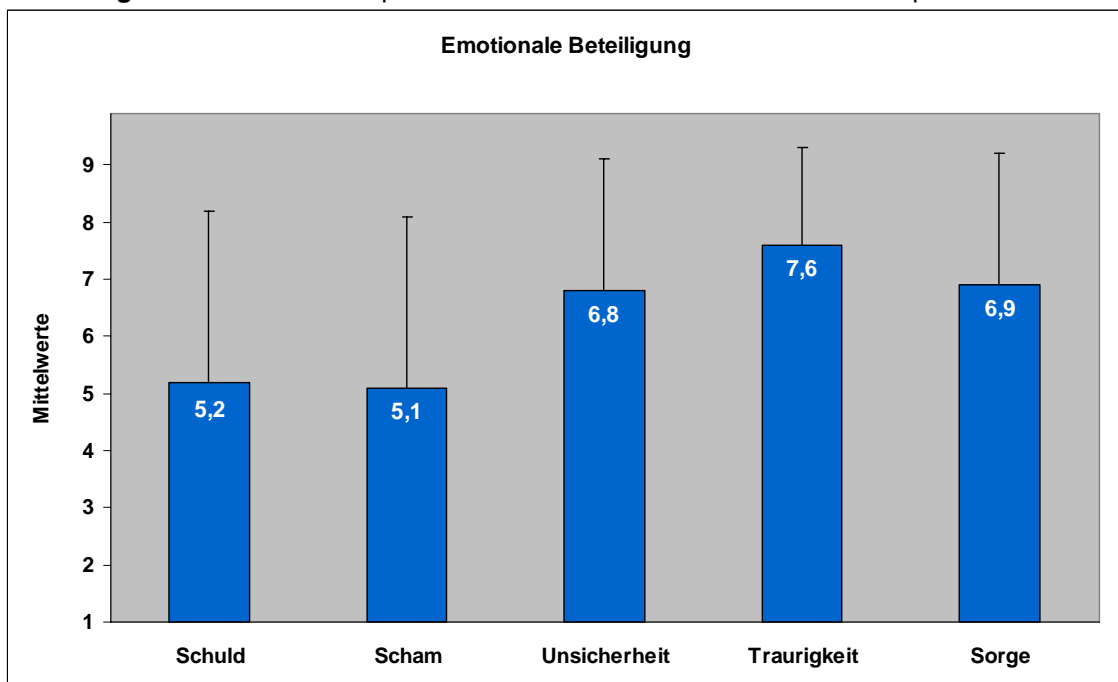


Abbildung 7-10: Emotionale Aspekte bei Rumination bei der klinischen Stichprobe



7.3.8 Ergebnisse des Vergleichs zwischen Worry und Rumination

In der folgenden Tabelle sind die Unterschiede und Ähnlichkeiten hinsichtlich 53 theoretisch und therapeutisch relevanter Variablen bei einer Stichprobe von 104 Patientinnen und Patienten mit Major Depression aufgeführt. Es zeigten sich lediglich drei Merkmalsunterschiede bei dieser Stichprobe. Die statistische Auswertung erfolgte entsprechend des ersten Studienteiles durch Einzelitemvergleiche mittels t-Tests für abhängige Stichproben. Die Korrektur des Signifikanzniveaus wurde nach Bonferroni-Simes (Simes, 1986) durchgeführt. Die Ergebnisse der intraindividuellen Einzelitemvergleiche sind in Form von Mittelwerten, Standardabweichungen und Effektgrößen dargestellt. Stichprobenumfänge unter $n=104$ gehen auf vereinzelte fehlende Werte zurück.

Tabelle 7-11 : Vergleich zwischen Worry und Rumination bei Depressiven in Bezug auf generelle Deskriptoren, Bewertungen und Emotionen: Mittelwerte, Standardabweichungen, Effektstärken und *t*-Werte

Variablen	n	Worry		Rumination		Effekt stärke	t
		M	SD	M	SD		
Variablen mit signifikant höherem Worry-Score							
ernsthafte Konsequenzen	103	7,4	2,4	6,5	2,8	-0,35	-3,39**
Dauer in Wochen	103	338	494,1	231,3	370,7	-0,24	-3,10**
Variablen mit signifikant höherem Rumination-Score							
Keine	-	-	-	-	-	-	-
Variablen ohne signifikante Unterschiede							
Auftretenshäufigkeit	102	6,7	1,7	6,9	1,6	0,16	1,66
Dauer in Minuten	100	106,4	222,0	112,7	215,0	0,03	0,34
unangenehmer Inhalt	103	7,6	1,9	7,4	2,07	-0,11	-1,24
reales Problem	104	7,3	2,3	7,5	2,2	0,08	0,72
Gedanke macht unsicher	104	6,7	2,4	6,8	2,3	0,06	0,59
interner/externer Auslöser	100	5,0	2,1	5,3	1,9	0,13	1,16
Vermeidung von Auslösern	100	4,7	2,4	4,7	2,5	0,02	0,14
Bemerken eines Auslösers	98	5,9	2,2	5,9	2,3	0,01	0,14
bildhafter oder verbaler Inhalt (%)	104	41,0	28,4	46,8	27,5	0,21	2,03
Gedanke ist schwierig loszuwerden	104	6,8	2,4	7,3	2,0	0,25	2,65
Ablehnung des Gedanken	103	5,2	2,3	5,3	2,6	0,04	0,37
Gedanke immer im Hinterkopf	104	6,6	2,5	6,9	2,4	0,12	1,28
Anstrengung, Gedanken loszuwerden	104	4,9	2,4	5,4	2,5	0,18	1,81
Problem kann gelöst werden	103	5,4	2,4	5,3	2,4	-0,01	-0,08
Anstrengung, Problem zu lösen	104	5,9	2,3	5,8	2,2	-0,03	-0,23
Zuversicht, Problem zu lösen	103	4,2	2,5	4,6	2,4	0,15	1,51
Kontrolle über Gedanken	103	3,7	2,3	3,4	2,1	-0,12	-1,13
Wahrscheinlichkeit, dass Problemsituation eintritt	101	6,0	2,3	6,2	2,6	0,09	0,72
gegenwartsbezogener Inhalt	104	7,1	2,2	6,7	2,5	-0,14	-1,34
zukunftsbezogener Inhalt	103	7,2	2,1	6,7	2,5	-0,22	-1,90
vergangenheitsbezogener Inhalt	104	4,5	3,1	4,9	3,1	0,12	1,12
Gedanke behindert bei Arbeit	104	5,9	2,7	6,4	2,5	0,18	1,85
Gedanke zieht in seinen Bann	102	6,1	2,5	6,3	2,5	0,07	0,95
egodystone Natur des Gedanken	103	3,9	2,8	4,4	2,6	0,20	1,96
Bedürfnis, Situation zu verstehen	104	6,2	2,5	5,9	2,7	-0,10	-0,92
Reaktion ist vernünftig	104	5,3	2,5	5,0	2,5	-0,11	-1,16
Verantwortlichkeit für Gedanken	103	4,9	2,8	4,8	2,7	-0,03	-0,33
Verantwortlichkeit für die Situation	104	5,6	2,8	5,7	2,8	0,03	0,21
persönliche Relevanz des Inhaltes	104	8,0	1,6	7,9	1,8	-0,12	-0,98
Drang, auf Gedanken hin zu handeln	104	6,3	2,6	5,9	2,8	-0,13	-1,57
Situation muss vorgebeugt werden	103	6,2	2,7	6,3	2,6	0,05	0,46
Überzeugung, dass Gedanke stimmt	102	7,0	2,1	7,3	1,8	0,16	1,47
beunruhigender Inhalt	104	7,4	2,0	7,3	2,0	-0,06	-0,61
Traurigkeit	104	7,5	1,7	7,6	1,7	0,05	0,56
besorgniserregender Inhalt	104	7,0	2,1	6,9	2,3	-0,06	-0,75
Schuldgefühle	104	4,9	2,9	5,2	3,0	0,11	1,21
Scham	102	4,8	3,1	5,1	3,0	0,09	1,07

** = $p < 0,01$

Tabelle 7-12 : Vergleich zwischen Worry und Rumination bei Depressiven in Bezug auf kognitive Strategien: Mittelwerte, Standardabweichungen, Effektstärken und *t*-Werte

Variablen	n	Worry		Rumination		Effektstärke	t
		M	SD	M	SD		
Variablen mit signifikant höherem Rumination-Score							
sich Einzelheiten der Situation vorstellen	103	5,4	2,5	6,2	2,2	0,34	3,25**
Variablen ohne signifikante Unterschiede							
sich ablenken	104	5,4	1,8	5,5	2,1	0,06	0,56
sich auf Aufgaben konzentrieren	104	5,2	1,7	5,1	2,2	-0,02	-0,19
Gedankenstopp einsetzen	104	3,8	2,2	4,0	2,3	0,09	0,98
mit jemandem sprechen	104	4,9	2,2	5,0	2,1	0,04	0,50
sich rügen	104	4,6	2,6	5,0	2,7	0,15	1,75
durch anderen Gedanken neutralisieren	104	4,0	2,0	4,2	2,1	0,10	1,03
durch negativen Gedanken ersetzen	103	3,2	2,3	3,3	2,3	0,06	0,90
Situation analysieren	104	6,0	2,4	5,9	2,3	-0,02	-0,19
Versuch, eine Lösung zu finden	103	5,9	2,2	6,0	2,2	0,04	0,42
nichts tun, Gedanke geht vorüber	103	3,5	2,0	3,7	2,2	0,11	0,98
Grübeln über Ursachen und Bedeutungen	104	6,6	2,3	6,8	1,9	0,08	0,82
Grübeln über mögliche Folgen	101	6,2	2,4	6,3	2,5	0,02	0,19

** = $p < 0,01$ nach der Bonferroni-Simes-Korrektur

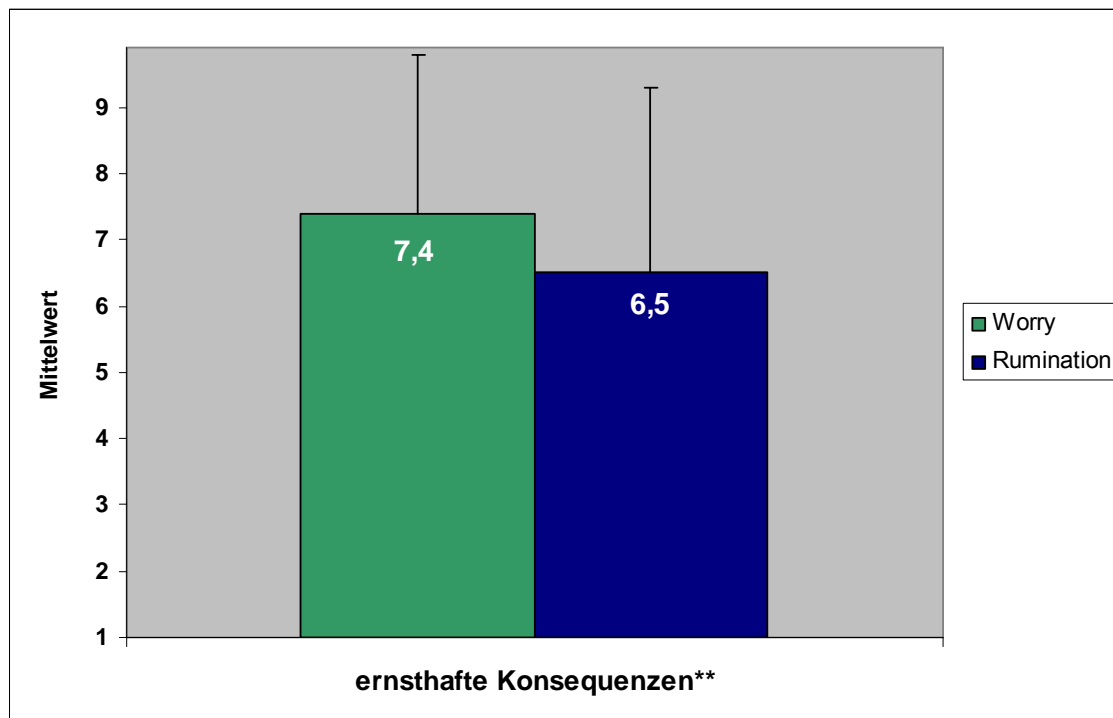
Nur bei drei der 53 Variablen des Cognitive Intrusions Questionnaire zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen sorgenvollen und ruminativen Gedanken: Bei der Persistenz des Gedankens, bei der Bewertung, wie folgenschwer die Konsequenzen eingeschätzt werden, sollte der Gedanke wahrwerden, und bei der Strategie, die Details der Situation zu imaginieren. Für die übrigen 50 Variablen wurden keine Unterschiede zwischen Worry und Rumination festgestellt. Im Folgenden werden zunächst diejenigen Variablen dargestellt, die höhere Werte für Worry, und dann diejenigen, die höhere Werte für Rumination ergaben. Die Variablen ohne Unterschiede werden zum Schluß dieses Abschnitts erläutert.

7.3.8.1 Variablen mit höheren Worry-Werten

Für Worrygedanken treten zwei Merkmale signifikant häufiger auf als bei Rumination: Die Einschätzung der *Ernsthaftigkeit der Konsequenzen*, sollte der Gedanke wahr werden und die *Persistenz des Sorgengedankens*.

Für die Einschätzung der Ernsthaftigkeit der Konsequenzen lag der Worry-Wert bei 7,4 (SD=2,4), der Wert für Rumination lag bei 6,5 (SD=2,8).

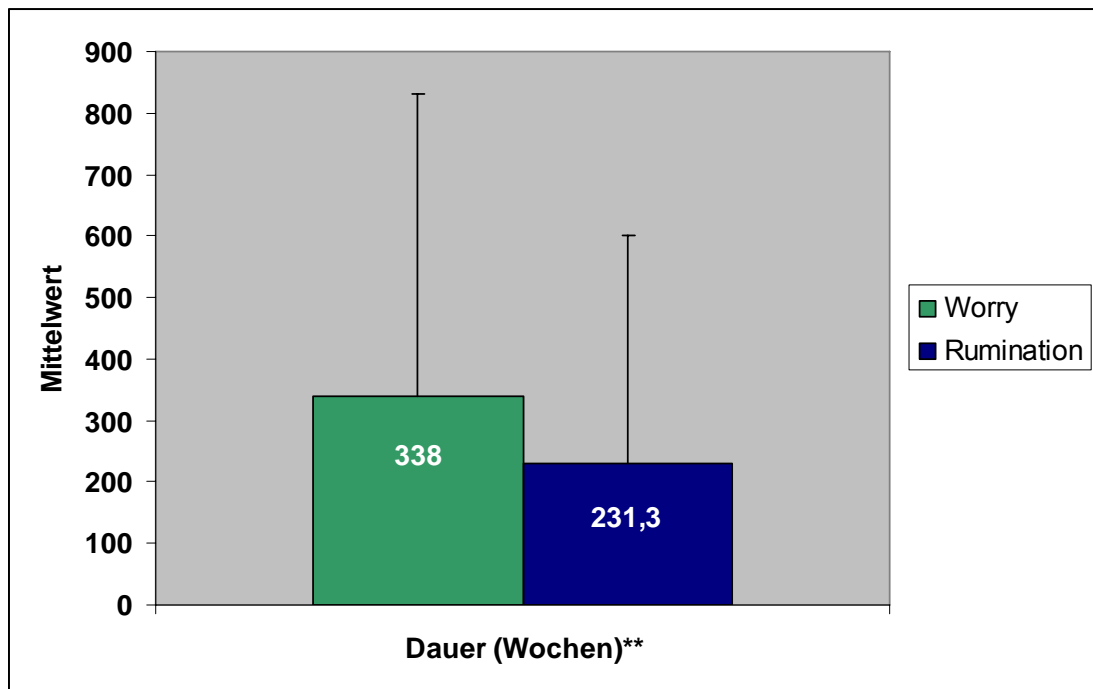
Abbildung 7-11: Unterschied in der Bewertung von Worry und Rumination



** = $p < 0,01$ nach der Bonferroni-Simes-Korrektur

Persistenz in Jahren: Es werden lange Zeiträume angegeben, seit wann die Person den wiederkehrenden Gedanken „hat“: 338,0 Wochen für den Worrygedanken mit einer sehr hohen Standardabweichung von 494,1 Wochen; sowie 231,3 Wochen für den Ruminationsgedanken mit einer sehr hohen Standardabweichung von 370,7 Wochen. In Monaten bzw. Jahren umgerechnet tritt der Worrygedanke seit 6,6 Jahren ($SD=9,6$ Jahre) und der Ruminationsgedanke seit 4,6 Jahren ($SD = 7,1$ Jahre) auf.

Abbildung 7-12: Unterschied in der Persistenz von Worry und Rumination

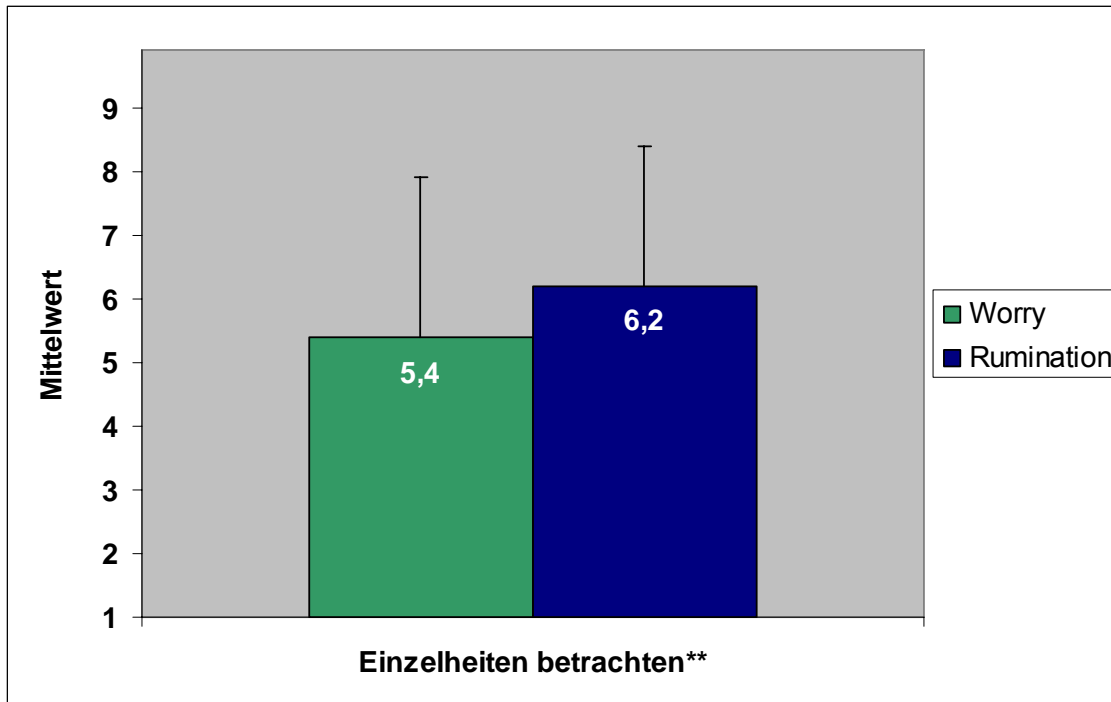


** = $p < 0,01$ nach der Bonferroni-Simes-Korrektur

7.3.8.2 Variablen mit höheren Werten für Rumination

Zudem wurde eine einzelne Strategie häufiger für Rumination gewählt, die darin besteht, sich Einzelheiten der Situation vorzustellen. Der Mittelwert für Rumination lag bei 6,2 (SD= 2,2) im Vergleich zum Mittelwert für Worry, der bei 5,4 lag (SD =2,5). Es ergaben sich bei keinem weiteren erfragten Merkmal signifikant höhere Werte für Ruminationsgedanken.

Abbildung 7-13: Unterschied in den Strategien bei Worry und Rumination



** = $p < 0,01$ nach der Bonferroni-Simes-Korrektur

7.3.8.3 Variablen ohne signifikante Unterschiede

Alle anderen Variablen ergaben keine signifikanten Unterschiede. Sie werden getrennt nach deskriptiven Merkmalen, begleitenden Emotionen, Bewertungen und Strategien dargestellt.

a) Überschneidungen zwischen Worry und Rumination bei den deskriptiven Merkmalen:

Zu den deskriptiven Merkmalen, bei denen bei der klinischen Stichprobe keine Unterschiede festgestellt wurden, zählen die Auftretenshäufigkeit, die wahrgenommene Dauer des Gedankens in Minuten, ob Auslöser dafür eher externaler oder internaler Natur sind und ob versucht wird, diese Auslöser zu vermeiden. Sorgen- und Grübelgedanken unterscheiden sich nicht in dem Ausmaß, in dem sie als bildlich oder verbal auftretend beschrieben werden.

Auftretenshäufigkeit. Depressive Patientinnen und Patienten gaben an, Sorgen- und Grübelgedanken relativ häufig wahrzunehmen, die Häufigkeit wurde im Bereich mittelhäufig (5) bis „die ganze Zeit“ (9) angegeben. Bei Worry lag die Häufigkeit bei 6,7 (SD=1,7), bei Rumination bei 6,9 (SD=1,6).

Dauer des Gedankens. An das Worry-Thema wurde im Durchschnitt 106,4 Minuten (SD= 222,0), an das Ruminationsthema 112,7 Minuten (SD= 215,0) gedacht. Wiederum wie bei der gesunden Stichprobe gibt es hier sehr hohe Standardabweichungen.

Auslöser, die den Gedanken triggern. Die Auslöser werden mit mittlerer Häufigkeit sowohl auf externe Reize (z.B. etwas Gelesenes, TV-Bericht) als auch auf interne Reize (einen Gedanken) zurückgeführt.

Verbale und bildliche Repräsentation. Worrygedanken werden zu 41% als verbal und zu 59% als bildlich eingeschätzt; Ruminationsgedanken werden zu rund 47% als verbal und zu 53% als bildlich eingeschätzt. Das bedeutet, dass depressive Teilnehmer angeben, die wiederkehrenden Sorgen- und Grübelgedanken sowohl imaginativ-bildlich als auch als „innere Rede“ zu erleben. Statistisch gesehen ergibt sich kein Unterschied zwischen den Repräsentationsformen von Worry und Rumination; es ist jedoch eine Tendenz erkennbar, dass sich depressive Patienten der vorliegenden Stichprobe gerade Sorgengedanken eher vermehrt bildlich vorstellen.

b) Überschneidungen bei den begleitenden Emotionen

Im Cognitive Intrusions Questionnaire werden fünf unterschiedliche emotionale Begleiterscheinungen des Grübelns bzw. Sich-Sorgen-machens erfragt: 1. Traurigsein/sich unglücklich fühlen, 2. Besorgnis/Ängstlichkeit, 3. Schuldgefühle, 4. Unsicherheit, 5. Scham. So wurden z.B. in Frage 8: „Wie traurig oder unglücklich macht sie dieser wiederkehrende Gedanke?“ sowohl bei Worry (7,5) als auch bei Rumination (7,6) im Durchschnitt ein relativ hoher Wert angegeben. Die Likert-Skalierung gab eine Einschätzung von „1“ bis „9“ vor, d.h. die Ergebnisse für Traurigkeit liegen über dem Mittelwert von 5. Worry und Rumination werden jedoch nicht durch das Ausmaß des Gefühls von Traurigkeit und Unglücklichsein unterschieden. Das Ausmaß der Unsicherheit, das der wiederkehrende Gedanke auslöst, wurde unter der Worry-Bedingung bzw. auch unter der Ruminations-Bedingung als überdurchschnittlich hoch eingeschätzt (6,7 bzw. 6,8). Beide Gedankentypen erregen wegen ihres Inhalts Besorgnis in hohem Maße (7,0 für Worry, 6,9 für Rumination). Gefühle von Scham und Schuld treten während der wiederkehrenden Gedanken mit mittlerer Intensität auf, nämlich im Durchschnitt bei 4,8 und 4,9 bei Worry sowie bei 5,1 und 5,2 bei Rumination. Sie sind ebenfalls keine Unterscheidungsmerkmale für Worry oder Rumination.

c) Überschneidungen bei den begleitenden Bewertungen

In der folgenden Ergebnisdarstellung wird versucht, die Befunde inhaltlich zu gruppieren, die in der Tabelle 7-13 unter „Variablen ohne signifikante Unterschiede“ mit den jeweiligen statistischen Kennwerten dargestellt wurden. Die Ergebnisse der Untersuchung an 104 Probanden mit Major Depression besagen, dass keine Unterschiede gefunden wurden (und deshalb Gemeinsamkeiten zwischen Worry und Rumination angenommen werden können) bei folgenden theoretisch und praktisch relevanten Bewertungsaspekten:

- Zeitliche Orientierung: das Problem spielt in der Vergangenheit, in der Gegenwart und in der Zukunft eine Rolle
- Kontrollüberzeugung
- Verantwortlichkeitszuschreibung für Gedanken oder Situation
- Problemlöseanstrengung
- Zuversicht zur Problemlösung
- Handlungsimpuls auf den Gedanken hin; Wunsch, der Situation vorzubeugen
- Ablehnung des Gedankens, Sich-sträuben gegen den Gedanken, Anstrengung, den Gedanken loszuwerden
- Egodystone Natur des Gedankens
- Richtigkeit des Gedankens, Einschätzung als reales Problem
- Wahrscheinlichkeitsabschätzung, ob Situation eintreffen wird
- Vernunftcharakter der individuellen Reaktion auf den Gedanken
- Aufmerksamkeitsbindung
- Bewertung als störend, interferierend mit Tätigkeit
- ständige Präsenz des Gedankens
- Bedürfnis, die Situation zu verstehen

Es gibt also große Ähnlichkeiten zwischen Worry und Rumination bei den Bewertungen und Metakognitionen über Worry und Rumination bei der untersuchten klinischen Stichprobe. Kein Bewertungsmerkmal ist spezifisch für Worry oder Rumination.

d) Überschneidungen bei den Strategien

14 der insgesamt 15 der von Watkins erfragten Strategien wurden gleich häufig bei Worry und Grübelgedanken angewandt (vgl. Tabelle 7-14). Relativ häufig werden Anstrengungen zu einer Problemlösung unternommen; auch das Analysieren der Situation sowie das Gespräch darüber sind häufiger gewählte Formen, um mit den wiederkehrenden Gedanken umzugehen, sie werden unterschiedslos sowohl beim Grübeln als auch beim Sich-Sorgen-machen angewendet. Die Teilnehmer lenken sich jedoch auch ab, sie rügen sich, sagen sich, dass der Gedanke nichts bedeutet, oder sie tun nichts, sondern sagen sich, dass der Gedanke vorübergeht. Etwas weniger häufig setzen sie Gedankenstopp ein, wandern mit ihren Gedanken weiter und ersetzen den ursprünglichen Gedanken durch einen anderen (neutralen oder negativen) Gedanken. Wie bereits dargestellt, besteht der einzige Unterschied darin, dass sich die depressiven Teilnehmer signifikant häufiger beim ruminativen als beim Worrygedanken Einzelheiten der Situation vorstellen. Die mittlere Häufigkeit lag bei Rumination bei 6,2 (SD =2,2), während sie bei Worry bei 5,4 (SD=2,5) lag.

7.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Hypothesenbezug

Höhere Werte für Worry im Vergleich zu Rumination sollten folgende Items aufweisen:

- Persistenz in Jahren
- zukunftsbezogener Inhalt
- unangenehmer Inhalt
- beunruhigender Inhalt
- Gefühl der Besorgnis
- Gefühl der Unsicherheit

Die Hypothese, dass die *Persistenz (Dauer in Jahren) bei Worry größer* ist als bei Rumination, *wurde bestätigt*.

Die übrigen *fünf Hypothesen müssen verworfen* werden. Worry und Rumination unterscheiden sich *nicht* hinsichtlich folgender Merkmale:

- zukunftsbezogener Inhalt
- unangenehmer Inhalt
- beunruhigender Inhalt

- Gefühl der Besorgnis
- Gefühl der Unsicherheit

Höhere Werte für Rumination wurden angenommen für die Merkmale:

- vergangenheitsbezogener Inhalt
- Realitätsbezug des Problems

Diese beiden Hypothesen müssen verworfen werden.

Die Hypothese, dass sich Worry und Rumination nicht hinsichtlich der Strategie „Einzelheiten imaginieren“ unterscheiden, muß verworfen werden.

44 Hypothesen, für die kein Unterschied zwischen Worry und Rumination postuliert worden war (s. Hypothesenteil 7.1), **können angenommen werden.**

7.5 Diskussion der Ergebnisse

Einer Anregung von Watkins et al. (Watkins et al., 2005) folgend, wurde unseres Wissens zum ersten Mal eine Stichprobe depressiver Patienten mit dem methodischen Ansatz von Langlois et al. (2000a; 2000b) direkt zu den Inhalten, den Emotionen, Bewertungen und Strategien im Umgang mit sich Sorgen machen und Grübeln befragt. Während sich in der nicht-klinischen Stichprobe die Konzepte Worry und Rumination zu zwei Dritteln (36 von 53 Items) überschneiden hatten, wiesen in der klinischen Stichprobe *nur drei Merkmale einen Unterschied* auf. Die Aussage “Wenn der Gedanke wahrwerden würde, hätte das *ernsthafte Folgen*“ wurde für *Worrygedanken* als zutreffender als für *Ruminationsgedanken* angegeben. Der Worrygedanke wird als *persistenter*, als chronischer eingeschätzt als der Grübelgedanke. Die Strategie, sich *Einzelheiten der Situation vorzustellen*, war nur bei *Ruminationsgedanken* häufiger gewählt worden.

Alle anderen 50 Merkmale deskriptiver Art, Emotionen, Bewertungen und Strategien wurden von depressiven Patienten nicht als unterschiedlich eingeschätzt. Mit anderen Worten: Patienten mit Major Depression schätzen ihre Grübelgedanken (bis auf drei Aspekte) nicht anders ein als ihre Sorgengedanken.

In der klinischen Stichprobe sind sowohl Sorgen- als auch Grübelgedanken vorhanden, die Konzepte verschwimmen aber, sich Sorgen machen und Grübeln werden ununterscheidbar. Wie können diese Ergebnisse interpretiert werden?

Eine Erklärungsmöglichkeit wäre, dass depressive Personen in der Depression generell die *Fähigkeit zu differenzieren* verlieren. Dann würde das Ergebnis auf ein inhärentes Symptom depressiver Kognitionen zurückgehen und die mangelnde Unterscheidung zwischen Worry und Rumination erklären. Viele Forscher beschrieben veränderte Urteilsprozesse bei depressiven Patienten bzw. bei nicht-depressiven Personen in dysphorischer Stimmung (Greenberg, Pyszczynski, Burling, & Tibbs, 1992; Kuhl, 1981; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Teasdale, 1983) und unter Ruminationsbedingungen werden Entscheidungsprozesse schwieriger (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; van Randenborgh & de Jong-Meyer, 2007). Auch unter Worrybedingungen verändern sich Urteilsprozesse negativ (Siegl, 2006). Wenn dies uneingeschränkt gelten würde, könnte man sich dann überhaupt noch auf Selbstauskunftsfragebögen bei depressiven Patienten verlassen? Dann wäre beispielsweise auch das Befragen depressiver Patienten mit dem Beck Depressions Inventar hinfällig, da ja davon ausgegangen wird, dass Patienten ihren Zustand über 21 Dimensionen der Depression in jeweils vier unterschiedlichen Ausprägungsgraden relativ zuverlässig einschätzen können. Die Validität des BDI ist jedoch unangefochten; der BDI gilt als Goldstandard gerade auch in der Veränderungsmessung bei depressiven Erkrankungen. Die Grundlage dafür sind qualitativ sehr gute Studien, die zeigen, dass depressive Patienten ihren Zustand relativ differenziert auf einer Selbsteinschätzungsskala einzuordnen und zu beurteilen vermögen. Noch eine weitere wichtige Datenquelle stützt nicht die Interpretation der mangelnden Urteilsfähigkeit: Die Patientenbeobachtungen während der Untersuchung. Vielmehr kommentierten auffallend viele Patienten bei verschiedenen Interviewern, dass die Aussage „genau so“ für sie zuträfe und sehr gut ihren Umgang mit den Grübel- oder Sorgengedanken beschreibe, „also kreuze ich die 9 an“. Damit würde das Ankreuzverhalten idealerweise „das Gemeinte“ bezeichnen. Dies würde die Qualität der Aussagen (und damit der zu interpretierenden Befunde) eher bestätigen als widerlegen.

Ein weiterer Aspekt depressionstypischer Veränderungen könnte in der *mangelnden Konzentrationsfähigkeit* depressiver Patienten liegen. Dies könnte zu einem monotonen Antwortverhalten während des Ausfüllens des Fragebogens geführt haben, wobei vorwiegend die mittleren Ausprägungsgrade auf der Likertskala angekreuzt wurden. Aus diesem Grund könnten eventuell tatsächlich vorhandene Unterschiede verdeckt werden. Bei unseren Beobachtungen während der Untersuchung konnten wir jedoch feststellen, dass die Patientinnen und Patienten sich große Mühe gaben und

lang überlegten, um möglichst differenziert zu antworten. Dies deutet darauf hin, dass es sehr wohl schwieriger war als sonst, differenziert zu urteilen, nicht aber darauf, dass die Patienten fahrig, schnell oder automatisch antworteten. Die Interviewer regten jeweils eine Pause an, sobald die Patienten müde wurden, so dass wahrscheinlich nur ein geringer Teil des Antwortverhaltens auf das Konto von Unkonzentriertheit als Symptom der Depression geht. Bei einer Datenanalyse konnte keine Tendenz zum Mittelwert als generelles Antwortverhalten festgestellt werden, im Gegenteil wählten depressive Patienten eher Extremantworten als mittlere Ausprägungen.

Dies führt zu statistischen Überlegungen: Wir könnten eine große Anzahl extrem positiver *und* extrem negativer Antworten erhalten haben. Dieses Ankreuzverhalten depressiver Patienten bei Likert-Skalen wurde von Teasdale bemerkt und wird auf das dichotome Denken zurückgeführt, das dann zu solchen „Schwarz-Weiß-Urteilen“ führt. Extrem positive und extrem negative Antworten als Ausdruck dichotomen und unscharfen Urteilens könnten beim Berechnen der Mittelwerte buchstäblich zu „mittleren“ Mittelwerten führen, die dann eventuell vorhandene Unterschiede zwischen Rumination und Worry nicht mehr abbilden. Bereits bei der Dateneingabe, aber auch erneut bei einer systematischen Durchsicht der Originalunterlagen zur Prüfung dieser Interpretation fielen zwar eine hohe Anzahl an Extremwerten auf. Diese gingen aber überwiegend in *eine* Richtung: Patienten kreuzten überwiegend die Aussage „trifft völlig zu“ mit den Extremwerten 9 oder 8 auf der 9-stufigen Likertskala an. Die Interpretation der „mittleren Mittelwerte“ aufgrund von dichotomen Urteilen in beide Beurteilungsrichtungen wäre dann stichhaltig, wenn sich höhere Standardabweichungen ergeben hätten. Dies war nicht der Fall. Das Extremum bei den Standardabweichungen ist 3,1, die meisten Standardabweichungen bewegen sich um 2,5 herum. Damit liegen die Ergebnisse nicht überwiegend bei den Werten „0“ und „9“.

Wenn einschränkende Überlegungen für die Interpretation der Befunde nur teilweise zutreffen oder widerlegt werden können, dann können die Befunde „für sich“ beurteilt werden: Sich-Sorgen-machen und Grübeln sind in der Depression weitgehend ununterscheidbar. Emotional gibt es keinen Unterschied mehr. Schuldgefühle oder Unruhe/Unsicherheit, die bei der gesunden Stichprobe Rumination von Sorgen trennten, sind nicht mehr unterscheidbar. Depressive Patienten fühlen sich sowohl beim Sich-Sorgen-machen als auch beim Grübeln in hohem Maße unglücklich, traurig, unruhig, besorgt und schuldbeladen.

Darüber hinaus sind Bewertungen und Metakognitionen über die potentielle Lösbarkeit von Problemen oder die Kontrollüberzeugung nicht differenzierbar. Bei den Strategien im Umgang mit Sorgen- und Grübelgedanken, die bis zu 6 Stunden täglich dauern können, werden unterschiedlos eine Vielzahl von Möglichkeiten ausprobiert. Typische Strategien wie bei den nicht-depressiven Personen (z.B. sich auf andere Dinge konzentrieren), die jeweils für vergangene Ereignisse (bei Rumination) und zukünftige Gefährdungen (bei Worry) angepasst werden, sind nicht mehr spezifizierbar. Depressive Personen wählen nicht mehr aus, welche Strategie zu welchem „Typ“ wiederkehrender Gedanken gut paßt oder eher unterlassen werden sollte. Nur noch bei Rumination sticht eine Strategie hervor: Sich Einzelheiten der Situation vor Augen führen. Dies bedeutet, dass Grübeln in dieser Stichprobe depressiver Patienten durch das genaue Verweilen auf Details charakterisiert werden kann. Dieser Befund wurde bereits bei der nichtklinischen Stichprobe gefunden. Das Verweilen bei den Einzelheiten der imaginierten Situation bleibt bei der depressiven Stichprobe als letzter „Differenzierungsrest“ bestehen. Aus der Grundlagenforschung ist bekannt, dass negative Details eines Ereignisses besonders gut erinnerbar sind (Ochsner, 2000). Die Verstärkung der Erinnerung durch den „Bedeutungsgehalt“ gilt eben nicht nur für positive, sondern auch für negative Ereignisse. Bei der nichtklinischen Stichprobe war die Imagination von Einzelheiten ebenfalls ein Ruminationsmerkmal; sie konnte als „Mittel zum Zweck“ eingeordnet werden, vor dem Hintergrund, ein vergangenes Problem noch zu lösen oder die Bedeutung des Geschehenen zu verstehen. Die Suche nach Details könnte noch übriggeblieben sein von dem Versuch, die momentan erlebte Lebenskrise in einen „sinnvollen“ Kontext zu stellen. Andererseits bedeutet dieser Befund auch, dass sich beim Sich-Sorgen-machen unter Umständen eine Vermeidungsstrategie abzeichnet: Depressive Patienten *unterlassen* es eher, sich die Sorgengedanken noch im Detail vorzustellen, „überspringen“ sozusagen die Konkretisierung, und bauen eine immens große Erwartungsangst vor den befürchteten Konsequenzen auf.

In der nicht-klinischen Gruppe hatten die Konzepte zwar eine große Schnittmenge gemeinsamer Prozeß- und Bewertungsmerkmale ergeben, sie ließen sich aber durch die zeitliche Orientierung (Vergangenheits- oder Zukunftsausrichtung), die emotionale Färbung und das Ausmaß der Intrusivität und Interferenz (dem Störungsgrad, in dem laufende Aufgaben durch die wiederkehrenden Gedanken unterbrochen werden) unterscheiden.

Die Antworten der depressiven Patienten spiegeln hervorragend das Konzept der Kognitiven Triade von Beck wider (Beck et al., 1979). Beck beschrieb damit die kognitiven Verzerrungen im Denken bei Depression: Die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft werden ausschließlich negativ beurteilt. Übertragen auf Worry und Rumination hieße das: „Nicht nur die Vergangenheit, die ich erlebt habe und in der ich überwiegend gescheitert bin (die eigene Person), sondern auch die unmittelbare Umwelt und vor allem auch die Zukunft sind düster und verheerend. Es wird nicht mehr besser werden, mein Leben besteht aus Fehlern in der Vergangenheit, und diese führen geradewegs in die baldige Katastrophe.“ Dies erklärt, dass sich eine depressive Person um die Zukunft Sorgen macht und über die Vergangenheit grübelt, aber dass sie dies nicht mehr als unterscheidbar wahrnimmt oder diesen Unterschied für relevant hält.

Besonders brisant ist der Befund, dass depressive Patienten nicht einmal mehr zwischen den „harten“ Unterscheidungsmerkmalen, nämlich der *zeitlichen Orientierung*, ob sich der Gedanke um ein Ereignis in der Vergangenheit oder der Zukunft handelt, unterscheiden. Damit erhalten die Befunde eine hohe Relevanz für die Suizidprävention: Wenn zwischen Grübeln, das einem laufend nur die Fehler der (übergeneralisierten autobiografischen) Vergangenheit „en detail“ ins Bewußtsein ruft, und ständig präsenten düsteren Zukunftssorgen nicht mehr unterschieden werden kann, höchstens noch darin, dass die Folgen, sollte der Gedanke wahr werden, noch schlimmer sein werden als bisher, dann sind Gefühle von tiefer Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit nur zu gut verständlich. Sorgengedanken und Grübeln werden förmlich zu einem trüben gleichförmigen Gedankenstrom, der keine „Ecken und Kanten“ mehr aufweist, an denen man sich aus dem Sumpf ziehen könnte. Dass in der vorliegenden Untersuchung an depressiven Patienten fast keine signifikanten Unterschiede zwischen Worry und Rumination auftraten, ist ein wichtiges Ergebnis, das den wirklich bedeutsamen Befund ausmacht. Diese Einschätzung wurde auch von Spezialisten auf diesem Gebiet geteilt (Ed Watkins, persönliches Gespräch, 14.07.07). Worry und Rumination, die seit über 20 Jahren immer getrennt konzipiert, definiert und behandelt wurden, sind bei depressiven Patienten nicht mehr zu unterscheiden.

Die Strategie, sich *Details der Situation* und ihre gefürchteten Konsequenzen vorzustellen, könnte ebenso auf einen angstbesetzten, aber quälend langsamen Prozess hindeuten, in dem depressive Personen versuchen, ihre Zielerreichung im Hinblick auf wichtige Ziele (Arbeit, Gesundheit, soziales Netz) abzuschätzen. Diese Themen sind ja bereits „vor“ der Depression hoch relevant gewesen und können eventuell deshalb

besonders leicht im Detail erinnert werden, da sie vorab *elaboriert enkodiert* wurden: Wenn Personen ihre gegenwärtigen Erfahrungen auf ihre kurz- oder langfristigen Ziele beziehen, nehmen sie eine Reflexion und Analyse vor, welche die spätere Erinnerung an das Erlebnis unterstützt – eine *elaborierte Enkodierung*. So sind z.B. die Themen, über die sowohl Gesunde als auch Depressive an dritter Stelle am meisten grübeln, „warum ich so alleine bin“. Die Eingebundenheit in ein soziales Netzwerk ist eines der wichtigsten „Sicherheitsziele“ vieler Personen, und könnte dementsprechend „ausgefeilt“ im Gedächtnis gespeichert (und damit auch in der Depression *elaboriert abrufbar*) sein. Ebenso ist, wie in den Ergebnissen ersichtlich, das Thema der Arbeitsleistung und Existenzsicherung eines der Tophemen, über die sich sowohl gesunde Personen als auch die depressiven Patienten am meisten „Gedanken machen“. Die detaillierte Vorstellungskraft, die in der Depression trotz Konzentrationsmängeln und anderer kognitiver Einbußen noch vorhanden ist, weist darauf hin, dass diese Themenkomplexe erstens *elaboriert enkodierte* Information darstellen, die zweitens auch noch von einer depressiv gewordenen Person *elaboriert* und *detailliert (re-) konstruiert* werden können.

Diese vorliegenden Befunde über den großen Überschneidungsbereich zwischen Worry- und Ruminationmerkmalen bei depressiven Patienten der vorliegenden Stichprobe sprechen für ein „gemeinsames“ Konzept bei der Behandlung von Worry und Rumination bei Major Depression. Wenn Menschen mit Major Depression nicht zwischen Worry und Rumination unterscheiden, aus welchem Grund sollten es dann ihre Therapeuten noch tun? Aus den vorliegenden Ergebnissen können wir schließen, dass die Behandlung von Rumination und Worry mit Therapieelementen aus der Behandlung von Angststörungen Hand in Hand gehen sollte. Patientinnen und Patienten brauchen Unterstützung dabei, diese ineinander verwobenen Gedankenprozesse von Worry und Rumination zu entwirren, und wieder zwischen sorgenvollen und oftmals katastrophisierenden Gedanken für zukünftige Ereignisse und den nicht mehr veränderbaren Situationen in der Vergangenheit unterscheiden zu können und lösbare Probleme zu identifizieren, erst dann kann eine realistische Handlungsplanung beginnen.

Diskussionswürdig sind auch die Konsequenzen für die Forschung zu Worry und Rumination: Befunde, die an gesunden Probanden erhoben wurden, sind zielführend für die Anregung weiterer Hypothesen und für die Resilienzforschung, aber nicht für den Transfer auf klinische Populationen. Extremgruppenvergleiche bei „Low-vs-High-

Worriers“ und „Low-vs-High-Ruminators“ bei Personen, die keine Depression haben, sind kein Ersatz für das Untersuchen erkrankter Personen. Bei Extremgruppenvergleichen besteht immer die hohe Gefahr, dass qualitative Veränderungen des Verhaltens und Erlebens von Menschen mit psychischen Störungen gar nicht erfaßt werden. Somit werden Behandlungselemente, die aus extrapolierten Analogstudienbefunden generiert werden, eben nur den Extremgruppen gesunder, nicht jedoch erkrankten Personen gerecht. In diesem Sinne zeigt die vorliegende Untersuchung, dass es im Vergleich zu den Forschungsbefunden aus Analogstudien unerwartete Ergebnisse bei depressiven Patienten gibt, die in der Behandlung ihren Niederschlag finden sollte. Dieser Ansatz ist auch für die Rückfallforschung bei Depression unerlässlich: Was verändert sich kognitiv hinsichtlich Bewertungen, Emotionen und Strategien bei alltäglichem Sorgen und Grübeln bei einem „geheilten“ depressiven Patienten, der auf einen erneuten Rückfall zusteuert? Weitere Datenanalysen, wie der direkte Vergleich der gesunden mit der depressiven Stichprobe hinsichtlich des Umgangs mit Worry/Rumination, sollten folgen.

Zusammengefaßt läßt sich feststellen, dass Worry und Rumination als relativ ähnliche, aber doch unterscheidbare Prozesse (Studie 2) in einer depressiven Episode völlig ineinander übergehen. Depressive Patientinnen und Patienten unterscheiden nicht mehr zwischen zukunftsgerichtetem Sich-Sorgen-machen und vergangenheitsbezogenem Grübeln. Dieser neue Befund weist in eine neue Richtung der Forschung und Behandlung von Grübeln und Sich-Sorgen-machen bei depressiven Patienten, sie sollten bei depressiven Patienten nicht mehr als getrennte Symptome konzipiert und behandelt werden. Es ist deshalb zu überlegen, welche Elemente der Therapie bei Generalisierter Angststörung in die kognitive Verhaltenstherapie bei Depression integriert werden könnten, oder welches transdiagnostische Störungsmodell Anstöße zur Behandlung liefern kann. In Anschlußstudien sollen die depressive und die nichtdepressive Stichprobe hinsichtlich der vier Dimensionen des Cognitive Intrusions Questionnaire (deskriptive Merkmale, beteiligte Emotionen, Bewertungen und Strategien) *direkt* miteinander verglichen werden, um solche Aussagen zu ermöglichen. In diesen Anschlußstudien sollen Faktoren gefunden werden, die sich bei der klinischen und der nichtklinischen Stichprobe möglicherweise unterscheiden und die auf qualitative oder quantitative Veränderungen wiederkehrenden Denkens in der Depression noch genauer hinweisen.

8 Zusammenfassung der Ergebnisse der drei Studien

In der ersten Studie wurden die neuen Forschungsinstrumente analysiert, übersetzt und hinsichtlich der Gütekriterien Objektivität und Reliabilität untersucht. Diese Forschungsinstrumente wurden in den empirischen Untersuchungen an der nichtklinischen und der depressiven Stichprobe verwendet. Das Fragebogenset, bestehend aus dem Worry Domains Questionnaire, der Rumination Response Scale und dem Cognitive Intrusions Questionnaire wurde hinsichtlich seines Aufbaus sowie seiner Stärken und Schwächen dargestellt. Nach der Übersetzung von zwei der drei Selbstauskunftsinstrumente und der Generierung und Einbeziehung neuer Items durch die direkte Befragung von Patienten mit affektiven Störungen wurde das Fragebogenset einer Test-Retest-Reliabilitätsuntersuchung unterzogen. Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität kann aufgrund der sorgfältigen Vorbereitungen und des erarbeiteten Editiermanuals als gut bis sehr gut eingeschätzt werden. Die Test-Retest-Korrelationen, untersucht an einer Stichprobe deutscher und schweizer Psychologiestudenten ($n=130$) betrugen für den Cognitive Intrusions Questionnaire im Worry-Fragebogenteil $r=.76$ und für den Ruminationsteil $r=.81$. Damit ist eine ausreichende Reliabilität (Stabilität) des Fragebogens gewährleistet. Der Fragebogen wurde in Vorstudien auf seine Praktikabilität und den ökonomischen Einsatz geprüft. Überprüfungen zur Validität des Instruments stehen noch aus.

In der zweiten Studie wurde, aufbauend auf einer Untersuchung von Watkins, Moulds und Mackintosh (2005) eine nicht-probabilistische Stichprobe von 391 nicht-klinischen Personen mit diesem Instrument befragt. Untersucht wurde die Frage, durch welche Merkmale sich Worry und Rumination unterscheiden und in welchen Merkmalen Ähnlichkeiten auftreten. Dabei wurden (1) deskriptive Merkmale, (2) begleitende Emotionen, (3) Bewertungen und metakognitive Aspekte als auch (4) der Umgang und die Strategien in intrasubjektiven Vergleichen einer Überprüfung unterzogen. Es ergaben sich deutliche, spezifische Merkmalsprofile für Rumination und Worry, aber es wurde auch eine große Schnittmenge gemeinsamer Merkmalsvariablen bei allen vier Bereichen festgestellt. Ein Drittel der 53 untersuchten Merkmale war unterschiedlich, zwei Drittel waren nicht unterschiedlich. Für Worry ergaben sich höhere Werte bei der Dauer des Gedankens in Jahren, und bei folgenden Variablen: Worry wird als zukunftsbezogener, beunruhigender, unangenehmer und besorgniserregender eingeschätzt, und es werden deutlich

ernsthafte Konsequenzen befürchtet. Für Rumination ergaben sich höhere Werte für die Bewertungsvariablen: Rumination wird als vergangenheitsbezogener, von Schuldgefühlen begleiteter, bei der Arbeit behindernder Gedanke eingeschätzt, der „immer im Hinterkopf“ ist und schwierig wieder loszuwerden. Es besteht ein höheres Bedürfnis, die Situation und ihre Bedeutung zu verstehen, wobei auch eine höhere Zuversicht angegeben wird, das Problem lösen zu können. Bei Rumination wird häufiger versucht, die Auslöser für das Grübeln zu vermeiden. Es kommen zudem spezifische Strategien zum Einsatz: Es wird vermehrt über Ursachen und Bedeutungen der Situation gegrübelt, es werden mehr Details der Situation imaginiert, die untersuchten Personen rügen sich häufiger und versuchen, sich auf andere Aufgaben zu konzentrieren.

Diese Ergebnisse wurden vor dem Hintergrund der bisherigen Literatur und der theoretischen Ansätze zu wiederkehrenden Gedanken diskutiert. Die Befunde sind aufgrund der Stichprobenzusammensetzung von hoher Aussagekraft, denn zum ersten Mal wurden Worry und Rumination nicht nur an studentischen, jungen, meist weiblichen Stichproben untersucht, sondern in einer Stichprobe von Frauen und Männern aller Altersstufen von 18 bis 75 Jahren mit einem heterogenen sozialen und ökonomischen Hintergrund.

Die dritte Studie untersuchte analog zu Studie 2, ob und inwiefern Patientinnen und Patienten mit Major Depression Worry und Rumination unterscheiden. Dazu wurden in einer multizentrischen Studie 104 Personen mit dem übersetzten Fragebogen untersucht. Die Diagnosestellung erfolgte anhand des ICD-10 und des DSM-IV-TR, um diagnostische Beurteilungsfehler zu minimieren und somit die Güte der Stichprobe zu erhöhen. Die Durchführungsobjektivität (sowohl bei der Diagnosestellung als auch bei der Untersuchung direkt) wurde durch den Einsatz eines standardisierten Interviews, sowie einer Schulung und Supervision der Untersucher maximiert und kann als weitgehend gewährleistet betrachtet werden. Die Ergebnisse zeigten, dass die depressiven Patienten kaum mehr zwischen Worry und Rumination unterschieden; die Schnittmenge war mit 50 von 53 gleichen Merkmalsausprägungen sehr groß und kam einer fast völligen Überschneidung von Worry und Rumination gleich. Bei Worry ergaben sich höhere Werte für die Dauer des Gedankens in Jahren und für die Befürchtung ernsthafte Konsequenzen, sollte der Gedanke wahrwerden. Ein höherer Wert ergab sich für die Strategie, sich bei Rumination auf Einzelheiten der Situation zu konzentrieren und sich zu erinnern, wie das Ereignis passiert ist oder sich vorzustellen,

wie es passieren könnte. Das Ergebnis besagt, dass depressive Personen Worry und Rumination hinsichtlich deskriptiver Merkmale und begleitender Emotionen in keiner Weise unterschiedlich einschätzen, und dass sie Worry und Rumination bei den Bewertungen der Gedanken und dem Einsatz von Strategien lediglich marginal unterscheiden. Dieses überraschende Ergebnis wurde hinsichtlich der theoretischen und therapeutischen Konsequenzen diskutiert. Die vorliegende Studie ist, soweit die Forschungsliteratur zugänglich war, die zweite Studie überhaupt zum Konzeptvergleich von Worry und Rumination an depressiven Patienten nach der einzigen Untersuchung dieser Art, die von Papageorgiou und Wells 1999 an einer Stichprobe von 10 depressiven Frauen und 5 depressiven Männern mit einem hinsichtlich der statistischen Gütekriterien nicht überprüften Tagebuchverfahren durchgeführt worden war.

9 Diskussion der Studien

9.1 Diskussion der Studie 1

Die Erfassung von „wiederkehrenden Gedanken“ ist komplex. Beschränkt man sich auf die *Tendenz* zu Grübeln oder die *Tendenz*, sich Sorgen zu machen, wie die meisten Instrumente dies erfassen, verliert man die individuelle Spezifität aus den Augen, die in der vorliegenden Studie zum Ausdruck kam (vgl. Themen depressiver Patienten, Abschnitt 7.7.7) und beteiligt sich schon während der Erfassung an der *Vermeidung*, ein konkretes Thema mit seinen konkreten Begleiterscheinungen hinsichtlich Emotionen, Bewertungen und Strategien zu untersuchen. Forscher sollten sich also bei der Erfassung des Untersuchungsgegenstandes nicht schon auf eine zu abstrakte Ebene begeben. Je spezifischer ein Fragebogen wie der CIQ jedoch die Merkmale wiederkehrenden Denkens aus störungsübergreifender Perspektive erfasst, umso mehr steigen die statistischen Probleme bei der Berechnung von Gütekriterien, wie am Beispiel der Internen Konsistenz des CIQ gesehen werden kann. Trotzdem kann das übersetzte Fragebogenset aus klinischer Sicht eine wertvolle Quelle relevanter Merkmale sein, eine genauere Prüfung sollte im direkten Vergleich einer nichtklinischen mit verschiedenen klinischen Stichproben vorgenommen werden. Der Vorteil des Fragebogensets und der Methode, anhand von zwei persönlichen Gedanken Worry und Rumination einzuschätzen, führte zu Ergebnissen, die die Vorbefunde von Watkins et al. (2005) für Worry vollständig reproduzieren konnten. Dieses Ergebnis

spricht für die Güte der Übersetzung und die Reliabilität des Fragebogens. Eine wichtige Verbesserung im Unterschied zur Studie von Watkins et al. stellt die erstmalige Überprüfung der Test-Retest-Reliabilität des Cognitive Intrusions Questionnaire dar. Die Ergebnisse sind ermutigend und können die frühere Kritik, z.B. von Clark, in diesem Punkt entkräften. Das Instrument kann als ausreichend reliabel (stabil) für eine studentische Stichprobe gelten, weitere Analysen zur Reliabilität und Validität sollten dringend noch erfolgen. Für den standardmäßigen Einsatz an depressiven Stichproben müsste der Cognitive Intrusions Questionnaire verkürzt und hinsichtlich der Skalierung verbessert werden. Zwangsspezifische Items sollten überprüft und gegebenenfalls ersetzt werden. Bei der Test-Retest-Reliabilität sollte ein etwaiger Themenwechsel zwischen zwei Zeitpunkten mitberücksichtigt werden.

9.2 Diskussion der Studie 2

Bei allen Einschränkungen angesichts der nicht-probabilistischen Stichprobenziehung kann aufgrund der Analyse der Stichprobenkennwerte davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Teilnehmern um eine „normal“ belastete Stichprobe handelt, die langjährige Alltagssorgen seit vielen Jahren flexibel und durch vielfältige Copingstrategien bewältigt. Metakognitionen über die Schädlichkeit oder prinzipielle Unkontrollierbarkeit, wie sie bei Patientinnen und Patienten mit Generalisierter Angststörung für Worry typisch sind, wurden in der vorliegenden gesunden Stichprobe nicht gefunden. Sich-Sorgen-machen ist in der nichtklinischen Stichprobe „normal“ und weder als ich-dyston, noch als gefährlich eingeschätzt, insbesondere werden Sorgen und die Auslöser für Sorgengedanken nicht unterdrückt, und die Sorgengedanken werden nicht als übermäßig aufdringlich oder störend empfunden. Dabei sind Sorgen nicht „angenehm“: Typische Merkmale für Sorgen sind mangelnde eigene Problemlösezuversicht bei gleichzeitig hoher Schadenserwartung und abstrakter Informationsverarbeitung der Sorgen. Dieser letzte Aspekt, die mangelnde Konkretisierung der Situation, spricht für die Vermeidungshypothese von Borcovec et al. (1993). Die mangelnde Konkretisierung drückt sich in den Ergebnissen der vorliegenden Studie darin aus, dass die Probanden es im Vergleich zu Rumination signifikant häufiger unterlassen, sich Einzelheiten der Situation vorzustellen. Die Frage ist, ob verbales Worrying an sich das Auftreten von „arousal“ unterdrückt. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse sind es vielmehr worryspezifische Bewertungen und Strategien, mit deren Hilfe dieser psychische Prozess der

Erregungsdämpfung geleistet wird. Entlastung angesichts der doch deutlich beunruhigenden Sorgeninhalte kann eventuell die festgestellte „fatalistische“ Sichtweise bringen, denn bei Sorgen besteht weniger Problemlösezuversicht. Besteht aber wenig Problemlösezuversicht, werden, wie die Ergebnisse zeigten, auch weniger Anstrengungen für eine Problemlösung bzw. -vorbeugung unternommen. Dann kann es im Sinne von Erwartungs-x-Wert-Theorien auch leichter zu kognitiv entlastenden Verzerrungen kommen, und genau dies könnte zu dem relativ leichteren Loslassen von Sorgengedanken im Vergleich zu Ruminationsgedanken beitragen: Man kann sowieso „nichts machen“ und der befürchtete Schaden könnte ja auch gar nicht eintreten.

Die Befunde sprechen klar dafür, dass Personen beim Sich-Sorgen-machen in einer Art „Screening-Verfahren“ eine grobe Abschätzung ihrer Möglichkeiten vornehmen und sie den befürchteten Risiken gegenüberstellen. Insofern können die Ergebnisse vor dem Hintergrund des Ansatzes von Martin und Tesser diskutiert werden, dass mittels Worry Zieldiskrepanzen festgestellt und bearbeitet werden. Das Bedürfnis, vor sich selbst schuldlos zu bleiben, um nicht „hinterher“ grübelnd Schuldgefühle zu erleben, und die Rückversicherung, hinsichtlich potentiell bedrohlicher Situationen alles in seinen Möglichkeiten Stehende getan zu haben, stellen jedoch weiterhin hohe Motivationsquellen für Worry dar, und erklären, warum die Sorgengedanken nicht völlig aufhören.

Bei Rumination ist der Schaden schon geschehen: Die Dinge, die sich in der Vergangenheit abgespielt haben, und über die gegrübelt wird, hätten lösbar oder beeinflussbar sein können, und einen Teil der Verantwortung dafür schreiben sich die untersuchten Personen selbst zu. Darauf deuten auch die Schuldgefühle hin, die Rumination begleiten. Gleichzeitig geht Rumination mit enorm positiven Metakognitionen einher. Grübeln wird zu einer zeitweise „sinnvollen“ Aktivität. Die Personen der Stichprobe haben ein hohes Bedürfnis, die Bedeutung und Ursachen des Erlebten zu verstehen, und streben immer noch eine Lösung des Problems an, vielleicht, damit in Zukunft solche Ereignisse vermieden werden können. Hier wird die Brücke zu den Sorgengedanken geschlagen: Was wäre, wenn so etwas noch einmal passieren würde?

Die Befunde zum Profil von Rumination können ebenfalls sehr gut durch die Metakognitive Theorie von Mathews und Wells erklärt werden: Gesunde Personen erhoffen sich mehr Einsicht und ein besseres Verständnis ihrer Situation, sie wollen die Ursachen und Folgen des Erlebten ergründen und seine Bedeutung einordnen lernen, wenn sie grübeln. Diese Merkmale können im Sinn von Metakognitionen

interpretiert werden, sie stellen positive Einstellungen oder funktionale Erwartungen an den „Sinn und Zweck“ des Grübelns dar. Die erlebte Situation wird also konsequent mit möglichst vielen Einzelheiten rekonstruiert. Der Preis dieser Strategie ist, dass die auf diese Weise sehr klar „vor Augen“ stehenden, d.h. sehr bewußt konstruierten, Gedankeninhalte interferieren mit anderen Aufgaben, die gerade ebenso konzentriert bewältigt werden müssen. Hier zeichnet sich also ein zeitlich „nacheinander“ geordneter Ablauf unterschiedlicher Bewertungen und Metakognitionen über das Grübeln ab, der schließlich zur Entscheidung zum bewußten Ausstieg aus dem Grübeln führt. Eine zweite Interpretationsmöglichkeit ist die, dass die Person unterschiedliche Bewertungen zur gleichen Zeit erlebt, dann können die Befunde auch als Annäherungs-Vermeidungskonflikt interpretiert werden: Eine Annäherung an das Bedürfnis, das vergangene Ereignis in seiner Bedeutung zu verstehen, d.h. konsistent mit der Lebensgeschichte zu konstruieren, bei dem gleichzeitigem Wunsch, eine allzu große Störung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu vermeiden. Damit würde Grübeln bei gesunden Menschen der „unkontrollierten Kontrolle“ unterliegen. Solche Prozesse werden für nichtpathologische Selbstregulationsstrategien angenommen. Eine Zeitlang kann man „die Zügel locker lassen“, bevor man wieder „die Zügel anzieht“. Die Probanden lenken sich zu diesem Zweck mit etwas anderem ab, das viel Aufmerksamkeit verlangt. Diese Ablenkungsstrategie ist erklärbar mit dem Distraktionsstil der Response Styles Theory von Nolen-Hoeksema, allerdings wurde postulierte Polarität zwischen Rumination oder Distraction nicht bestätigt, eher scheinen gesunde Personen dieser Stichprobe beide „Stile“ flexibel und salutogen einsetzen zu können. Personen, die sich zu einem bestimmten Zeitpunkt entscheiden, wieder mit dem Grübeln aufzuhören und sich abzulenken, hätten relativ klare Stopp-Regeln, ab wann es sich nicht mehr lohnt, weiterzugrübeln. Deshalb können die Ergebnisse auch konsistent mit der Zielerreichungstheorie von Martin und Tesser erklärt werden. Hinsichtlich Worry, aber auch hinsichtlich Rumination sind die vorliegenden Befunde konform mit den Überlegungen von Segerstrom und Mitarbeitern (2000), die sich auf die Zielerreichungstheorie von Martin und Tesser beziehen. Worry resultiert aus ungelösten Sicherheitszielen, die in der Zukunft bedroht sein könnten. Demgegenüber resultiert Rumination als Folge ungelöster Ziele in der Vergangenheit in Bezug auf das eigene Selbstverständnis (self-identity) und das Bedürfnis, Erlebtes „konsistent“ einzuordnen. Das Einschätzen von

Zieldiskrepanzen im Hinblick auf wichtige (Lebens-)Ziele „lohnt“ das retrospektive bzw. prospektive Nachdenken auch um den Preis „unbehaglicher“ Gefühle.

9.3 Diskussion der Studie 3

Da es sich wiederum um eine nicht-probabilistische Stichprobenziehung handelt, müssen die Ergebnisse mit deutlichen Einschränkungen für den Geltungsbereich „aller“ unipolar depressiven, deutschen Patientinnen und Patienten versehen werden. Allerdings stellt die Erhebung als multizentrische Untersuchung sicher, dass im Gegensatz zu anderen Untersuchungen mögliche Verzerrungen (z.B. über spezifische Zuweisungskriterien bei depressiven Patienten) ausgeglichen werden und die Stichprobe mit 104 Personen ausreichend groß ist, um Aussagen mit größerer Sicherheit treffen zu können. Wie schon bei der Studie 2 gewinnt bei intraindividuellen Vergleichen einer großen Anzahl von Merkmalen das gewählte Korrekturverfahren für das Signifikanzniveau enorme Bedeutung, da es die Zahl der signifikanten Ergebnisse mitbestimmt. Bei dieser Untersuchung wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den Autoren, die den englischen Fragebogen einsetzten, die Bonferroni-Simes-Methode angewendet. Die Ergebnisse müssen also vor dem Hintergrund dieser gewählten statistischen Berechnung interpretiert werden. Es kann sein, dass aufgrund des strengen Korrekturverfahrens in der Grundgesamtheit depressiver Patienten weitere Merkmalsunterschiede bestehen, die aufgrund der Bonferroni-Simes-Methode aber insignifikant blieben.

Die Ergebnisse zum Konzeptvergleich zwischen Worry und Rumination der vorliegenden Stichprobe vermitteln das Bild einer „Spitze des Eisbergs“. Es bleiben noch drei Merkmale übrig, die „sichtbar“ spezifisch sind für Worry und Depression, der weitaus größere Anteil bildet einen großen, ununterscheidbaren Block. Worry und Rumination weisen im Konzeptvergleich solch eine veränderte Qualität im Vergleich zur gesunden Stichprobe auf, dass die wiederkehrenden Gedanken bei der depressiven Stichprobe als „Worry/Rumination“ bezeichnet werden müssen. Lediglich drei von 53 Merkmalen sind noch unterscheidbar: Die Befürchtung ernsthafter Konsequenzen, sollte der Gedanke wahrwerden und die längere Sorgenpersistenz (für Worry) sowie das Betrachten von Details (bei Rumination): „Ich konzentriere mich auf Einzelheiten der Situation, und erinnere mich, wie es passiert ist, oder stelle mir vor, wie es passieren könnte.“ Die vorliegenden Ergebnisse können am besten als Ausdruck der von Beck formulierten „kognitiven Triade“ interpretiert werden, der ausdrücklich auch

die Vorstellungen über die negative Zukunft, sonst ein Sorgenmerkmal, für automatische Gedanken in der Depression beschrieb. Die ausufernden Grübel- und Sorgengedanken sind fast ununterscheidbar, nicht einmal eine zeitliche Orientierung ist noch vorhanden, denn ein Vergangenheitsbezug bei Rumination und ein Zukunftsbezug für Worry wie bei der nichtklinischen Stichprobe ist überhaupt nicht mehr feststellbar. Die Diskussion zum sich überschneidenden Konzept Worry/Rumination bleibt insofern unbefriedigend, als dass die meisten Theorien (s. Teil 3) nicht erklären können, aus welchem Grund die bei gesunden Personen noch funktionalen Metakognitionen (z.B. im S-REF-Modell) in einer depressiven Episode „aus dem Ruder laufen“, oder warum Rumination und Worry als Zielerreichungsstrategien (Martin und Tesser) auf einmal pathologische Qualität bekommen. In bezug auf die Zielerreichungstheorie könnte man vermuten, dass ein kritisches Lebensereignis als mögliche Auslösebedingung für eine Major Depression wichtige Ziele in weite Ferne rücken lässt. Mit Hilfe von Rumination und Worry würde dann der Versuch unternommen, einen Ist-Soll-Vergleich vorzunehmen und über Wege zur Zielerreichung „nachzugrübeln“. Diese unerledigte Aufgabe wird leicht erinnert (Zeigarnik-Effekt), die Zieldiskrepanzen bleiben in einer Krise über lange Zeit bestehen und werden nicht in der erwarteten Zeit überwunden. Dies würde auch Worry/Rumination als „Erinnerungshilfe“ für den Abgleich zwischen Zielen und den Zieldiskrepanzen über lange Zeit notwendig machen. Gegen diese Konzeptionalisierung als Problemlösestrategie spricht nur, dass grübelnde Personen meist erkennen, was zu tun wäre, es aber nicht in Angriff nehmen (Lyobumirsky et al., 1999). Ganz besonders gilt dies für depressive, antriebsarme Patienten. Dann würde Rumination/Worry in einem quälenden inneren Leerlauf bestehen, der ständig auf die bestehenden Zieldiskrepanzen verweist, ohne dass es zu einer tatsächlichen Aktion zur Zielerreichung kommt. Am ehesten kann man die Befunde mit dem Teufelskreis aus schlechter Stimmung, Rumination/Worry und einer Verschlechterung kognitiver Prozesse (Konzentration, Entscheidungsfähigkeiten, Motivation), den Lyobumirsky und Nolen-Hoeksema untersuchten, in Verbindung setzen. Die Folge könnte sein, dass die Stopp-Regeln angezweifelt werden, die Entscheidung zum Ausstieg nicht mehr sicher getroffen werden kann, und die schlechte Stimmung (vgl. Netzwerkmodell von Bower) ständig erneut negative Kognitionen in Form von Worry/Rumination in Erinnerung ruft. Es gelingt der depressiv gewordenen Person folglich nicht mehr, klar zwischen dem Zulassen von Worry/Rumination und ihrem Ende zu differenzieren, also die „Zügel“ wieder „anzuziehen“. Für die Behandlung hat dies die Konsequenzen, dass

Therapeuten den Worry/Rumination-*Prozess* in der Depression mit dem Patienten besprechen müssen, nicht nur die Inhalte dysfunktionaler Grübelgedanken. Die Ergebnisse sprechen dafür, sowohl Worry/Rumination als *hoch belastendes „Brüten“ ohne Lösungsstrategien* über den Details von Problemen *zu beenden* als auch *aufrechterhaltende Metakognitionen* zu hinterfragen, die eventuell nicht ohne weiteres erkennbar sind, sondern als gefährlicher Eisberg unter der berichteten „Oberfläche“ der *Inhalte* der Gedanken lauern. Patienten brauchen offensichtlich Unterstützung dabei, aus dem top-down-Prozess der detaillierten Fehlerbetrachtung wieder herauszukommen. Sie sollten diejenigen Metakognitionen hinterfragen lernen, die Worry/Rumination *in einer Depression*, in einem qualitativ veränderten Stimmungstief, als zwar emotional anstrengende, aber weiterhin sinnvolle Aktivität erscheinen lassen. Die Ergebnisse können so interpretiert werden, dass Patienten in die Depression ihre Erfahrungen mit Worry und Rumination übertragen, die aus der Zeit *vor der Depression* stammen, in der Worry relativ gut zum Abschätzen ernsthafter zukünftiger Bedrohungen und Rumination als „Brainstorming“ für Problemlösungen und für die Einordnung von Mißerfolgen diene. Dieser Zweck verkehrt sich in der Depression ins Gegenteil: „Seeking solace, but finding despair“ faßt Wenzlaff die Effekte der Rumination in der Depression zusammen (in: Clark, 2005). Auf der Suche nach dem (früheren) Trost geraten die Patienten nur noch tiefer in die Verzweiflung.

Die vielen anderen Strategien, die Patientinnen und Patienten unserer Stichprobe einsetzten, stellen hingegen ein Reservoir an Ressourcen aus der nichtdepressiven Zeit dar, die genutzt werden sollten. Die befragten depressiven Personen waren positiv überrascht, welche Möglichkeiten sie kannten und nutzen könnten. Der eingesetzte Fragebogen kann auch Hinweise darauf geben, welche Strategie ein Patient getrost unterlassen könnte, statt „mehr derselben“ dysfunktional anzuwenden. Ein grundlegendes *Training zur Differenzierungsfähigkeit*, wie es Papageorgiou und Wells bei Depressiven durchführen, erscheint auch aufgrund der vorliegenden Ergebnisse zielführend.

Ein direkter Vergleich zwischen einer nichtklinischen und einer depressiven Stichprobe mit den entsprechenden statistischen Verfahren würde es ermöglichen, diese Hypothesen weiter zu überprüfen, um die deskriptiven, emotionalen, bewertenden oder strategischen Merkmale bei Worry und Rumination aufzufinden, die in der Depression deren dysfunktionale Qualität ausmachen und zur Aufrechterhaltung von Worry/Rumination beitragen. Auf diese Weise könnten in Folgeuntersuchungen auch Risikopatientinnen und -patienten identifiziert werden, die z.B am Ende einer

Diskussion der Studien

kognitiv-verhaltenstherapeutischen Depressionsbehandlung noch dysfunktionale Worry- und Ruminationsaspekte beibehalten haben, die eventuell einen Rückfall begünstigen.

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-01: Das S-REF-Modell von Wells & Matthews	50
Abbildung 4-01: Grundannahmen der Metakognitiven Therapie	77
Abbildung 4-02: Metakognitives Modell bei Worry in der Generalisierten Angststörung	78
Abbildung 4-03: Metakognitives Modell bei Rumination in der Depression	80
Abbildung 5-01: Prozentuale und absolute Häufigkeiten einzelner Studentengruppen der nichtklinischen Test-Retest-Reliabilitätsstichprobe (N=130)	124
Abbildung 5-02: Altersverteilung der nichtklinischen Test-Retest-Stichprobe mit Studenten aus Deutschland und der Schweiz (N=130)	125
Abbildung 6-01: Altersverteilung in der nichtklinischen Stichprobe	150
Abbildung 6-02: Familienstand in der nichtklinischen Stichprobe	151
Abbildung 6-03: Berufstätigkeit der nichtklinischen Stichprobe	152
Abbildung 6-04: Depressionswerte in der nichtklinischen Stichprobe	153
Abbildung 6-05: Angstsymptome in der nichtklinischen Stichprobe	154
Abbildung 6-06: Einschätzung der aktuellen Stimmung der nichtklinischen Stichprobe	154
Abbildung 6-07: Frequenz und Trigger von Ruminationsgedanken bei der nichtklinischen Stichprobe	160
Abbildung 6-08: Emotionale Beteiligung bei Rumination	161
Abbildung 6-09: Häufigkeit und Trigger von Worry in der nichtklinischen Stichprobe	162
Abbildung 6-10: Emotionale Beteiligung bei Worry in der gesunden Stichprobe	163
Abbildung 6-11a: Variablen mit höheren Worry-Werten bei der nichtklinischen Stichprobe	166
Abbildung 6-11b: Variablen mit höheren Worry-Werten bei der nichtklinischen Stichprobe	166
Abbildung 6-12: Affektive Variablen mit höheren Worry-Werten bei der nichtklinischen Stichprobe	167
Abbildung 6-13: Merkmale mit höheren Werten bei Rumination in der nichtklinischen Stichprobe (Teil I)	168
Abbildung 6-14: Merkmale mit höheren Werten bei Rumination in der nichtklinischen Stichprobe (Teil II)	168
Abbildung 6-15: Unterschiede bei Strategien bei der nichtklinischen Stichprobe	170
Abbildung 7-01: Altersverteilung in der klinischen Stichprobe	207
Abbildung 7-02: Familienstand in der klinischen Stichprobe	207
Abbildung 7-03: Berufstätigkeit der klinischen Stichprobe	209
Abbildung 7-04: Depressionswerte in der klinischen Stichprobe	210
Abbildung 7-05: Angstsymptome in der klinischen Stichprobe	211
Abbildung 7-06: Aktuelle Stimmung in der klinischen Stichprobe	212
Abbildung 7-07: Frequenz und Trigger bei Worry bei der klinischen Stichprobe	229
Abbildung 7-08: Emotionale Beteiligung bei Worry bei der klinischen Stichprobe	229
Abbildung 7-09: Frequenz und Trigger bei Rumination bei der klinischen Stichprobe	230
Abbildung 7-10: Emotionale Aspekte bei Rumination bei der klinischen Stichprobe	230
Abbildung 7-11: Unterschied in der Bewertung von Worry und Rumination	234
Abbildung 7-12: Unterschied in der Persistenz von Worry und Rumination	235
Abbildung 7-13: Unterschied in den Strategien bei Worry und Rumination	236

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 4-01: Therapieverfahren bei Worry und Rumination	69
Tabelle 5-01: Variablen des Cognitive Intrusions Questionnaire	97
Tabelle 5-02: Vergleich der Ruminationsvariablen (Ruminative Response Scale)	105
Tabelle 5-03: Fragebogenset: modifiziert nach Watkins, Moulds, & Mackintosh (2005)	109
Tabelle 5-04: Übersicht über die von der Autorin generierten Items des Fragebogens	114
Tabelle 5-05: Soziodemographische Beschreibung der nichtklinischen Test-Retest-Stichprobe (n=130; absolute und gültige prozentuale Häufigkeiten) getrennt nach Studenten aus Deutschland (Bamberg) und der Schweiz (Basel)	126
Tabelle 5-06: Momentane Stimmung, BDI-Werte und BAI-Werte der nichtklinischen studentischen Test-Retest-Reliabilitätsstichprobe (n=130) getrennt nach Studenten aus Deutschland (Bamberg) und der Schweiz (Basel) – Messzeitpunkt t1	127
Tabelle 5-07: Momentane Stimmung, BDI-Werte und BAI-Werte der nichtklinischen studentischen Test-Retest-Reliabilitätsstichprobe (n=130) getrennt nach Studenten aus Deutschland (Bamberg) und der Schweiz (Basel) – Messzeitpunkt t2	127
Tabelle 5-08: Test-Retest-Reliabilitätsergebnisse der Fragebogenvariablen des CIQ für die Worrygedanken: Korrelation der Mittelwertskalen des gesamten Itemsatzes zu t1 und t2 bei der nichtklinischen Studenten-Stichprobe (n=130)	128
Tabelle 5-09: Test-Retest-Reliabilitätsergebnisse der Fragebogenvariablen des CIQ für die Ruminationsgedanken: Korrelation der Mittelwertskalen des gesamten Itemsatzes zu t1 und t2 bei der nichtklinischen Studenten-Stichprobe (n=130)	128
Tabelle 6-01: Hypothesen Teil 1	136
Tabelle 6-02: Hypothesen Teil 2	137
Tabelle 6-03: Hypothesen Teil 3	138
Tabelle 6-04: Hypothesen Teil 4	139
Tabelle 6-05: Hypothesen Teil 5	140
Tabelle 6-06: Darstellung des ersten Teils der Fragebogenbatterie	144
Tabelle 6-07: Darstellung des zweiten Teils der Fragebogenbatterie	145
Tabelle 6-08: Vergleich zwischen Worry und Rumination bei Gesunden in Bezug auf generelle Deskriptoren, Bewertungen und Emotionen: Mittelwerte, Standardabweichungen, Effektstärken und t-Werte	164
Tabelle 6-09: Vergleich zwischen Worry und Rumination bei Gesunden in Bezug auf kognitive Strategien: Mittelwerte, Standardabweichungen, Effektstärken und t-Werte	165
Tabelle 6-10: Spezifische Merkmale für Worry und Vergleich der vorliegenden Studie mit Watkins et al. (2005)	175
Tabelle 6-11: Spezifische Merkmale für Rumination und Vergleich der vorliegenden Studie mit Watkins et al. (2005)	175
Tabelle 6-12: Spezifische Merkmale von Worry und Rumination	177
Tabelle 6-13: Gemeinsame Merkmale von Worry und Rumination	179
Tabelle 7-01: Erster Teils des Fragebogensets	197
Tabelle 7-02: Zweiter Teil des Fragebogensets	198
Tabelle 7-03: Teilnehmende Zentren	202
Tabelle 7-04: Anteil der depressiven Patienten aus den einzelnen Zentren	206
Tabelle 7-05: Auftreten von komorbiden Störungen in der depressiven Stichprobe	213
Tabelle 7-06: Worry- und Ruminationsthemen in der depressiven Stichprobe	215
Tabelle 7-07: Individuelle Beschreibungen von Worry und Ruminationsgedanken	223
Tabelle 7-08: Sorgengedanken der depressiven PatientInnen (n=104) und der gesunden Stichprobe (inklusive Studierende) (n=391) (Chi ² -Tests zur Signifikanzprüfung der statistischen Unabhängigkeit)	224
Tabelle 7-09: Grübelgedanken der depressiven PatientInnen (n=104) und der gesunden Stichprobe (inklusive Studierende) (n=391) (Chi ² -Tests zur Signifikanzprüfung der statistischen Unabhängigkeit)	225
Tabelle 7-10: Themenwahl bei der nichtklinischen und der depressiven Stichprobe im Vergleich	227
Tabelle 7-11 : Vergleich zwischen Worry und Rumination bei Depressiven in Bezug auf generelle Deskriptoren, Bewertungen und Emotionen: Mittelwerte, Standardabweichungen, Effektstärken und t-Werte	232
Tabelle 7-12 : Vergleich zwischen Worry und Rumination bei Depressiven in Bezug auf kognitive Strategien: Mittelwerte, Standardabweichungen, Effektstärken und t-Werte	233

12 Literaturverzeichnis

- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review, 21*, 683-703.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., et al. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 403-418.
- Andrews, V. H., & Borkovec, T. D. (1988). The differential effects of inductions of worry, somatic anxiety, and depression on emotional experience. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19*, 21-26.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 56*(6), 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Becker, E., & Margraf, J. (2002). *Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm*. Berlin: Springer.
- Berenbaum, H., Thompson, R. J., & Pomerantz, E. M. (2007). The relation between worrying and concerns: The importance of perceived probability and cost. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 301-311.
- Blagden, J. C., & Craske, M. G. (1996). Effects of active and passive rumination and distraction: A pilot replication with anxious mood. *Journal of Anxiety Disorders, 10*(4), 243-252.
- Blue, R. (1978). Ineffectiveness of an aversion therapy technique in treatment of obsessional thinking. *Psychological Reports, 43*(1), 181-182.
- Borkovec, T. D., Ray, W., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 561-576.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy, 21*, 9-16.
- Borkovec, T. D., & Lyonfields, J. D. (1993). Worry: Thought suppression of emotional processing. In H. W. Kroebe (Ed.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 101-118). Seattle, Kirkland, WA: Hogrefe & Huber.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Ed.). Berlin: Springer.
- Bowden, E. M., & Beeman, M. J. (1998). Getting the Right Idea: Semantic Activation in the Right Hemisphere May Help Solve Insight Problems. *Psychological Science, 9*(6), 435-440.
- Bower, G. (1981). Mood and memory. *American Psychologist, 36*, 129-148.

- Bowers, D., & Heilman, K. M. (1980). Pseudoneglect: effects of hemispace on a tactile line bisection task. *Neuropsychologia*, 18(4-5), 491-498.
- Brown, A. L., Bransford, J. D., Campione, J. C., & Ferrara, R. A. (1983). Learning, remembering and understanding. In J. Flavell & E. Markman (Eds.), *Handbook of Child Psychology. Vol. 3: Cognitive Development*. New York: John Wiley & Sons.
- Bühner, M. (2004). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.
- Cartwright-Hatten, S. (1997). Beliefs about Worry and Intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its Correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A Control-theory Approach to Human Behavior*. NY: Springer Verlag.
- Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2003). Pathological worry in depressed and anxious patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 533-546.
- Clark, D. A., & Purdon, C. L. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 967-976.
- Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted Intrusive Thoughts in Nonclinical Individuals: Implications for Clinical Disorders. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, Research, and Treatment* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Conway, M., Csank, P. A. R., Holm, S. L., & Blake, C. K. (2000). On Assessing Individual Differences in Rumination on Sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75(3), 404-425.
- Cottraux, J., Bouvard, M., Defayolle, M., & Messy, P. (1988). Validity and factorial study of the Compulsive Activity Checklist. *Behaviour Therapy*, 19, 45-53.
- Davidson, R. J., Abercrombie, H., Nitschke, J. B., & Putnam, K. (1999). Regional brain function, emotion and disorders of emotion. *Current Opinion in Neurobiology*, 9(2), 228-234.
- de Zubicaray, G. I., Andrew, C., Zelaya, F. O., Williams, S. C., & Dumanoir, C. (2000). Motor response suppression and the prepotent tendency to respond: a parametric fMRI study. *Neuropsychologia*, 38(9), 1280-1291.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2000). „WHO Internationale Klassifikation psychischer Krankheiten. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber.
- Eysenck, M. (1992). *Anxiety: The Cognitive Perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Feist, A. (2007). Struktur der Persönlichkeit und der Gefühle bei Depression. Retrieved 26.10.2007, 2007, from <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2007/954/>
- Fisseni, H. J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik* (2. Ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992a). Cognitive intrusions in a non-clinical population - I. Response style, subjective experience and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992b). Cognitive intrusions in a non-clinical population - II. Associations with depressive,

- anxious, and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 263-271.
- Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (2002). Distinct and Overlapping Features of Rumination and Worry: The Relationship of Cognitive Production to Negative Affective States. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 179-188.
- Gana, K., Martin, B., & Canouet, M. D. (2001). Worry and Anxiety: Is There a Causal Relationship? *Psychopathology*, 34(5), 221-229.
- Gazzaniga, M. S. (2000). Cerebral specialization and interhemispheric communication: Does the corpus callosum enable the human condition? *Brain*, 123(7), 1293-1326.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Laberge, M., & Lemay, D. (2007). Cognitive variables related to worry among adolescents: Avoidance strategies and faulty beliefs about worry. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 225-233.
- Grape, C., Sandgren M., Hansson L., Erikson M., & Theorell T. (2003). Does Singing Promote Well-Being? *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 38 (1), 65-74.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Burling, J., & Tibbs, K. (1992). Depression, self-focused attention, and the self-serving attributional bias. *Personality and Individual Differences*, 13, 959-965.
- Hackman, A., & Mc Lean, C. (1975). A comparison of flooding and thought stopping in the treatment of obsessional neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 263-269.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71(3), 419-431.
- Harvey, A. (2003a). Beliefs about the utility of pre-sleep worry: an investigation of individuals with insomnia and good sleepers. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 403-414.
- Harvey, A. (2003b). The attempted suppression of pre-sleep cognitive activity in insomnia. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 593-602.
- Harvey, A., & Greenall, E. (2003). Catastrophic worry in insomnia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 11-23.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall, H., & Keller, F. (1994). *Das Beck Depression-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., & De Jong-Meyer, R. (1998). Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Stark, W., & Treiber, R. (1989). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Horowitz, M. J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress: A summary. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1457-1463.
- Hoyer, J., Becker, E. S., & Roth, W. T. (2001). Characteristics of worry in GAD patients, social phobics, and controls. *Depression and Anxiety*, 13(2), 89-96.
- Hoyer, J., & Gräfe, K. (1999). Metakognitionsfragebogen. Unveröffentlichtes Manuskript, Technische Universität Dresden.
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta.

- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2005). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Ed.). Berlin: Springer.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies. In D. M. Dolays & R. L. Meredith (Eds.), *Behavioral Medicine: Assessment and Treatment Strategies* (pp. 473-497). New York: Plenum Press.
- Klieger, D. M., & Cordner, M. D. (1990). The stroop task as measure of construct accessibility in depression. *Personality and individual differences*, 11(1), 19-27.
- Kollei, I. (2007). *Geschlechtsunterschiede bei Sorgen und Grübeln: Inhaltliche und metakognitive Aspekte*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- Kornhuber, H. H. (1973). Neural control of input into long-term memory: limbic system and amnesic syndrome in man. In H. P. Zippl (Ed.), *Memory and transfer of information*. New York: Plenum Press.
- Korntheuer, P. (2004). Rumination im Alltag: Inhalte, Verlauf, Vorhersage und klinische Aspekte gedanklicher Bewältigung. Dissertation an der Universität für Psychologie und Sportwissenschaften.
- Kreutz, G., Bongard S., Rohrmann, S., Hodapp, V., & Grebe, D. (2004). Effects of Choir Singing or Listening on Secretory Immunoglobuline A, Cortisol, and Emotionale State. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(6), 623-635.
- Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients: an investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychol Med*, 29(6), 1323-1333.
- Kuhl, J. (1981). Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state versus action orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 155-170.
- Lakatos A. & Reinecker, H. (2007). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000a). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 157-173.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000b). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 2. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 175-189.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford: Oxford University Press US.
- Lazarus, R. S. (1993). Why we should think of stress as a subset of emotion. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: The Free Press.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer-Verlag.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Verlag.

- Likierman, H., & Rachman, S. (1982). Obsessions: An experimental investigation of thought-stopping and habituation training. *Behavioural Psychotherapy*, 10, 324-338.
- Linehan, M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. (pp. 73-86). Reno: Context Press.
- Loftus, E. F. (1979). *Eyewitness testimony*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 166-177.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *J Pers Soc Psychol*, 65(2), 339-349.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.
- Lyubomirsky, S., & Tkach, C. (2004). The Consequences of Dysphoric Rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination* (pp. 21-42). Chichester: Wiley & Sons.
- Lyubomirsky, S., Tucker, D. M., Caldwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1041-1060.
- MacLeod, C. M. (1992). The Stroop Task: The "Gold Standard" of Attentional Measures. *Journal of Experimental Psychology: General*, 121(1), 12-14.
- Margraf, J. (1994). *Mini-Dips. Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Margraf, J., & Ehlers, A. (in Vorbereitung). *Das Beck Angst-Inventar (BAI)*.
- Martin, L., Shrira, I., & Startup, H. M. (2004). Rumination as a Function of Goal Progress, Stop Rules, and Cerebral Lateralization. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination*. Chichester: John Wiley & Sons
- Martin, L., & Tesser, A. (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In J. S. U. J. A. Bargh (Ed.), *Unintended thought* (pp. 306-326). New York: Guilford Press.
- Martin, L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In J.R.S. Wyer (Ed.), *Ruminative Thoughts* (pp. 1-47). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Matthews, G., & Wells, A. (2004). Rumination, Depression, and Metacognition: the S-REF Model. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Meister, T. (2007). *Zur Erfassung von depressiven Grübelgedanken und Sorgen: Die Test-Retest-Reliabilitätsbestimmung der deutschen Übersetzung des integrativen Fragebogens "Cognitive Intrusions Questionnaire"*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- Meyer, A. M., & Peterson, R. R. (2000). Structural influences on the resolution of lexical ambiguity: an analysis of hemispheric asymmetries. *Brain and Cognition*, 43(1-3), 341-345.
- Meyer, H. (2004). *Theorie und Qualitätsbeurteilung psychometrischer Tests*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.

- Milner, A. D., Brechmann, M., & Pagliarini, L. (1992). To halve and to halve not: an analysis of line bisection judgements in normal subjects. *Neuropsychologia*, 30(6), 515-526.
- Morrow, J., & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 519-527.
- Nolan, S. A., Roberts, J. E., & Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). *Warum Frauen zu viel denken. Wege aus der Grübelfalle*. Frankfurt am Main: Eichborn AG.
- Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 855-862.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and distress following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and emotion*, 7(6), 561-570.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *J Pers Soc Psychol*, 67(1), 92-104.
- Ochsner, K. N. (2000). Are affective events richly recollected or simply familiar? The experience and process of recognizing feelings past. *Journal of Experimental Psychology: General*, 129(2), 242-261.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (1999a). Process and Meta-Cognitive Dimensions of Depressive and Anxious Thoughts and Relationships with Emotional Intensity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 156-162.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001b). Positive Beliefs About depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report Scale: Special series: On understanding the persistence of depressive and anxious thinking. *Behavior Therapy*, 32(1), 13-26.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004a). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004b). Nature, Functions, and Beliefs about Depressive Rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 3-21). Chichester: Wiley & Sons.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166.

- Persons, J. B., & Foa, E. B. (1984). Processing of fearful and neutral information by obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 22(3), 259-265.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (2005). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Posner, M. I., & Snyder, C. R. R. (1975). Attention and cognitive control. In R. L. Solso (Ed.), *Information processing and cognition: The Loyola symposium* (pp. 55-85). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37(11), 1029-1054.
- Purdon, C. (2004). Psychological Treatment of Rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination* (pp. 217-240). Chichester: John Wiley & Sons.
- Purdon, C. (2005). Unwanted intrusive thoughts: Present status and future directions. In D. A. C. (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research, and treatment* (pp. 226-244). New York: Guilford Press.
- Rachman, S. (1981). Part 1. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rassin, E., Merckelbach, H., & Muris, P. (2000). Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 973-995.
- Reinecker, H. (1993). *Phobien*. Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H. (1994). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Reinecker, H. (1994). *Zwänge. Diagnose, Therapie und Behandlung*. Bern: Huber.
- Reinecker, H. (1999). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT.
- Reinecker, H., Halla, R., & Rothenberger, A. (Eds.) (2000). *Zwangsstörungen. Grundlagen, Zwänge bei Kindern, Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Reinecker, H. (Ed.). (2003). *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie: Modelle psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H., & Fiedler, P. (1997). *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie: eine Kontroverse*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Robinson, S. M., & Alloy, L. B. (2003). Negative inferential style and stress-reactive rumination: Interactive risk factor in the etiology of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 275-291.
- Roemer, L., & Borkovec, T. D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 467-474.
- Rotenberg, V. S., & Weinberg, I. (1999). Human memory, cerebral hemispheres, and the limbic system: a new approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 125(1), 45-70.
- Rusting, C. L. (1999). Interactive Effects of Personality and Mood on Emotion-Congruent Memory and Judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1073-1086.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-584.

- Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment* (pp. 33-50). New York: Guilford Press.
- Sarason, I. G., Pierce, G. R., & Sarason, B. R. (1996). Domains of cognitive interference. In I. G. Sarason, G. R. Pierce & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods and findings* (pp. 139-152). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen–Textrevison–DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Segal, Z., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach for Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- Segerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., & Craske, M. G. (2000). Worry and Rumination: Repetitive Thought as a Concomitant and Predictor of Negative Mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 671-688.
- Shiffrin, R. M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and a general theory. *Psychological Review*, 84(2), 127-190.
- Siegl, J. (2006). "Wenn Entscheidungen Sorgen bereiten" - Untersuchungen zu Ausmaß und Inhalten von "Worrying" sowie zu dem Zusammenhang von "Worrying" und "Decision-Making" unter Berücksichtigung klinischer und nichtklinischer Gruppen. Dissertation an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- Siegle, G. J. (1999). A neural network model of attention biases in depression. *Prog Brain Res*, 121, 407-432.
- Simes, R. J. (1986). An improved Bonferroni procedure for multiple tests of significance. *Biometrika*, 73(3), 751-754.
- Spasojevic, J., & Alloy, L. B. (2002). Who becomes a depressive ruminator? Developmental antecedents of ruminative response style. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16(4), 405-419.
- Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: A preliminary report. *Behavior Research and Therapy*, 33, 55-56.
- Startup, H. M., & Davey, G. C. (2001). Mood as input and catastrophic worrying. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 83-96.
- Stavemann, H. H. (2003). *Therapie emotionaler Turbulenzen*. Weinheim: Beltz, PVU.
- Stöber, J. (1995). Besorgnis: Ein Vergleich dreier Inventare zur Erfassung allgemeiner Sorgen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16(1), 50-63.
- Stöber, J., & Joormann, J. (2001). A short form of the Worry Domains Questionnaire: construction and factorial validation. *Personality and Individual Differences*, 31, 591-598.
- Tallis, F., Davey, G. C., & Bond, A. (1994). The Worry Domains Questionnaire. In G. C. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment* (pp. 285-297). New York: Wiley.
- Tallis, F., & Eysenck, M. (1994). Worry: Mechanisms and modulating influences. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 22, 37-56.
- Tallis, F., Eysenck, M., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and individual differences*, 13(2), 161-168.

- Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-26.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, Cognition, and Change: re-modelling depressive thought*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 347-357.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Thayer, J. F., Friedmann, B. H., & Borkovec, T. D. (1996). Automatic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry*, 39, 255-266.
- Tomarken, A. J., & Keener, A. D. (1998). Frontal Brain Asymmetry and Depression: A Self-regulation Perspective. *Cognition & Emotion*, 12(3), 387-420.
- Trask, P. C., & Sigmon, S. T. (1999). Rumination and distracting: The effects of sequential tasks on depressed mood. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 231-246.
- van Randenborgh, A., & de Jong-Meyer, R. (2007). *Thinking to much of one's preferences: Self-focused Thinking mediates the effects of rumination on indecisiveness in depressed mood*. Paper presented at the World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies Barcelona.
- Watkins, E. (2004a). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences*, 37(4).
- Watkins, E. (2004b). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9).
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Differences*, 30(5), 723-734.
- Watkins, E., Moulds, M., & Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behav Res Ther*, 43(12), 1577-1585.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1991). The Mood and Anxiety Symptom Questionnaire. University of Iowa. Unpublished manuscript.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34-52.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13.
- Wegner, D. M., & Wenzlaff, R. M. (1996). Mental control. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 466-492). New York: Guilford Press.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 615-640.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.

- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behavior Research and Therapy*, 34(11-12), 881-888.
- Wenzlaff, R. M. (2002). Thought suppression and memory biases during and after depressive moods. *Cognition & Emotion*, 16(3), 403-422.
- Wenzlaff, R. M. (2004). Mental Control and Depressive Rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wenzlaff, R. M., & Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: How lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1559-1571.
- Wenzlaff, R. M., & Bates, D. E. (2000). The Relative Efficacy of Concentration and Suppression Strategies of Mental Control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(10), 1200 - 1212.
- Wenzlaff, R. M., & Eisenberg, A. R. (2001). Mental control after dysphoria: Evidence of a suppressed, depressive bias: Special series: On understanding the persistence of depressive and anxious thinking. *Behavior therapy*, 32(1), 27-45.
- Wenzlaff, R. M., Rude, S. S., & West, L. M. (2002). Cognitive vulnerability to depression: The role of thought suppression and attitude certainty. *Cognition & Emotion*, 27, 293-308.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 59-91.
- Williams, J. M. G., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). The Emotional Stroop Task and Psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120(1), 3-24.
- Wolfersdorf, M., & Heindl, A. (2003). *Chronische Depression. Grundlagen, praktische Erfahrungen und Empfehlungen*. Berlin: Pabst Science Publishers.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.
- Zeigarnik, B. (1927). On finished and unfinished tasks. *Psychologische Forschung*, 9, 1-85.
- Zeigarnik, B. (1938). On finished and unfinished tasks. In W. D. Ellis (Ed.), *A Source Book of Gestalt Psychology* (pp. 300-314). New York: Horcourt, Brace & World.

Anmerkung: Die Zitierweise erfolgte nach den Richtlinien der APA (American Psychological Association (APA, 5.)

13 Anhang

13.1 Fragebogenset der Autorin für die empirischen Untersuchungen

Fragebogen für Repetitive Negative Gedanken (FRNG)

© Copyright 2007, Angela Rischer, für die deutsche Fassung des Cognitive Intrusions Questionnaire (S. 9-15 und 18-25), des Set of Worry Items (S. 7-8) und des Set of Ruminative Items (S. 16-17).

Quelle: Englische Fassung des Fragebogensets von Watkins et al. (2005) unter Verwendung des Cognitive Intrusion Questionnaire von Freeston et al. (1994), Worry Domains Questionnaire (Tallis, Eysenck & Mathews, 1992; Stöber & Joormann, 2001) und Response Style Questionnaire (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

Verwendung des Beck Angst Inventars (Margraf & Ehlers, 1998, i.V.) mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Jürgen Margraf, Universität Basel.

Verwendung der zehn deutschen Items der Worry Domains Questionnaire-Kurzform (WDQ-K, Stöber & Joormann, 2001) mit freundlicher Genehmigung von Dr. Joachim Stöber, Universität Halle.

Information und Einverständniserklärung zur Untersuchung von wiederkehrenden Gedanken

In diesem Fragebogen können Sie herausfinden, **wie Sie mit Sorgen oder Grübel-Gedanken umgehen**. Nahezu jeder Mensch grübelt hin und wieder über ein Problem und jeden Tag gibt es Ereignisse, die einem Anlass zur Sorge geben können. Die meisten kennen aus eigener Erfahrung einen der Gedanken, die in diesem Fragebogen aufgeführt sind. Zudem möchten wir wissen, wie Sie sich jetzt und generell in der letzten Woche gefühlt haben. Sie brauchen dazu etwa 45-60 Minuten.

- In der psychologischen Forschung werden ganz aktuell diese wiederkehrenden negativen Gedanken untersucht, d.h. unerfreuliche Gedanken, die einem Kummer und Sorgen bereiten.
- **Wir interessieren uns für diese Gedanken, denn sie betreffen praktisch jeden von uns. Sie können aber auch, wenn sie häufiger und intensiver werden, Anzeichen für psychische Belastungen sein.**
 - Das **Ziel dieser Untersuchung** ist es zu bestimmen, wie Menschen in unterschiedlicher Stimmung mit Grübeln und Sorgen umgehen.
 - Damit hoffen wir - mit Ihrer Unterstützung - etwas dazu beitragen zu können, **Menschen wirkungsvoller zu helfen**, negative Gedanken zu bewältigen.

Datenschutz: Jede Information über Ihre Person, seien es persönliche Daten oder schriftlich festgehaltene Gedanken und Gefühle, wird vollständig vertraulich und sicher behandelt. Das Datenblatt mit Ihren Angaben zur Person wird als erstes abgetrennt, so dass danach nicht mehr nachvollziehbar ist, wer welchen Fragebogen ausgefüllt hat. Wir brauchen Ihre persönlichen Daten nur zu statistischen Zwecken, z.B. um die Ergebnisse getrennt nach Alter, Beruf oder Geschlecht auswerten zu können. Die erhobenen Daten werden wissenschaftlich ausgewertet. Veröffentlichungen der Ergebnisse werden in Form einer statistischen Ergebnisdarstellung erfolgen, so dass eine personenbezogene Zuordnung keinesfalls möglich ist.

Bitte sprechen Sie uns an, falls Sie noch Fragen haben!

Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden, in dem Ziele, Dauer und Ablauf der Untersuchung erklärt werden. Ich bin darüber informiert,

- dass die Untersuchung ein Forschungsprojekt ist
- dass jegliche persönliche Information streng vertraulich behandelt wird
- dass meine Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist.

Ich stimme zu, an dieser Untersuchung teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich (s. unten) oder an die Person, die Ihnen den Fragebogen ausgehändigt hat.

Leiterin der Studie:

Bei dieser Studie unterstützen mich MitarbeiterInnen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Erlangen-Nürnberg, des Psychologischen Instituts der Universität Basel und des Psychologischen Instituts der Universität Bamberg.

— — — — —
Mutter Vater

Heutiges Datum:

Alter: Jahre

Geschlecht: ☐ weiblich
☐ männlich

Familienstand:

- ☐ ledig
- ☐ mit Partner/in, nicht zusammenlebend
- ☐ verheiratet / in fester Partnerschaft zusammenlebend
- ☐ getrennt lebend/ geschieden
- ☐ verwitwet
- ☐ ich habe ... Kind(er)

Berufstätig?

- ☐ nicht berufstätig
- ☐ ganztags berufstätig
- ☐ Teilzeit berufstätig

Ausbildung:

- ☐ Hauptschule
- ☐ Realschule
- ☐ Gymnasium/Fachgymnasium
- ☐ Lehre
- ☐ Studium an Universität/Fachhochschule
- ☐ Andere:

Art der Berufstätigkeit:

- ☐ ungelernte/r Arbeiter/in
- ☐ gelernte/r Arbeiter/in
- ☐ Facharbeiter/in; Angestellte/r
- ☐ mittlere/r und höhere/r Angestellte/r, Beamtin, Beamter
- ☐ Hausfrau, Hausmann
- ☐ Schüler/in, Student/in, Auszubildende/r
- ☐ Selbständige/r
- ☐ Rentner/in, Vorruhestand

Bitte füllen Sie die folgenden Fragebögen nacheinander aus. Bitte lassen Sie keine Frage aus. Wir können Ihre Antworten nur dann auswerten, wenn Sie nichts „überspringen“!

Wie ist Ihre Stimmung **im Moment**? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an!

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
sehr mittel sehr
schlecht mäßig gut

In den folgenden Fragebögen BDI und BAI geht es darum, wie Sie sich in der **letzten Woche** gefühlt haben.
Weitere Erklärungen, wie Sie etwas ausfüllen sollen, finden Sie im Fragebogen.

BAI

(Margraf & Ehlers, 1998, i.V.)

Im Folgenden finden Sie eine Aufstellung von Empfindungen, die vorkommen können, wenn man **ängstlich** ist. Bitte lesen Sie diese Empfindungen sorgfältig durch. Geben Sie jeweils an, wie sehr Sie durch jede dieser Empfindungen **in der letzten Woche, einschließlich heute** belastet waren, indem Sie ein **Kreuz** in der zutreffenden Spalte machen.

		Über- haupt nicht	wenig es störte mich nicht sehr	mittel es war sehr unangenehm, aber ich konnte es aushalten	stark ich konnte es kaum aushalten
1.	Taubheit oder Kribbeln				
2.	Hitzegefühl				
3.	Weiche Knie oder Beine				
4.	Unfähig, mich zu entspannen				
5.	Befürchtung des Schlimmsten				
6.	Schwindlig oder benommen				
7.	Herzrasen oder Herzklopfen				
8.	Wacklig oder schwankend				
9.	Schrecken				
10.	Nervös				
11.	Erstickungsgefühle				
12.	Zitternde Hände				
13.	Zittrig				
14.	Angst, Kontrolle zu verlieren				
15.	Atembeschwerden				
16.	Angst zu sterben				
17.	Furchtsam				
18.	Magen- und Darmbeschwerden				
19.	Schwächegefühl				
20.	Glühendes Gesicht				
21.	Schwitzen (nicht wegen Hitze)				

(hier nichts eintragen)

(0) ____

(1) ____

(2) ____

(3) ____ **S** ____

BDI

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0,1,2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- | | |
|---|---|
| A | F |
| 0 Ich bin nicht traurig. | 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein. |
| 1 Ich bin traurig. | 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden. |
| 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los. | 2 Ich erwarte, bestraft zu werden. |
| 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage. | 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein. |
| B | G |
| 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft. | 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht. |
| 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft. | 1 Ich bin von mir enttäuscht. |
| 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann. | 2 Ich finde mich fürchterlich. |
| 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann. | 3 Ich hasse mich. |
| C | H |
| 0 Ich fühle mich nicht als Versager. | 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen. |
| 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt. | 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen. |
| 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge. | 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel. |
| 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein. | 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht. |
| D | I |
| 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher. | 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun. |
| 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher. | 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun. |
| 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen. | 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen. |
| 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt. | 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte. |
| E | J |
| 0 Ich habe keine Schuldgefühle. | 0 Ich weine nicht öfter als früher. |
| 1 Ich habe häufig Schuldgefühle. | 1 Ich weine jetzt mehr als früher. |
| 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle. | 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit. |
| 3 Ich habe immer Schuldgefühle. | 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich nicht mehr, obwohl ich es möchte. |

_____ Subtotal Seite 1

K

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

L

- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
- 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
- 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
- 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M

- 0 Ich bin so entschlossen wie immer.
- 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
- 2 Es fällt mir schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
- 1 Ich mache mir Sorgen, dass ich als oder unattraktiv aussehe.
- 2 Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen.
- 3 Ich finde mich hässlich.

O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Q

- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 1 Ich ermüde schneller als früher.
- 2 Fast alles ermüdet mich.
- 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen

☐ JA ☐ NEIN

T

- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um eine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden, oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es schwer fällt, an etwas anderes zu denken.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.

U

- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex als früher.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

_____ Subtotal Seite 2

_____ Subtotal Seite 1

_____ **Summenwert**

1. Bitte **lesen** Sie die folgende Liste der wiederkehrenden Gedanken **vollständig** durch
 2. **Wählen** Sie den **einen** Gedanken, den Sie bei sich schon **öfters** bemerkt haben oder der für Sie **persönlich am besten** zutrifft.
 3. Bitte **beschreiben** Sie kurz diesen Gedanken so, wie er für Sie zutrifft.
- Beispiel:** *Ich mache mir Gedanken darüber (oder sehe bildlich vor mir),
dass mein Geld nicht reicht*
- ... ich mache mir Sorgen, dass es finanziell immer enger wird, weil eine Mieterhöhung ansteht.....* oder
- ... ich stelle mir vor, was ich mir gerne kaufen würde, was aber derzeit nicht geht*

Ich mache mir Gedanken darüber (oder sehe bildlich vor mir),

☐ 1. dass mein Geld nicht reicht

.....
.....

☐ 2. dass ich nicht selbstsicher bin oder meine Meinung nicht zum Ausdruck bringen kann

.....
.....

☐ 3. dass meine Berufsaussichten nicht gut sind

.....
.....

☐ 4. dass sich meine Familie über mich ärgert oder nicht mit dem einverstanden ist, was ich tue

.....
.....

☐ 5. dass ich meine Ziele nie erreichen werde

.....
.....

☐ 6. dass ich mein Arbeitspensum nicht schaffe

.....
.....

☐ 7. dass finanzielle Probleme meine Urlaubs- und Reisepläne einschränken

.....
.....

☐ 8. dass ich mir nichts leisten kann

.....
.....

☐ 9. dass ich mich unsicher fühle

.....
.....

☐ 10. dass ich meine Rechnungen nicht bezahlen kann

.....
.....

☐ 11. dass meine Lebensbedingungen unzulänglich sind

.....
.....

☐ 12. dass mein Leben vielleicht keinen Sinn hat

.....
.....

Ich mache mir Gedanken darüber (oder sehe bildlich vor mir),

☐ 13. dass ich nicht fleißig genug bin

.....

☐ 14. dass andere mich nicht anerkennen

.....

☐ 15. dass es mir schwerfällt, eine feste Beziehung aufrechtzuerhalten

.....

☐ 16. dass ich Arbeit liegen lasse

.....

☐ 17. dass ich nicht genügend Zuversicht habe

.....

☐ 18. dass ich unattraktiv bin

.....

☐ 19. dass ich mich vor anderen blamiere

.....

☐ 20. dass ich gute Freunde verliere

.....

☐ 21. dass ich nicht geliebt werde

.....

☐ 22. dass ich zu spät zu einem Termin komme

.....

☐ 23. dass ich bei meiner Arbeit Fehler mache

.....

☐ 24. dass es Millionen von Menschen in der Dritten Welt gibt, die verhungern,
während es woanders Überfluss gibt

.....

☐ 25. dass Menschenrechte verletzt werden

.....

☐ 26. Gedanken oder Bilder über die Umweltverschmutzung

.....

☐ 27. dass auf der ganzen Welt Menschen sich gegenseitig schlecht behandeln

.....

☐ 28. dass das Gesundheitssystem immer schlechter wird

.....

Bitte behalten Sie Ihren ausgewählten Gedanken im Kopf und beantworten Sie die folgenden Fragen zu diesem einen Gedanken.

1. Wie oft kommt Ihnen dieser Gedanke oder dieses Bild in den Kopf?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

extrem

die ganze Zeit

selten

2. Wie lange dauert der wiederkehrende Gedanke gewöhnlich?

ca. Min.

ca. Std.

3. Seit wann haben Sie schon diesen (oder einen ähnlichen) wiederkehrenden negativen Gedanken?

seit ca. Woche(n) oder

seit ca. Monaten oder

seit ca. Jahren

4. Manchmal bemerkt man, dass ein wiederkehrender negativer Gedanke durch ein bestimmtes Ereignis *ausgelöst* wurde, z.B. eine bestimmte Person oder ein bestimmtes Objekt zu sehen, in einer bestimmten Stimmung zu sein, einen bestimmten Gedankengang zu haben, usw. Wie oft bemerken Sie einen solchen Auslöser, der Ihre wiederkehrenden Gedanken „startet“?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

nie

die ganze Zeit

Bitte beschreiben Sie einen solchen Auslöser:

5. In welchem Ausmaß kommt der Auslöser eher von außen (d.h. von einer Person oder einem Ereignis) oder von innen (ein Gedanke oder Gefühl)?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

nur von
außen

gleiche
Anteile

nur von innen

6. Wie sehr versuchen Sie, diesen Auslöser zu vermeiden?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

gar nicht

mittel

extrem

7. Zu wieviel Prozent der Zeit (0-100 %) taucht der wiederkehrende Gedanke in Form von Worten (z.B. als inneres Selbstgespräch) oder in Form von Bildern (z.B. einer Szene, die Sie vor Ihrem geistigen Auge sehen) auf?

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

immer
in Worten

gleiche
Anteile

immer als Bild

8. Wie traurig oder unglücklich macht Sie dieser wiederkehrende Gedanke?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

gar nicht

mäßig

sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

21. Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um ein reales Problem oder eine reale Situation
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
22. Das Problem, um das sich der wiederkehrende Gedanke dreht, kann geändert oder gelöst werden
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
23. Ich gebe mir sehr große Mühe, das im Gedanken beschriebene Problem zu lösen
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
24. Ich bin zuversichtlich, das im Gedanken beschriebene Problem lösen zu können
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
25. Ich habe ziemlich viel Kontrolle über den wiederkehrenden Gedanken
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
26. Die im wiederkehrenden Gedanken beschriebene Situation wird wahrscheinlich eintreffen
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
27. Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um die Zukunft
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
28. Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um die Vergangenheit
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
29. Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um die Gegenwart
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
30. Der wiederkehrende Gedanke zieht mich in seinen Bann
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
31. Es ist gegen meine Überzeugung, solche Gedanken zu haben
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
32. Ich kann es vollkommen akzeptieren, solche Gedanken zu haben
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

33. Ich muss den Gedanken nicht haben, wenn ich nicht will
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
34. Ich muss versuchen, die Situation zu verstehen, um die sich der Gedanke dreht
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
35. Meine Reaktionen auf den wiederkehrenden Gedanken sind vernünftig
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
36. Wenn der Gedanke wahr werden würde, hätte das ernsthafte Folgen
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
37. Die Situation, um die sich der Gedanke dreht, ist etwas, dem ich vorbeugen muss
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
38. Ich fühle mich für das Auftreten des wiederkehrenden Gedankens verantwortlich
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
39. Ich fühle mich für die Situation verantwortlich, um die sich der Gedanke dreht
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
40. Um was sich der Gedanke inhaltlich dreht, ist für mich persönlich wichtig
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
41. Ich fühle einen starken Drang, auf den Gedanken hin etwas tun zu müssen
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
42. Während ich darüber nachdenke, werde ich immer bedrückter
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
43. Der Gedanke ist ein Zeichen, dass ich etwas Wichtiges lange Zeit verdrängt habe
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
44. Ich weiß nicht, wann ich aufhören soll, über das Problem nachzudenken
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

45. Die Gedanken führen mir vor Augen, wie sehr ich oder andere in Schwierigkeiten stecke(n) oder leide(n)
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
46. Wenn ich darüber nachdenke, habe ich das Gefühl, dass ich es wenigstens vor mir selbst eingestehen kann, dass es mir schlecht geht
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
47. Ich bin unsicher, ob es gut ist, sich von dem wiederkehrenden Gedanken abzulenken
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
48. Es ärgert mich, dass ich keine Lösung finde
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
49. Es bedrückt mich, dass ich keine Lösung finde
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

Wie reagieren Sie im Allgemeinen auf diesen wiederkehrenden Gedanken?

1. Bitte schätzen Sie ein, wie oft Sie die folgenden Reaktionen haben, wenn Sie über diesen Gedanken nachgrübeln, den Sie vorhin beschrieben haben.
2. Wie hilfreich oder erfolgreich finden Sie Ihre Reaktion oder Methode, um Ihren Gedanken loszuwerden oder erträglicher zu machen? Bitte kreuzen Sie die Zahl an.
3. Falls Sie eine Methode nicht „angewendet“ haben, brauchen Sie nicht anzugeben, wie erfolgreich sie war.

50. Ich lenke mich mit Dingen um mich herum ab
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 nie manchmal immer
51. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 gar nicht mäßig sehr

52. Ich konzentriere mich auf andere Aufgaben
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 nie manchmal immer
53. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 gar nicht mäßig sehr

54. Ich ersetze den Gedanken durch einen anderen, erfreulicheren Gedanken
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 nie manchmal immer
55. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 gar nicht mäßig sehr

56. Ich sage zu mir selber „Stopp“

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

57. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

58. Um mich zu beruhigen, spreche ich mit jemandem

[illegible]

59. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

60. Ich rüge mich selber

[illegible]

61. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

62. Ich sage mir, dass der Gedanke nichts bedeutet

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

63. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

64. Ich neutralisiere ihn durch einen anderen Gedankengang

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchnal immer

65. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

66. Ich ersetze den Gedanken durch einen anderen negativen Gedanken oder ein kleineres Problem

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

67. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

68. Ich analysiere die Situation oder das Problem, um das sich der Gedanke dreht

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchen immer

69. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1. Bitte **lesen** Sie die folgende Liste der wiederkehrenden Gedanken **vollständig** durch
2. **Wählen** Sie den **einen** Gedanken aus, den Sie bei sich schon öfters bemerkt haben oder der für Sie persönlich am besten zutrifft.
3. Bitte **beschreiben** Sie kurz diesen Gedanken so, wie er für Sie persönlich zutrifft.

Beispiel: *Ich mache mir Gedanken darüber (oder sehe bildlich vor mir),
wie alleine ich mich fühle*

*.....ich grüble, warum keiner für mich da ist, wenn ich ihn brauche oder
..... ich sehe mich allein zuhause sitzen, und die anderen treffen sich ohne mich...*

Ich denke darüber nach (oder sehe bildlich vor mir),

☐ 1. wie alleine ich mich fühle

.....
.....

☐ 2. dass ich müde bin und mir alles weh tut

.....
.....

☐ 3. wie schwierig es ist, sich zu konzentrieren

.....
.....

☐ 4. wie passiv und unmotiviert ich mich fühle

.....
.....

☐ 5. dass es mir so vorkommt, als ob ich gar nichts mehr fühle

.....
.....

☐ 6. dass mir nach gar nichts zumute ist

.....
.....

☐ 7. dass ich nicht fähig sein werde, meine Arbeit zu machen, weil ich mich so
schlecht fühle

.....
.....

☐ 8. wie traurig ich bin

.....
.....

☐ 9. warum ich immer so reagiere

.....
.....

Ich denke darüber nach (oder sehe bildlich vor mir),

☐ 10. dass eine Situation, die neulich passiert ist, besser hätte verlaufen sollen

.....
.....

☐ 11. wie sehr ich mich über mich selber ärgere

.....
.....

☐ 12. das etwas schief gelaufen ist oder nicht geklappt hat

.....
.....

☐ 13. warum mir das passiert (ist)

.....
.....

☐ 14. dass ich in einer Situation nicht das erreicht habe, was ich wollte

.....
.....

☐ 15. warum ich so ein Versager bin

.....
.....

☐ 16. warum mein Leben nicht so läuft, wie ich das möchte

.....
.....

☐ 17. dass ein aktuelles Problem nicht gelöst ist

.....
.....

Bitte behalten Sie Ihren ausgewählten Gedanken im Kopf und beantworten Sie die folgenden Fragen zu diesem einen Gedanken.

1. Wie oft kommt Ihnen dieser Gedanke oder dieses Bild in den Kopf?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 extrem
 selten die ganze Zeit

2. Wie lange dauert der wiederkehrende Gedanke gewöhnlich?

ca. Min.
 ca. Std.

3. Seit wann haben Sie schon diesen (oder einen ähnlichen) wiederkehrenden negativen Gedanken?

seit ca. Woche(n) oder
 seit ca. Monaten oder
 seit ca. Jahren

4. Manchmal bemerkt man, dass ein wiederkehrender negativer Gedanke durch ein bestimmtes Ereignis *ausgelöst* wurde, z.B. eine bestimmte Person oder ein bestimmtes Objekt zu sehen, in einer bestimmten Stimmung zu sein, einen bestimmten Gedankengang zu haben, usw. Wie oft bemerken Sie einen solchen Auslöser, der Ihre wiederkehrenden Gedanken „startet“?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 nie die ganze Zeit

Bitte beschreiben Sie einen solchen Auslöser:

5. In welchem Ausmaß kommt der Auslöser eher von außen (d.h. von einer Person oder einem Ereignis) oder von innen (ein Gedanke oder Gefühl)?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 nur von
 außen gleiche
Anteile nur von innen

6. Wie sehr versuchen Sie, diesen Auslöser zu vermeiden?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 gar nicht mittel extrem

7. Zu wieviel Prozent der Zeit (0-100 %) taucht der wiederkehrende Gedanke in Form von Worten (z.B. als inneres Selbstgespräch) oder in Form von Bildern (z.B. einer Szene, die Sie vor Ihrem geistigen Auge sehen) auf?

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100
 immer
 in Worten gleiche
Anteile immer als Bild

8. Wie traurig oder unglücklich macht Sie dieser wiederkehrende Gedanke?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 gar nicht mäßig sehr

9. Wie besorgt oder ängstlich macht Sie dieser wiederkehrende Gedanke?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

10. Wie schuldig fühlen Sie sich durch diesen wiederkehrenden Gedanken?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

11. Wie unsicher macht Sie dieser wiederkehrende Gedanke?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

12. Wie beschämt fühlen Sie sich durch diesen wiederkehrenden Gedanken?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

13. Wie schwierig ist es für Sie, diesen Gedanken oder dieses Bild aus Ihrem Kopf zu bekommen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

14. Wie sehr sträuben Sie sich dagegen, diesen Gedanken zu haben?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

Bitte erinnern Sie sich an Ihren **einen** ausgewählten Gedanken. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen für **Ihren** Gedanken zu? Bitte **denken** Sie daran, alle Fragen anhand Ihres **gleichen** wiederkehrenden Gedankens zu beantworten!

15. Ich glaube, dass der Gedanke stimmt

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

16. Der Inhalt des wiederkehrenden Gedanken ist unangenehm

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

17. Der Inhalt des wiederkehrenden Gedanken ist beunruhigend

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

18. Der wiederkehrende Gedanke behindert meine Fähigkeit zu arbeiten oder mit anderen Sachen weiterzumachen

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

19. Der wiederkehrende Gedanke ist dauernd in meinem Hinterkopf

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

20. Ich bemühe mich sehr, den Gedanken aus dem Kopf zu bekommen

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

21. Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um ein reales Problem oder eine reale Situation
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
22. Das Problem, um das sich der wiederkehrende Gedanke dreht, kann geändert oder gelöst werden
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
23. Ich gebe mir sehr große Mühe, das im Gedanken beschriebene Problem zu lösen
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
24. Ich bin zuversichtlich, das im Gedanken beschriebene Problem lösen zu können
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
25. Ich habe ziemlich viel Kontrolle über den wiederkehrenden Gedanken
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
26. Die im wiederkehrenden Gedanken beschriebene Situation wird wahrscheinlich eintreffen
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
27. Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um die Zukunft
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
28. Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um die Vergangenheit
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
29. Der wiederkehrende Gedanke dreht sich um die Gegenwart
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
30. Der wiederkehrende Gedanke zieht mich in seinen Bann
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
31. Es ist gegen meine Überzeugung, solche Gedanken zu haben
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
32. Ich kann es vollkommen akzeptieren, solche Gedanken zu haben
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

33. Ich muss den Gedanken nicht haben, wenn ich nicht will
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
34. Ich muss versuchen, die Situation zu verstehen, um die sich der Gedanke dreht
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
35. Meine Reaktionen auf den wiederkehrenden Gedanken sind vernünftig
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
36. Wenn der Gedanke wahr werden würde, hätte das ernsthafte Folgen
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
37. Die Situation, um die sich der Gedanke dreht, ist etwas, dem ich vorbeugen muss
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
38. Ich fühle mich für das Auftreten des wiederkehrenden Gedankens verantwortlich
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
39. Ich fühle mich für die Situation verantwortlich, um die sich der Gedanke dreht
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
40. Um was sich der Gedanke inhaltlich dreht, ist für mich persönlich wichtig
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
41. Ich fühle einen starken Drang, auf den Gedanken hin etwas tun zu müssen
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
42. Während ich darüber nachdenke, werde ich immer bedrückter
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
43. Der Gedanke ist ein Zeichen, dass ich etwas Wichtiges lange Zeit verdrängt habe
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu
44. Ich weiß nicht, wann ich aufhören soll, über das Problem nachzudenken
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
 trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

45. Die Gedanken führen mir vor Augen, wie sehr ich oder andere in Schwierigkeiten stecke(n) oder leide(n)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

46. Wenn ich darüber nachdenke, habe ich das Gefühl, dass ich es wenigstens vor mir selbst eingestehen kann, dass es mir schlecht geht

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

47. Ich bin unsicher, ob es gut ist, sich von dem wiederkehrenden Gedanken abzulenken

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

48. Es ärgert mich, dass ich keine Lösung finde

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

49. Es bedrückt mich, dass ich keine Lösung finde

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

trifft gar nicht zu teilweise trifft völlig zu

Wie reagieren Sie im Allgemeinen auf diesen wiederkehrenden Gedanken?

1. Bitte schätzen Sie ein, wie oft Sie die folgenden Reaktionen haben, wenn Sie über diesen Gedanken nachgrübeln, den Sie vorhin beschrieben haben.
2. Wie hilfreich oder erfolgreich finden Sie Ihre Reaktion oder Methode, um Ihren Gedanken loszuwerden oder erträglicher zu machen? Bitte kreuzen Sie die Zahl an.
3. Falls Sie eine Methode nicht „angewendet“ haben, brauchen Sie nicht anzugeben, wie erfolgreich sie war.

50. Ich lenke mich mit Dingen um mich herum ab

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

nie manchmal immer

51. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

gar nicht mäßig sehr

52. Ich konzentriere mich auf andere Aufgaben

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

nie manchmal immer

53. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

gar nicht mäßig sehr

54. Ich ersetze den Gedanken durch einen anderen, erfreulicheren Gedanken

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

nie manchmal immer

55. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

gar nicht mäßig sehr

56. Ich sage zu mir selber „Stopp“

[illegible]

57. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

58. Um mich zu beruhigen, spreche ich mit jemandem

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

59. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

60. Ich rüge mich selber

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

61. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

62. Ich sage mir, dass der Gedanke nichts bedeutet

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

63. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

64. Ich neutralisiere ihn durch einen anderen Gedankengang

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

65. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

66. Ich ersetze den Gedanken durch einen anderen negativen Gedanken oder ein kleineres Problem

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

67. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

68. Ich analysiere die Situation oder das Problem, um das sich der Gedanke dreht

[illegible]

69. Wie erfolgreich ist dies, um den Gedanken loszuwerden/ erträglicher zu machen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
nie manchmal immer

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
gar nicht mäßig sehr

**Vielen Dank für die Zeit und Sorgfalt,
mit der Sie den Fragebogen ausgefüllt haben!**

13.2 Instruktionsblatt für die Stichprobe in der Schweiz

Information und Einverständniserklärung zur Untersuchung von wiederkehrenden Gedanken

In diesem Fragebogen können Sie herausfinden, **wie Sie mit Sorgen oder Grübel-Gedanken umgehen**. Nahezu jeder Mensch grübelt hin und wieder über ein Problem und jeden Tag gibt es Ereignisse, die einem Anlass zur Sorge geben können. Die meisten kennen aus eigener Erfahrung einen der Gedanken, die in diesem Fragebogen aufgeführt sind. Zudem möchten wir wissen, wie Sie sich jetzt und generell in der letzten Woche gefühlt haben. Sie brauchen dazu etwa 45-60 Minuten.

- In der psychologischen Forschung werden ganz aktuell diese wiederkehrenden negativen Gedanken untersucht, d.h. unerfreuliche Gedanken, die einem Kummer und Sorgen bereiten.
- **Wir interessieren uns für diese Gedanken, denn sie betreffen praktisch jeden von uns. Sie können aber auch, wenn sie häufiger und intensiver werden, Anzeichen für psychische Belastungen sein.**
 - Das **Ziel dieser Untersuchung** ist es zu bestimmen, wie Menschen in unterschiedlicher Stimmung mit Grübeln und Sorgen umgehen.
 - Damit hoffen wir - mit Ihrer Unterstützung - etwas dazu beitragen zu können, **Menschen wirkungsvoller zu helfen**, negative Gedanken zu bewältigen.

Datenschutz: Jede Information über Ihre Person, seien es persönliche Daten oder schriftlich festgehaltene Gedanken und Gefühle, wird vollständig vertraulich und sicher behandelt. Das Datenblatt mit Ihren Angaben zur Person wird als erstes abgetrennt, so dass danach nicht mehr nachvollziehbar ist, wer welchen Fragebogen ausgefüllt hat. Wir brauchen Ihre persönlichen Daten nur zu statistischen Zwecken, z.B. um die Ergebnisse getrennt nach Alter, Beruf oder Geschlecht auswerten zu können. Die erhobenen Daten werden wissenschaftlich ausgewertet. Veröffentlichungen der Ergebnisse werden in Form einer statistischen Ergebnisdarstellung erfolgen, so dass eine personenbezogene Zuordnung keinesfalls möglich ist.

Bitte sprechen Sie uns an, falls Sie noch Fragen haben!

Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden, in dem Ziele, Dauer und Ablauf der Untersuchung erklärt werden. Ich bin darüber informiert,

- dass die Untersuchung ein Forschungsprojekt ist
- dass jegliche persönliche Information streng vertraulich behandelt wird
- dass meine Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist.

Ich stimme zu, an dieser Untersuchung teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ausbildung:

- ☐ Realschule/ Sekundarschule/ Bezirksschule
- ☐ Gymnasium/ Kantonsschule
- ☐ Lehre
- ☐ Studium an Universität/ Fachhochschule
- ☐ Andere:.....

13.3 Originalfragebogenset von Watkins

Veröffentlichung und Nachdruck mit der freundlichen Genehmigung (individual and collective permission) von Dr. Ed R. Watkins, School of Psychology, University of Exeter und Prof. Dr. Mark H. Freeston, Faculty of Medical Sciences, Newcastle University, Großbritannien

INFORMATION AND CONSENT FORM - INVESTIGATING INTRUSIVE THOUGHTS

We would be very grateful if you are willing to take part in this brief (thirty-minute) study looking at how people respond to different thoughts. Please read this form and if you are willing to take part, sign at the bottom, and then complete the attached questionnaires.

This study is on intrusive thoughts, that is, thoughts which may come to mind and may cause some distress. Most people experience one or more of the thoughts listed in this study. We are interested in intrusive thoughts because when they become more frequent and more intense, they are involved in a number of psychiatric disorders such as generalised anxiety disorder and depression. This study is interested in how people respond to different intrusive thoughts. The aim of the study is to determine whether people use the same or different responses to a range of different intrusive thoughts.

The current study asks you to fill in questionnaires about your beliefs and responses to two sets of intrusive thoughts. The study takes about thirty minutes to complete.

All personal information, whether personal details or written thoughts and feelings will be treated as fully confidential and secure. The only other people to see it will be collaborators of the investigator and then the details will be anonymous.

Taking part in the study is voluntary and totally your own choice. If you change your mind you are free to stop the study at any point without giving a reason. This form is to help you to decide whether you wish to take part in the study or not. If there is anything you do not understand or if you have any questions, please ask.

I have read and understood the Information form about the study, which explains its aims, duration and procedure. I understand that the study is purely a research project with no benefit to myself. I understand that all personal information will be treated as strictly confidential and will not be made public.

I understand that my taking part in the study is entirely voluntary and that I am free to leave the study at any time without giving a reason. I freely consent to take part in this study.

Signature of volunteer

Date

INSTRUCTIONS

Please complete the following pieces of demographic information:

age:

gender: male / female

occupation:

Please read the first list of intrusive thoughts and select the thought that happens most frequently or that best represents your personal experience. Please then rate the thought on the Cognitive Intrusions Questionnaire that follows the list.

Then read the second list of intrusive thoughts and select the thought that happens most frequently or that best represents your personal experience from that list. Please then rate the thought on the Cognitive Intrusions Questionnaire that follows the list.

INTRUSIVE THOUGHTS LIST A

Please choose, from this list, the thought that you have the most frequently or the thought that best represents your personal experience. Write down a description of this thought in terms of your personal experience and then rate it on the items of the Cognitive Intrusion Questionnaire (CIQ) that follows.

Thoughts or images about how alone I feel

Thoughts or images about my feelings of fatigue and achiness

Thoughts or images about how hard it is to concentrate

Thoughts or images about how passive and unmotivated I feel

Thoughts or images that "I don't seem to feel anything anymore"

Thoughts or images that "I don't feel up to doing anything"

Thoughts or images that "I won't be able to do my job / work because I feel so badly"

Thoughts or images about how sad I feel

Thoughts or images asking "Why do I always react this way?"

Thoughts or images about a recent situation wishing it had gone better

Thoughts or images about how angry I am with myself

Thoughts or images about something that went wrong or did not work out

Thoughts or images asking "Why is this happening to me?", "Why did this happen to me?"

Thoughts or images about a situation where I didn't get the result I wanted

Thoughts or images asking "Why I am such a failure?"

Thoughts or images asking "Why is my life not going the way I want it to?"

Thoughts or images about a current problem that has not been solved

Cognitive Intrusions Questionnaire

For each of these questions, either write the answer or put a cross on the line to indicate your answer.

Describe the intrusive thought:

How often does this thought or image enter your mind?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes moderately frequently often all the time

How long does the intrusive thought usually last (in minutes)?

For how many years have you had the experience of this (or similar) intrusive thought?

Some people find that their intrusive thought is set off by a "trigger" such as seeing a particular person or object, being in a certain mood, having a particular train of thought, etc. How often do you notice any of the "triggers" that set off your intrusive thoughts?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes moderately frequently often all the time

Describe any of the triggers you have noted for the thoughts:

How much is the trigger external (e.g. a person or event) or internal (e.g. a thought or feeling)?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
completely external equal amounts completely internal

How much do you attempt to avoid any of these triggers?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

What percentage of the time (0-100) does the intrusive thought come in the form of a verbal thought (that is, expressed in words) or in the form of an image?

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100
all verbal equal amounts all an image

How sad or unhappy does this intrusive thought make you feel?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all sad moderately sad extremely sad

How worried or anxious does this intrusive thought make you feel?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all worried moderately worried extremely worried

How guilty does this intrusive thought make you feel?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all guilty moderately guilty extremely guilty

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all ashamed moderately ashamed extremely ashamed

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all difficult moderately difficult extremely difficult

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I believe that the thought is correct

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I tell myself "stop"

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I reassure myself by speaking to somebody

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I reprimand myself

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I tell myself it means nothing

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I neutralize it by a mental action

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I replace the thought by another unpleasant thought or minor problem

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I analyse the situation or problem described by the thought

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I try to find a solution or make a plan to prevent the problem

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I do nothing, it disappears by itself

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I dwell on the causes and the meanings of the situation described by the thought - why it happened or why it might happen and what it means about me

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I focus on the details of the situation described by the thought -recalling how it happened or imagining how it might happen

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I dwell on the consequences of the situation described by the thought - what if it happened?

never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

INTRUSIVE THOUGHTS LIST B

Please choose, from this list, the thought that you have the most frequently or the thought that best represents your personal experience. Write down a description of this thought in terms of your personal experience and then rate it on the items of the Cognitive Intrusion Questionnaire (CIQ) that follows.

Thoughts or images that I will lose close friends

Thoughts or images that I am unattractive to the opposite sex

Thoughts or images that my family will be angry with me or disapprove of something that I do

Thoughts or images that I find it difficult to maintain a stable relationship

Thoughts or images that I am not loved

Thoughts or images that I cannot be assertive or express my opinions

Thoughts or images that others will not approve of me

Thoughts or images that I lack confidence

Thoughts or images that I might make myself look stupid

Thoughts or images that I feel insecure

Thoughts or images that I'll never achieve my ambitions

Thoughts or images that I haven't achieved much

Thoughts or images that my future job prospects are not good

Thoughts or images that life may have no purpose

Thoughts or images that I will be late for an appointment

Thoughts or images that I will leave work unfinished

Thoughts or images that I make mistakes at work

Thoughts or images that I don't work hard enough

Thoughts or images that I will not keep my workload up to date

Thoughts or images that my money will run out

Thoughts or images that I am not able to afford things

Thoughts or images that financial problems will restrict holidays and travel

Thoughts or images that my living conditions are inadequate

Thoughts or images that I can't afford to pay bills

Thoughts or images that there are starving millions in the third world while food mountains exist elsewhere

Thoughts or images that human rights are being violated

Thoughts or images that the environment is becoming polluted/ruined

Thoughts or images that people treat each other terribly all over the world

Thoughts or images that the health service is declining

Cognitive Intrusions Questionnaire

For each of these questions, either write the answer or put a cross on the line to indicate your answer.

Describe the intrusive thought:

How often does this thought or image enter your mind?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes moderately frequently often all the time

How long does the intrusive thought usually last (in minutes)?

For how many years have you had the experience of this (or similar) intrusive thought?

Some people find that their intrusive thought is set off by a "trigger" such as seeing a particular person or object, being in a certain mood, having a particular train of thought, etc. How often do you notice any of the "triggers" that set off your intrusive thoughts?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes moderately frequently often all the time

Describe any of the triggers you have noted for the thoughts:

How much is the trigger external (e.g. a person or event) or internal (e.g. a thought or feeling)?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
completely external equal amounts completely internal

How much do you attempt to avoid any of these triggers?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

What percentage of the time (0-100) does the intrusive thought come in the form of a verbal thought (that is, expressed in words) or in the form of an image?

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100
all verbal equal amounts all an image

How sad or unhappy does this intrusive thought make you feel?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all sad moderately sad extremely sad

How worried or anxious does this intrusive thought make you feel?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all worried moderately worried extremely worried

How guilty does this intrusive thought make you feel?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all guilty moderately guilty extremely guilty

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all ashamed moderately ashamed extremely ashamed

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all difficult moderately difficult extremely difficult

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I believe that the thought is correct

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all true moderately true extremely true

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I tell myself "stop"

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I reassure myself by speaking to somebody

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I reprimand myself

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I tell myself it means nothing

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I neutralize it by a mental action

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I replace the thought by another unpleasant thought or minor problem

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I analyse the situation or problem described by the thought

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I try to find a solution or make a plan to prevent the problem

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I do nothing, it disappears by itself

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I dwell on the causes and the meanings of the situation described by the thought - why it happened or why it might happen and what it means about me

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I focus on the details of the situation described by the thought -recalling how it happened or imagining how it might happen

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

I dwell on the consequences of the situation described by the thought - what if it happened?

never sometimes always

How successful is this approach in getting rid of or relieving the thought?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
not at all moderately extremely

WHAT THE STUDY IS ABOUT

Thank you for taking part in this study.

We are interested in how people deal with different types of intrusive thoughts. One list of thoughts (List B) was concerned with worrisome thoughts associated with anxiety. Recurrent intrusive thoughts associated with anxiety have been called worry. The other list of thoughts (List A) was concerned with preoccupations associated with depressed mood. Recurrent intrusive thoughts associated with depressed mood have been called depressive rumination.

Both worry and rumination are frequent, happening often in all people, although usually for relatively short periods of time. Furthermore, when people have anxiety problems or depression, these thoughts become more frequent, more intense, and longer lasting.

There is some debate about whether worry and depressive rumination are the same or different processes. Some people have argued that worry and depressive rumination are essentially the same process, with only slight differences in content. Other people have proposed that worry and rumination involve different mechanisms. By comparing people's responses to worrisome thoughts and to depression-related preoccupations, we are testing whether worry and rumination involve the same or different processes. If we find that people judge anxious thoughts differently from depressive thoughts, or use different strategies to try and control them, that would suggest that they involve different processes. Understanding possible differences/similarities between worry and rumination would be clinically helpful because it would indicate whether treatments devised for one set of thoughts might be relevant to helping the other set of thoughts.

Please don't tell anyone else about your responses on the questionnaires - this way, anyone else filling in the forms won't be influenced by how you did it.

If you are interested in the results of the study, please note down a contact address, telephone number or e-mail, and we will be able to report back to you when the study is finished:

Once again, thanks for your help and we hope you found the study interesting.

13.4 Cognitive Intrusions Questionnaire Version 1.4

Version 1.4. von Mark H. Freeston, Robert Ladouceur, Hélène Letarte, Josée Rhéaume, Nicole Thibeaudeau, Fabien Gagnon, & Michel Dugas (1993). Englische Übersetzung durch Mark H. Freeston (1994)

Veröffentlichung und Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Mark Freeston, Faculty of Medical Sciences, Newcastle University

© Copyright 1994, Laboratoire de thérapies comportementales, Ecole de psychologie, Université Laval, Quebec, CANADA G1K 7P4

Cognitive Intrusions Questionnaire

The following pages are about unpleasant thoughts, images, or impulses which often enter people's minds.

1. During the last month have you experienced thoughts (images, impulses, etc.) about:

mistakes	_____
sexuality	_____
contamination	_____
health	_____
loss of control	_____
interpersonal problems	_____
financial difficulties	_____
accidents	_____
work related difficulties	_____
your future	_____
family problems	_____
hurtful comments	_____
bad luck events	_____
fearful situations, places or objects	_____
an embarrassing or humiliating experience	_____
the safety or health of your family and friends	_____

Please describe the most troubling thought, image, or impulse, that you have had in the last month in the space below. (It may be different than the thoughts listed above)

Next page please

2. With reference to the most troubling thought, image, or impulse that you identified on the previous page, please answer the following questions and rate the thought at the moment that it occurs by circling the corresponding number. (Please note that there are numbers corresponding to the mid-point between the labels).

2.1 How often does this thought enter your mind?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
At least 1 a month		At least 1 a week		At least 1 a day		At least 5 a day		At least 20 a day

2.2 How sad or unhappy does this thought make you feel?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all sad		Slightly sad		Moderately sad		Very sad		Extremely sad

2.3 How worried does this thought make you feel?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all worried		Slightly worried		Moderately worried		Very worried		Extremely worried

2.4 How difficult is it to remove this thought from your mind?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all difficult		Slightly difficult		Moderately difficult		Very difficult		Extremely difficult

2.5 How guilty does this thought make you feel?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all guilty		Slightly guilty		Moderately guilty		Very guilty		Extremely guilty

2.6 How much do you believe that the content of the thought will happen in real life?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Do not believe at all		Believe slightly		Believe moderately		Believe strongly		Believe totally

2.7 How much do you disapprove that the thought enters your mind?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Do not believe at all		Disapprove slightly		Disapprove moderately		Disapprove strongly		Disapprove totally

Next page please

2.8 If this thought really happened in your life, to what extent would you feel responsible?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all responsible		Slightly responsible		Moderately responsible		Very responsible		Extremely responsible

2.9 Are you aware of triggers that set off the thought (seeing or hearing someone or something, being in certain mood, doing something in particular, thinking about something in particular)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

2.10 To what extent do you avoid the triggers or situations where the thoughts are likely to appear?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

2.11 What do you normally do when the thought occurs?

a)I don't do anything, it goes of its own accord.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

b)I reassure myself by saying that it doesn't mean anything.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

c)I seek reassurance from someone else.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

d)I do something either in my mind or in action to neutralize the thought.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

e)I think it through.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

f)I try to replace the thought by another.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

2.11 What do you normally do when the thought occurs (continued)?

g)I distract myself with things around me.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

h)I throw myself into some absorbing activity.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

i)I say "stop" to myself.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

j)Other.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most of the time		Always

If you answered "j" please describe what you do.

2.12 How much effort do you use against the thought?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
No effort		A little effort		Moderate effort		A great deal of effort		Enormous effort

2.13 How effective are the strategies that you use for **getting rid of the thought**?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all effective		Slightly effective		Moderately effective		Very effective		Extremely effective

2.14 How effective are the strategies that you use for **relieving your discomfort**?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all effective		Slightly effective		Moderately effective		Very effective		Extremely effective

2.15 How ashamed does this thought make you feel?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all ashamed		Slightly ashamed		Moderately ashamed		Very ashamed		Extremely ashamed

Next page please

2.16 If this thought really happened in your life, to what extent would you consider that it was your fault?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all my fault		Slightly my fault		Half my fault		Largely my fault		Totally my fault

2.17 If this thought really happened in your life, how serious would be the consequences?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all serious		Slightly serious		Moderately serious		Very serious		Extremely serious

2.18 How likely is the content of the thought to happen in real life?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all likely		Somewhat likely		Moderately likely		Very likely		Extremely likely

2.19 Is your reaction (distress, use of strategies, etc.) to the thought a reasonable response?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all reasonable		Somewhat reasonable		Moderately reasonable		Very reasonable		Completely reasonable

2.20 How much of the day is the thought present?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Less than 5 minutes/day		Less than 1 hour/day		1 to 3 hours/day		3 to 8 hours/day		More than 8 hours/day

2.21 To what extent does the thought's **content** disturb you?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Does not disturb me at all	Disturbs me slightly	Disturbs me moderately	Disturbs me a great deal	Disturbs me enormously				

2.22 To what extent does the thought's **presence** disturb you?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Does not disturb me at all	Disturbs me slightly	Disturbs me moderately	Disturbs me a great deal	Disturbs me enormously				

2.23 To what extent does the thought stop you functioning in everyday life?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all		Somewhat		Moderately		A great deal		Enormously

2.24 To what extent will having the thought really change something concrete in your life?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all		Somewhat		Moderately		A great deal		Enormously

Next page please

2.25 To what extent does having the thought make your future uncertain?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all uncertain		Somewhat uncertain		Moderately uncertain		Very uncertain		Extremely uncertain

2.26 To what extent does having the thought make you feel insecure?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all unsecure		Somewhat unsecure		Moderately unsecure		Very unsecure		Extremely unsecure

2.27 To what extent does the thought make day to day decision making difficult?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all difficult		Somewhat difficult		Moderately difficult		Very difficult		Extremely difficult

2.28 To what extent does the thought reveal something important about you?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not at all		Somewhat		Moderately		A great deal		Enormously

2.29 What form does the thought normally take?

a) an idea

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most the time		Always

b) an image or picture in my mind

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most the time		Always

c) an impulse or urge to do something

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most the time		Always

d) a doubt

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most the time		Always

e) a feeling

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Never		Sometimes		Half the time		Most the time		Always

Thank you for participating

© Copyright 1994, Laboratoire de thérapies comportementales, École de psychologie, Université Laval, Québec, CANADA G1K 7P4

Questionnaire sur les Intrusions cognitives. Version 1.1: Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behavior Research and Therapy*, 29, 585-597. Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F., (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population. II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 263-271. Version 1.2: Freeston M. H., & Ladouceur, R. (1993). Appraisal of cognitive intrusions and response style: Replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 181-190. Version 1.3: Freeston, M. H., Ladouceur, R., Provencher, M., & Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: Context, appraisal, mood, and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9.

Version 1.4 by Mark H. Freeston, Robert Ladouceur, Hélène Letarte, Josée Rhéaume, Nicole Thibodeau, Fabien Gagnon, & Michel Dugas (1993). English translation by Mark H. Freeston (1994).

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Die Stellen, die anderen Werken im Wortlaut oder im Sinn entnommen sind, werden durch Quellenangaben im Text deutlich gemacht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Erlangen, den 28.09.2007

(A. Rischer)



UNIVERSITY OF BAMBERG PRESS

Wer hätte noch nie gegrübelt oder sich Sorgen gemacht? In der internationalen psychologischen Forschung werden diese kognitiven Prozesse derzeit einer Überprüfung unterzogen, um bessere psychotherapeutische Behandlungsmethoden zu entwickeln. Grübeln gehört zum Symptombild der Depression, während exzessive Sorgen ein Kennzeichen von Angststörungen darstellen. Aber sind Sorgen und Grübeln wirklich so zu trennen, und müssen sie getrennt behandelt werden?

In der vorliegenden Multicenter-Studie wurden zum ersten Mal die beiden kognitiven Prozesse des Grübelns (international auch „Rumination“) und des Sorgens (international auch „Worrying“) bei gesunden Personen und Patienten mit einer depressiven Störung vergleichend untersucht. Sind Gedankenstopptechniken, Achtsamkeitsbasierte Verfahren oder Metakognitive Therapie bei Sorgen und Grübeln indiziert? Diese Frage wird auf der Basis des aktuellen Theorie- und Forschungsstandes unter einer transdiagnostischen Perspektive kritisch diskutiert. Die Ergebnisse liefern fundierte Argumente für eine innovative Behandlungskonzeption.

Angela Rischer ist Verhaltenstherapeutin und Leitende Psychologin der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg. Mit der vorliegenden Untersuchung leistet sie einen wichtigen Beitrag zur wissenschaftlichen Untersuchung wiederkehrender, oft quälend erlebter Gedanken und zeigt gleichzeitig auf, wie diese Prozesse durch psychologische Therapien verbessert werden können – ein gelungener Brückenschlag zwischen wissenschaftlicher und praxisorientierter Zielsetzung

30,00 Euro

ISBN 978-3-923507-34-4

ISSN 1866-8674