



VINCERA
Kliniken



Break & Brain
Online-Fortbildung

Thema:

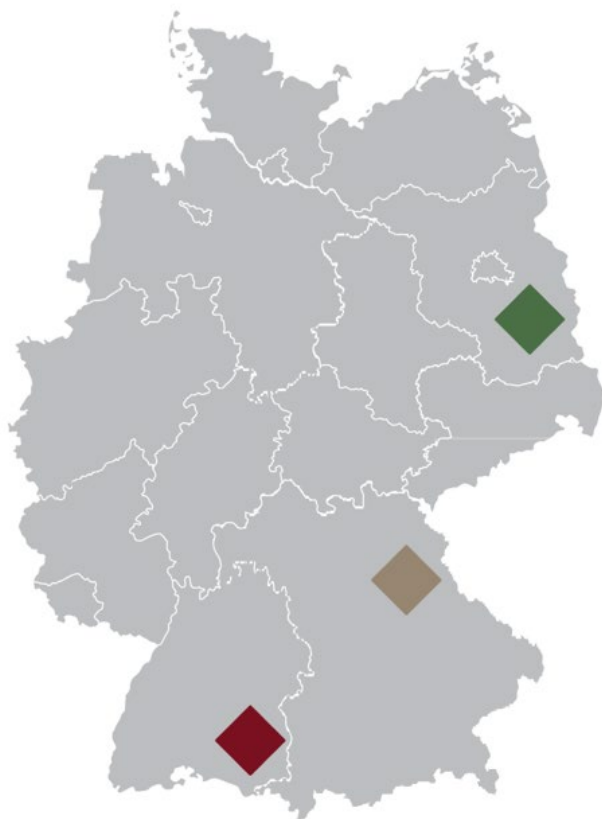
Vom depressiven Grübeln
zum Gestalten

Dr. med. Lisa Fiedler, Chefärztin
Vincera Klinik Burg Wernberg

Mandy Benndorf, Kunsttherapeutin
Vincera Klinik Burg Wernberg

14.01.2026

Die Vincera Kliniken



Unsere Chefärzte



◆ **Dr. med. Lisa Fiedler**
Chefärztin & ärztliche Direktorin
der Vincera Klinik Burg Wernberg



◆ **Dr. med. Eberhard Böhme**
Chefarzt & ärztlicher Direktor
der Vincera Klinik Spreewald



◆ **Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara**
Chefärztin & ärztliche Direktorin
der Vincera Klinik Bad Waldsee



Vom depressiven Grübeln zum Gestalten

INHALT

- ◆ Einführung in die Grübelthematik
- ◆ Psychotherapeutische Impulse
- ◆ Pharmakologische Impulse anhand von Fallbeispielen
- ◆ Kreativtherapeutische Ansätze am Beispiel der Neurographik



Grübeln (AMPD)



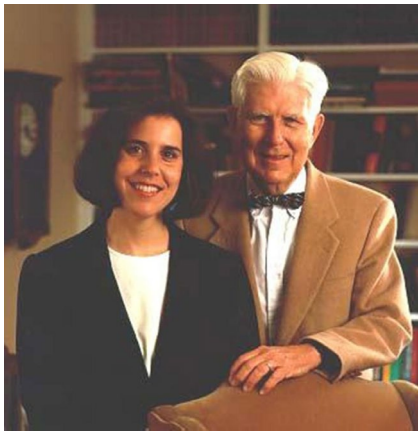
„Patienten sind immer wieder mit einzelnen Gedanken (Gedankenkreisen) beschäftigt, meist mit unangenehmen Themen.“

- „Der Patient berichtet, dass seine Gedanken immer wieder ergebnislos um die gleichen (meist unangenehmen) Inhalte kreisen und nur mit Mühe unterbrochen werden können. Das Grübeln wird von dem Patienten als unangenehm, lästig bis quälend erlebt. Oft sind Sorgen der Ursprung von immer wiederkehrenden, sich im Kreis drehenden Gedanken.“

Schweregradeinteilung:

- „leicht“: Grübeln darf nur zu geringem Leidensdruck oder geringen Beeinträchtigungen führen.
- „schwer“: Grübeln führt zu erheblichem Leidensdruck oder erheblichen Beeinträchtigungen.

Kognitive Triade nach Beck bei Depression



- **Sicht der eigenen Person:** ist bestimmt durch eine in negative Richtung verzerrte Selbstwahrnehmung. Eigene Fehler stehen im Mittelpunkt des Denkens. Der Depressive hält sich für wertlos, er hält seine Mängel für die Ursache negativer Erfahrungen und sich für unfähig, die für ihn zentralen Lebensziele zu erreichen.
- **Negative Sicht der Umwelt:** Seine Umwelt interpretiert der Depressive als Quelle von Enttäuschungen und Ablehnungen. Auch neutrale Situationen werden auf die eigene Person bezogen und einseitig negativ interpretiert. Es werden selektiv jene Aspekte herausgegriffen, die es erlauben, den positiven Erfahrungsanteil zu minimieren und den negativen zu betonen.
- **Eingeengte Sicht der Zukunft:** Depressive sehen die derzeit hoffnungslose Situation als dauerhaft an. Misserfolge und ein Unterschreiten selbst gesetzter Anforderungen werden als sicher angenommen.

Gedankenexperiment „Grübeln“



➔ Wie ist Ihre Stimmung aktuell?
(Bitte bei schlechter Stimmung nicht teilnehmen)

Denken Sie an eine Situation, in der Sie Ihr Ziel nicht erreicht haben, mit Ihrer Leistung nicht zufrieden waren oder Fehler gemacht haben. Warum haben Sie diesen Fehler gemacht oder versagt? Warum haben Sie sich nicht für einen anderen Weg entschieden? Denken Sie daran, wie Sie sich gefühlt haben. Denken Sie darüber nach, warum Sie sich so gefühlt haben. Was sagt es über Sie aus, sich so gefühlt zu haben?

➔ Wie hat sich Ihre Stimmung verändert?

Eine Grübelinduktion soll gemäß experimentellen Studien nur dann zu einer Verschlechterung beitragen, wenn Probanden sich bereits in einer negativen Stimmung befanden (Nolen-Hoeksema 2004)

Wiederkäuer

Wussten Sie, dass ...





NEGA
POSITIVE

- Grübeln führt zu Versuchen der Gedankenunterdrückung
- Fehlgeschlagene Gedankenunterdrückung aktiviert Grübeleien
➔ Aufschaukelungsprozess

Es ist nicht möglich, nicht an negative Dinge zu denken (Wenzlaff 2004)

Aber: Es ist möglich, an positive Dinge zu denken bzw. positive Aktivitäten zu nutzen, um mentale Kontrolle zu gewinnen!



- Fördert negative Gedanken
- Verschlechtert die Konzentration
- Verschlechtert Problemlösefähigkeiten
- Führt zu interaktionellen Schwierigkeiten

Ist repetitives Nachdenken grundsätzlich problematisch?

➔ NEIN!

- Funktionales repetitives Denken zeichnet sich durch hohe Flexibilität, einen klaren Zielbezug sowie insbesondere einen unvoreingenommenen, wenig-wertenden und konkret situationsbezogenen Denkstil aus
- Das reflektierte Nachdenken ist mit einer günstigen Langzeitprognose verbunden



- Ruminativer Reaktionsstil als **Persönlichkeitsmerkmal** (z. B. Bagby et al. 2004)
- **Vermehrtes Grübeln** bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen ist mit höheren Depressionswerten assoziiert (Nolen-Hoeksema et al. 2008)
- **Akut depressive Patienten** grübeln mehr als sich in Remission befindende Depressive und Gesunde (z. B. Joormann u. Gotlib 2010)
- Das Ausmaß **dispositioneller Rumination** trägt signifikant zur Vorhersage späterer Depressionswerte von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei (u. a. Felton et al. 2013; Hilt et al. 2010)
- **Initial nichtdepressive Personen**, die sich habituell auf grüblerische Weise mit negativer Stimmung auseinandersetzen, weisen ein erhöhtes Risiko auf, an einer klinisch relevanten Major-Depression-Episode zu erkranken (z.B. Wilkinson et al. 2013)

Quelle:

- Bagby, R. M., Rector, N. A., Bacchocchi, J. R., & McBride, C. (2004). The stability of the Response Styles Questionnaire Rumination Scale in a sample of patients with major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 527–538.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400–424.
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotional regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24, 281–298.
- Felton, J. W., Cole, D. A., & Martin, N. C. (2013). Effects of rumination on child and adolescent depressive reactions to a natural disaster: The 2010 Nashville flood. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 64.
- Hilt, L. M., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Examination of the Response Styles Theory in a community sample of young adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 545–556.
- Wilkinson, P. O., Croudace, T. J., & Goodyer, I. M. (2013). Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology: A longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*, 13, 250.

Wofür kann Grübeln gut sein?



- Vermeidung der realen Auseinandersetzung mit potenziell anstrengenden, frustrierenden und/oder erfolglosen Auseinandersetzung mit Umwelt und Problemen
- Grübeln kann als Entschuldigung für Inaktivität dienen („Ich tue ja etwas, da ich darüber nachdenke“)
- Grübeln kann als Rechtfertigung dienen, die Hoffnungslosigkeit und Unkontrollierbarkeit einer Situation so zu betonen, dass es unmöglich scheint, eine Situation durch Handlung zu bewältigen
- Bestätigung des eigenen Selbstbildes wirkt auch dann verstärkend, wenn ein negatives Selbstbild vorliegt (Swann 1990)

➡ Enger Zusammenhang zwischen Rumination und Vermeidungsverhalten (Giorgio et al. 2010; Moulds et al. 2007)

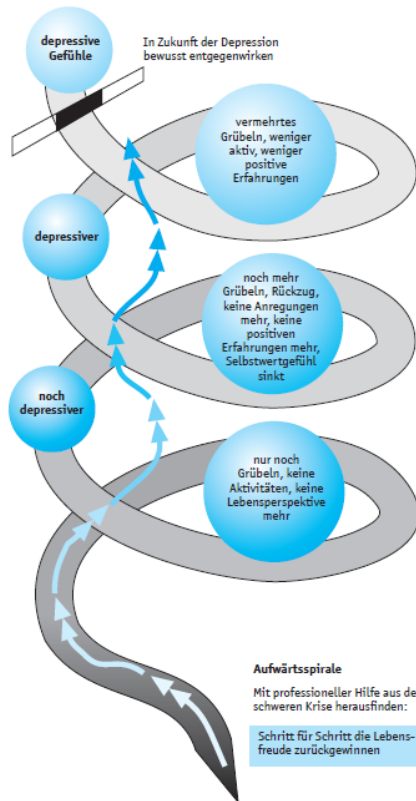
Vom depressiven Grübeln zum Gestalten

INHALT

- ◆ Einführung in die Grübelthematik
- ◆ Psychotherapeutische Impulse
- ◆ Pharmakologische Impulse anhand von Fallbeispielen
- ◆ Kreativtherapeutische Ansätze am Beispiel der Neurographik



Depressionsspirale



- Was können Sie tun, um depressiv zu werden?
- Wie sollten Sie sich verhalten?
- Was können Sie tun, um Probleme zu erhalten oder zu verschlimmern?
- Wie können Sie sich so richtig unglücklich machen?

Der Grübler und sein Problemberg



Das schaffe
ich
doch nie!

In Anlehnung an:

- Behrendt B (2009) Meine persönlichen Warnsignale – Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung. Arbeitsbuch für Gruppenteilnehmer mit CD-ROM. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Der Problemlöser

Geldsorgen

Problem wird zurückgestellt

Arbeits-
versuch

Arbeit

Arbeitstherapie

*Das lässt sich
bewältigen*

Krankheit

Depressionsgruppe

Gespräche
mit Ärzten

Kunsttherapie

Medi-
kamente

„Chemie“
schlucken

Nebenwirkungen?

Wirksamkeit?

In Anlehnung an:

- Behrendt B (2009) Meine persönlichen Warnsignale – Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung. Arbeitsbuch für Gruppenteilnehmer mit CD-ROM. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

D'Zurilla und Goldfried 1971



„Vieles von dem, was wir klinisch als „abnormes Verhalten“ oder „emotionale Störung“ ansehen, kann als ineffektives Verhalten und dessen Konsequenzen aufgefasst werden. Das Individuum ist dabei unfähig, bestimmte situationale Probleme in seinem Leben zu lösen und seine Versuche, dies zu tun, ziehen unerwünscht Effekte wie Angst, Depression und die Erzeugung weiterer Probleme nach sich.“

Problemlösungstraining

- Einer der ersten kognitiven Ansätze in der Verhaltenstherapie
- Nutzung von Problemlösetrainings ist gängige Praxis in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung depressiver Störungen (Nezu 2004)
- **Faustregel:** Beim problemlösenden Denken eher „Wie“-Fragen (z. B. „Wie sollte ich konkret vorgehen?“). Beim Grübeln eher „Warum“-Fragen („Warum ist mir das passiert?“, „Warum kann ich kein Glück haben?“). (Watkins 2007)
- Effektivität von Problemlösetherapien zur Behandlung depressiver Störungen ist gut belegt (z. B. Alexopoulos et al. 2011; Dowrick et al. 2000)
- Grübelreduzierende Wirkung (Schmaling et al. 2002)
- Kann sowohl im Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppensetting und bei verschiedenen Störungsbereichen angewendet werden

Quelle:

- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. Behavior Therapy, 35, 1–33. #
- Watkins, E., & Moulds, M. (2007). Reduces concreteness of rumination in depression: A pilot study. Personality and Individual Differences, 43, 1386–1395
- Alexopoulos, G. S., Raue, P. J., Kiessens, D. N., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Arean, P. A. (2011). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. Archives of General Psychiatry, 68, 33–41.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., et al. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomized controlled trial. British Medical Journal, 321, 1–6.
- Schmaling, K. B., Dimidjian, S., Katon, W., & Sullivan, M. (2002). Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. Journal of Abnormal Psychology, 111, 350–356.

Problemlösungstraining

Problemlösebogen

1. Schritt: Problem- und Zieldefinition

Hier legen Sie fest, was das (Teil-) Problem ist, das Sie bearbeiten wollen und welche Faktoren in der Umwelt zu dem Problem beitragen. Außerdem schreiben Sie auf, welches Ziel oder welche Ziele Sie anstreben.

2. Schritt: Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten

Hier schreiben Sie alle Lösungsideen auf, die Ihnen einfallen – auch solche, die erst einmal unsinnig oder albern erscheinen. Es sollten mindestens 3–4 sein. Eine Bewertung der Lösungsmöglichkeiten nehmen Sie hier noch nicht vor!!!!

3. Schritt: Bewertung von Lösungsmöglichkeiten

Erst hier überprüfen Sie jeden der Vorschläge auf seine Vor- und Nachteile hin, auf seine kurz- und langfristigen positiven und negativen Konsequenzen. Um diese vollständig festhalten zu können, benötigen Sie wahrscheinlich die Rückseite oder ein zusätzliches Blatt.

4. Schritt: Entscheidung über die beste(n) Lösungsmöglichkeit(en)

Hier wählen Sie die wahrscheinlich günstigste Lösungsmöglichkeit oder eine Kombination der günstigsten Möglichkeiten aus.

5. Schritt: Planung der Umsetzung

Zerlegen Sie die ausgewählte(n) Lösungsmöglichkeit(en) in kleine Schritte, die Sie nacheinander abarbeiten können. Diese einzelnen Schritte und ihre Ziele sollen dabei konkret formuliert sein, d.h. sie müssen überschaubar, direkt umsetzbar und überprüfbar sein. Überlegen Sie, ob Hindernisse bei der Umsetzung auftreten können und wie Sie diese umgehen oder bewältigen können.

6. Schritt: Rückblick und Bewertung

Überprüfen Sie, ob Sie die einzelnen Schritte umgesetzt haben und wie gut sie funktionierten. Erkennen Sie jeden Versuch, den Sie gemacht haben an, auch wenn er noch nicht geglückt ist. Bei Schwierigkeiten gehen Sie auf die Stufe des Problemlöseprozesses zurück, die vermutlich vertieft werden muss.

1. Problem- und Zieldefinition
2. Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten
3. Bewertung von Lösungsmöglichkeiten
4. Entscheidung über die beste(n) Lösungsmöglichkeit(en)
5. Planung der Umsetzung der Lösungsmöglichkeit(en)
6. Rückblick und Bewertung der Lösungsmöglichkeit(en)

Behavioral Activation und Rumination-focused Cognitive Behaviour Therapy

(BA; z.B. Addis u. Martell 2004; Martell et al. 2001; 2010)



Fünf Strategien zur Modifikation depressiven Grübelns

1. Betonen der Konsequenzen depressiven Grübelns
2. Einsatz von Problemlösestrategien
3. Konzentration auf die gegenwärtige Situation bzw. auf gegenwärtige Sinneseindrücke („attending to experience“)
4. Fokussieren auf aktuell auszuführende Aufgaben
5. Ablenkung

Quelle:

- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation approach to getting your life back. New York: New Harbinger Press.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). Depression in context. Strategies for guided action. New York: W. W. Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). Behavioral activation for depression: A clinician's guide. New York, London: Guilford Press.

2 Minuten-Regel (Addis u. Martell 2004)



- Bei Verdacht zu grübeln:
für zwei Minuten weitermachen ...
- Danach 3 Fragen:
 1. „Bin ich bei einer Problemlösung vorangekommen?“
 2. „Habe ich etwas besser verstanden, was vorher unklar war?“
 3. „Bin ich über die Zeit des Nachdenkens weniger selbstkritisch oder depressiv geworden?“
- Wenn nicht eine der drei Fragen klar bejaht werden kann, handelt es sich nach Addis und Martell (2004) wahrscheinlich um aufzugebendes Grübeln

Vom depressiven Grübeln zum Gestalten

INHALT

- ◆ Einführung in die Grübelthematik
- ◆ Psychotherapeutische Impulse
- ◆ Pharmakologische Impulse anhand von Fallbeispielen
- ◆ Kreativtherapeutische Ansätze am Beispiel der Neurographik



FALLBEISPIEL: Sonderfall psychotische Depression



- 53 Jahre, verheiratet, in leitender Position
- 2 stationäre Vorbehandlungen: dabei Schwerpunkt auf biologische Maßnahmen: Lorazepam, Esketamin, Risperidon → psychotherapeutischer Schwerpunkt (u.a. wegen anankastischer Züge) empfohlen
- Stimmung gedrückt, Pat. stark affektarm, affektstarr, unbewegte Mimik, monotone Stimme, dabei innerlich unruhig, entscheidungsunfähig, hoffnungslos, verzweifelt, freudlos, starkes Grübeln über eigene Fehlentscheidung, eine Last für die Familie zu sein, passive Todeswünsche
- Krisenintervention: Pat. unverrückbar davon überzeugt, unkorrigierbare Fehler gemacht zu haben, Pat. regungslos, mit gefalteten Händen auf dem Bett, völlig gequält, kaum Reaktion auf Ansprache



FALLBEISPIEL: Sonderfall psychotische Depression



S3-Leitlinie unipolare Depression

5.4 Psychotische Depression

Empfehlung	Empfehlungs- grad
5-17 neu 2022 Bei Vorliegen einer Depression mit psychotischen Merkmalen soll eine psychopharmakologische Therapie angeboten werden.	↑↑
5-18 modifiziert 2022 Bei Vorliegen einer Depression mit psychotischen Merkmalen sollte eine Kombination aus Antidepressiva und Antipsychotika angeboten werden.	↑
5-19 neu 2022 Bei Vorliegen einer Depression mit psychotischen Merkmalen soll eine Kombination der medikamentösen Therapie mit Psychotherapie nach Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik angeboten werden.	↑↑

12.3.3 Benzodiazepine

Empfehlung	Empfehlungs- grad
12-15 modifiziert 2022 Benzodiazepine sollen bei akuter Suizidalität und stark belastenden Schlafstörungen oder starker Unruhe unter der Voraussetzung einer engmaschigen Überwachung sowie unter Beachtung der Kontraindikationen für eine Dauer von zwei (maximal vier) Wochen angeboten werden.	↑↑

Therapeutisches Vorgehen

- Überlegung, den Patienten auf eine akutpsychiatrische ggf. auch beschützte Station zu verlegen
- Erste, rasche Besserung unter intensivierter pharmakologischer Behandlung, um überhaupt einen Raum für Psychotherapie zu eröffnen (Sertralin beibehalten, Mirtazapin erhöht, Akutbehandlung mit Lorazepam, zusätzlich Antipsychotikum Olanzapin)

Quelle:

- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2, 2022 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000505. www.leitlinien.de/depression; Internet: www.leitlinien.de/register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005.

FALLBEISPIEL: Sonderfall therapieresistente Depression



- Depressive Symptomatik seit mehr als zwei Jahren, Vorbehandlung mit zahlreichen Antidepressiva
- Verschlechterung im Rahmen eines Prostatakarzinoms
- Verheiratet, keine Kinder, früher in einem Gasthof tätig bis zu massiven Familienstreitigkeiten
- In Gastronomie und als Beifahrer von Transporten tätig gewesen, zuletzt nicht mehr arbeitsfähig
- Angst vor allem, massive Selbstzweifel
- Pünktlich bei Terminen, sprach kaum, wirkte im Rahmen von PT oft unter Druck, starre Mimik, Antwortlatenz, teilweise Nachfragen
- Einengung auf den Wunsch entlassen zu werden
- Rückmeldungen über die Frau
- Expliziter Wunsch, nicht mehr „Chemie“ zu geben
- Zuverlässige Teilnahme an Therapien
- Früher von der Persönlichkeit als Organisator und „Macher“ mit zahlreichen sozialen Kontakten und Aktivitäten beschrieben

FALLBEISPIEL: Sonderfall therapieresistente Depression



- V.a. demenzielle Entwicklung: nicht bestätigt
- Schwerhörigkeit
- Kaum Besserung nach ca. 6 Wochen Therapie, dringender Wunsch nach Entlassung, Überforderung der Ehefrau, TK als Übergang abgelehnt, zunächst kaum Veränderungsraum
- Überlegung, den Patienten zu entlassen
- Starker Druck von Seiten der Ehefrau (rTMS) unter der Prämisse, dass der Patient stationär bei uns bleiben kann
- Lithiumaugmentation als Möglichkeit besprochen, die am ehesten aus Angst vor Verlegung und mit Nachdruck der Ehefrau zuletzt befürwortet wurde

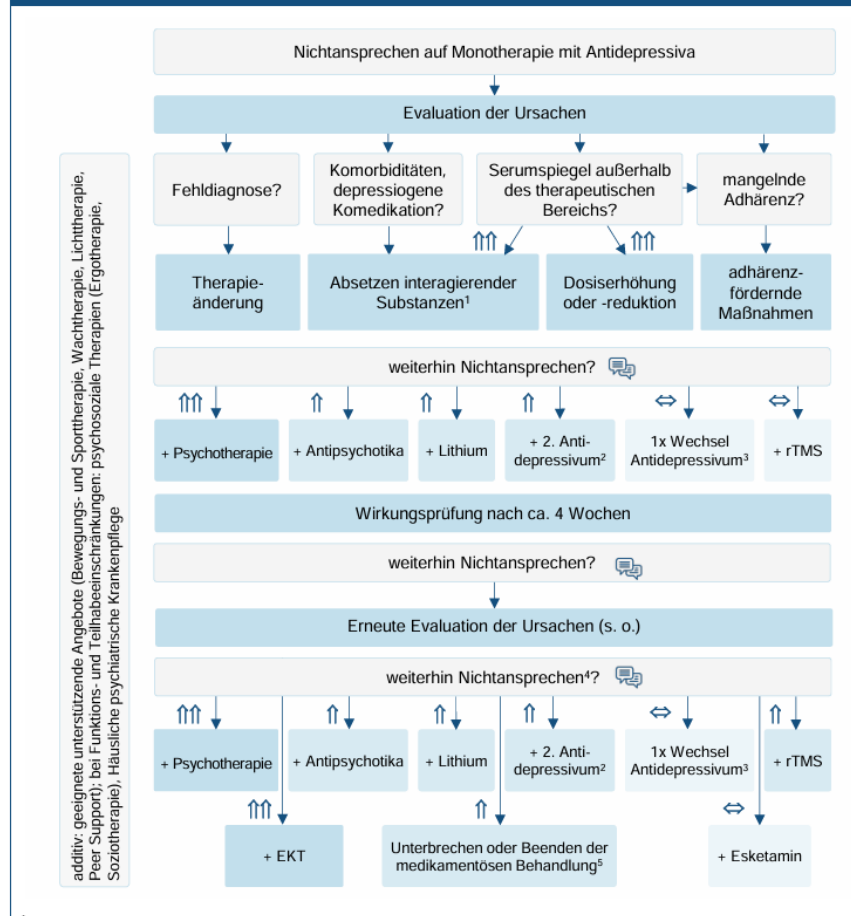


FALLBEISPIEL: Sonderfall therapieresistente Depression

Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie



Abbildung 13: Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie



Quelle:

■ Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2, 2022 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000505. www.leitlinien.de/depression; Internet: www.leitlinien.de, register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005.

FALLBEISPIEL: Sonderfall therapieresistente Depression

Lithiumaugmentation

- Ausscheidung ausschließlich über die Niere
- Indikation: Akutbehandlung manischer Syndrome, Behandlung bestimmter akuter Depressionen, z. B. bei Therapieresistenz, Rezidivprophylaxe bipolarer affektiver Störung (auch im Rahmen schizoaffektiver Psychosen und Episoden einer Major Depression, anfallsweise auftretender oder chronischer Cluster-Kopfschmerz (Bing-Horton-Syndrom).
- Geringe therapeutische Breite, keine Toleranzentwicklung.
- Verdopplung der Dosis führt zur Verdopplung der Lithium-Konzentration im Plasma (linearer Verlauf).
- Lithium-Plasmaspiegel ist etwa eine Woche nach Beginn der Lithium-Therapie zu bestimmen. Die Bestimmung des Lithium-Plasmaspiegels sollte möglichst genau 12 Stunden nach der letzten Einnahme erfolgen. Die Bestimmung wird am Morgen vor der weiteren Tablettengabe durchgeführt
- Häufigste Gründe für das Absetzen der Lithiumsalze durch den Patienten sind subjektiv erlebte **kognitive Störungen, Gewichtszunahme, Tremor und Polyurie**



7.1.3.2 Augmentation mit Lithium

Empfehlung	Empfehlungs-grad
7-7 modifiziert 2022 Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, sollte ein Versuch zur Wirkungsverstärkung (Augmentation) mit Lithium angeboten werden.	↑↑
7-8 bestätigt 2022 Wenn bei Patient*innen 2–4 Wochen nach Erreichen wirksamer Lithiumspiegel keine Wirkung festzustellen ist, sollte Lithium wieder abgesetzt werden.	↑↑
7-9 modifiziert 2022 Patient*innen, die gut auf ein Antidepressivum mit Lithium-Augmentation ansprechen, sollte eine Erhaltungstherapie für mindestens 6 Monate empfohlen werden	↑↑

Quelle:

- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2. 2022 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000505. www.leitlinien.de/depression; Internet: www.leitlinien.de/register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005.

FALLBEISPIEL: Sonderfall therapieresistente Depression



- Bereits nach einer Woche deutliche Stimmungsaufhellung
- Nach zwei Wochen im BDI II noch leichte Depression
- Pat. sprach flüssig, war humorvoll, äußerte sich positiv über die psychotherapeutischen Interventionen

➔ In der Praxis häufig schnell und deutlich, ob die Patienten auf eine Lithium-Behandlung ansprechen. Bleibt die Wirkung aus, ist eine Strategieänderung indiziert!

Vom depressiven Grübeln zum Gestalten

INHALT

- ◆ Einführung in die Grübelthematik
- ◆ Psychotherapeutische Impulse
- ◆ Pharmakologische Impulse anhand von Fallbeispielen
- ◆ Kreativtherapeutische Ansätze am Beispiel der Neurographik



Grübeleien unterbrechen durch Zeichnen und Gestalten



Grübeleien unterbrechen durch Zeichnen und Gestalten



Formen zeichnen:

- Das Zeichnen von Formen und geometrischen Figuren wird in der Kunsttherapie dazu genutzt, um Konzentration herbeizuführen, innere Ruhe zu generieren und neue Energie zu fördern.
- Es ist ein kraftvolles Werkzeug, das hilft, Grübeleien zu unterbrechen.
- Bestenfalls zeichnet der Patient die Formen mit Ölkreiden im Stehen, so dass der Körper mitschwingt.
- Zusätzlich hilft konzentriertes Atmen, um Anspannungen abzubauen.

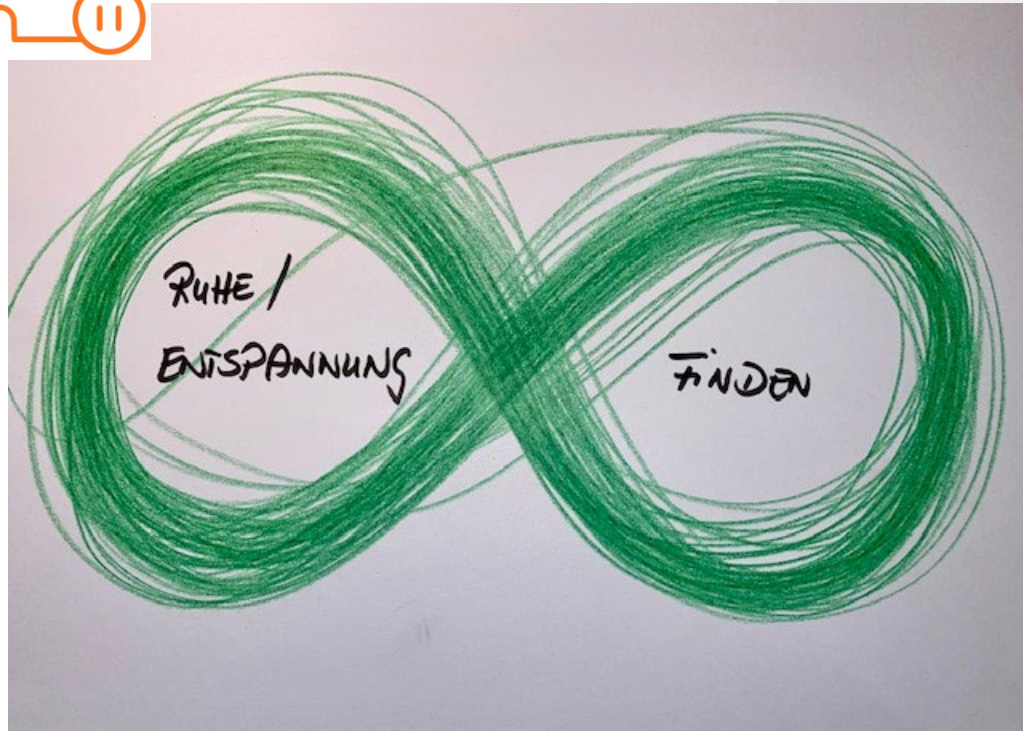


Grübeleien unterbrechen durch Zeichnen und Gestalten

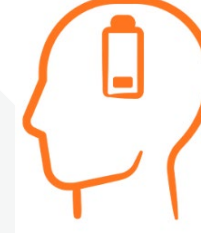
Formen zeichnen



Entspannung



Konzentration



Energie

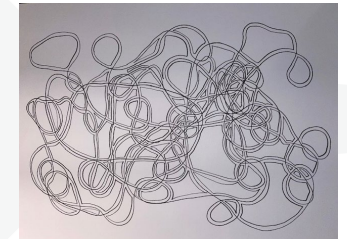
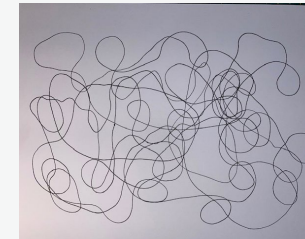
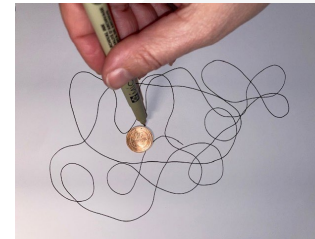


Grübeleien unterbrechen durch Zeichnen und Gestalten



Entspannungsmalen durch zufälliges Geschehen:

- Ein Cent-Stück über das Papier zu schieben, löst Anspannung, da keinerlei Erwartungshaltung an das Ergebnis entsteht.



- Der Patient unterbricht die Grübeleien, da die Konzentration voll und ganz auf dem Zeichenvorgang liegt.
- Zugefügte Farben oder Muster machen aus der Kritzelei ein vollständiges Bild.

Grübeleien unterbrechen durch Zeichnen und Gestalten



Neurographik als Entladung:

- Die neurographische Entladung unterbricht Grübeleien und löst Stress sowie Blockaden, indem sie belastende Gedanken auf das Papier bringt.
- Durch das anschließende Zeichnen von neuronalen (biometrischen) Linien und das abrunden aller eckigen Verbindungen tritt der Entspannungszustand ein. Die Linien schaffen neue Verbindungen, ähnlich des Nervensystems, und verknüpfen Informationen und Ressourcen.
- Das Zufügen von Kreisen harmonisiert das Gesamtbild.
- Durch die Bewegung der Hand beim Schraffieren der Farben im Hintergrund, lösen sich zusätzlich körperliche Anspannungen.
- Das Gestalten der Kreise mit einem festen Farbauftrag, bringt das Bild in die Vollendung.



Grübeleien unterbrechen durch Zeichnen und Gestalten

Neurographik als Entladung

1. Entladung



2. Linien
biometrisch
aufgreifen
und neuro-
nales Netz
bilden



3. Harmonisieren
und Ecken
abrunden



4. Kreise
finden
und dick
markieren



5. Farben
im Hinter-
grund



5. Figuren,
Farbbuch
gestalten



Grübeleien unterbrechen durch Zeichnen und Gestalten



Unperfektes Mandala:

- Das Mandala gilt als Bild innerer Ordnung.
- Das Gestalten wirkt beruhigend, reduziert Stress und Unruhe.
- Durch das Wiederholen von Formen entsteht ein Gefühl von Struktur und Sicherheit. Dies kann bei Belastungssituationen stabilisierend wirken.

Anstehende Break & Brain Online-Fortbildungen

Save the date



Ambivalenz – Zwischen Festhalten und Veränderung: Motivational Interviewing

Sascha Fischer, Leitender Psychologe, Vincera Klinik Spreewald
Mittwoch, 11. Februar 2026, 18:00 Uhr

Wirrwarr im Kopf - ADHS im Erwachsenenalter erkennen, verstehen und behandeln

Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara, Chefarztin, Vincera Klinik Bad Waldsee
Mittwoch, 3. März 2026, 18:00 Uhr

Elektrostöckchen und Bonbon – Entwicklung der VT 1.0

Dr. med. Eberhard Böhme, Chefarzt, Vincera Klinik Spreewald
Mittwoch, 15. April 2026, 18:00 Uhr

Resonanzräume- Körper, Emotionen und kreativtherapeutische Ansätze in der psychosomatischen Therapie

Dr. med Lisa Fiedler, Chefarztin, Vincera Klinik Burg Wernberg
Mittwoch, 13. Mai 2026, 18:00 Uhr

Anmeldungen bitte per Mail: anmelden@vincera-kliniken.de