

## Ausgangspunkt: Emotionsregulation und psychische Gesundheit

*M. Berking*

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017  
M. Berking, *Training emotionaler Kompetenzen*  
DOI 10.1007/978-3-662-54273-6\_2

### 2.1 Inwieweit hängen Emotionsregulationsdefizite mit psychischen Störungen zusammen?

Unterschiedliche Definitionen und Operationalisierungen des Konzepts Emotionsregulation erschweren die Interpretation der aktuellen Befundlage zum Zusammenhang von emotionsübergreifenden Regulationskompetenzen und psychischen Störungen. So stammen z. B. eine ganze Reihe von potenziell relevanten Befunden aus der Coping-Forschung, in der Reaktionsweisen auf »Stress« oder »belastende Ereignisse« untersucht werden. Bei diesen Befunden bleibt allerdings häufig unklar, inwieweit die negativen Gefühle im Fokus der Bewältigungsbemühungen stehen. Trotz dieser Schwierigkeiten lässt sich feststellen, dass eine Vielzahl empirischer Befunde darauf hinweist, dass bestimmte Formen des Umgangs mit negativen Emotionen bei Personen mit psychischen Störungen besonders ausgeprägt sind. Diese Befunde finden sich sowohl bei Untersuchungen an klinischen Stichproben mit unterschiedlichen Störungen (Garnefski et al., 2002; Sandin & Chorot, 1995) als auch bei speziellen Störungsbildern.

So berichten beispielsweise Menschen, die an **Depressionen** leiden, oft über Schwierigkeiten, ihre Emotionen identifizieren (Honkalampi et al., 1999; Rude & McCarthy, 2003) und negative Gefühle akzeptieren und aushalten zu können (Brody, Haaga, Kirk & Solomon, 1999; Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006; Conway, Csanik, Holm & Blake, 2000; Hayes, 2004). Diese Personen haben außerdem häufig Schwierigkeiten, sich selbst mitfühlend zu unterstützen, wenn sie an negativen

Emotionen leiden (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006; Hofmann, Grossman & Hinton, 2011) und die Intensität oder Dauer unerwünschter Gefühle in eine gewünschte Richtung zu beeinflussen (Catanzaro, Wasch, Kirsch & Mearns, 2000; Ehring, Fischer, Schnülle, Boesterling & Tuschen-Caffier, 2008; Kassel, Bornovalova & Mehta, 2007). Depressive Symptome treten darüber hinaus oft zusammen mit Verhaltensweisen wie Grübeln, Katastrophisieren und Unterdrückung des Affektausdrucks auf (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Conway, Csanik, Holm & Blake, 2000; Ehring, Tuschen-Caffier, Schnülle, Fischer & Gross, 2010; Garnefski & Kraaij, 2006; Kraaij, Pruymboom & Garnefski, 2002; Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990), welche oft als dysfunktionale Emotionsregulationsstrategien konzeptualisiert werden (Berking & Wupperman, 2012; Heber, Lehr, Rieper & Berking, 2014; Moulds, Kandris, Starr & Wong, 2007).

Belege für den (querschnittlichen) Zusammenhang von Depression und Emotionsregulationsdefiziten stützen zwar die Hypothese, dass sich Defizite in der Emotionsregulation negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, statt sie erlauben jedoch nicht zu prüfen, inwieweit die Emotionsregulationsdefizite (als vermutete Ursache) den depressiven Beschwerden (als vermuteter Wirkung) vorausgehen. Damit bleibt unklar, ob Emotionsregulationsdefizite nicht die Folge der durch andere Ursachen entstandenen Störung sind bzw. lediglich ein Symptom der Störung darstellen. Eine solche Kausalrichtung wäre auch plausibel, wenn man bedenkt, dass Depression u. a. mit Konzentrationsproblemen einhergeht, welche die Emotionsregulation deutlich beeinträchtigen könnten. Um herauszufin-

den, inwieweit Regulationsschwierigkeiten tatsächlich kausal zur Entwicklung psychischer Störungen beitragen, muss der Zusammenhang zwischen diesen beiden Phänomenen in längsschnittlichen und experimentellen Studien genauer untersucht werden.

Im Bereich depressiver Störungen ergaben längsschnittliche Untersuchungen, dass eine geringe Überzeugung, das emotionale Befinden erfolgreich beeinflussen zu können, sowie die häufige Verwendung dysfunktionaler Regulationsstrategien die zukünftige depressive Symptomatik signifikant vorhersagten (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; (Berking, Wirtz, Svaldi & Hofmann, 2014) Kassel, Bornovalova & Mehta, 2007; Kraaij, Pruymboom & Garnefski, 2002). Weitere Studien zeigten, dass negativ-affektive Reaktionen auf unerwünschte Ereignisse bei depressiven Personen länger anhielten, als dies bei nicht-depressiven Personen der Fall war (Peeters, Nicolson, Berkhof, Delespaul & deVries, 2003). Außerdem sagte die Tendenz, auf belastende Ereignisse mit negativen Emotionen zu reagieren, die Intensität depressiver Symptome zwei Monate nach der anfänglichen Einschätzung vorher (O'Neill, Cohen, Tolpin & Gunthert, 2004). In Therapiestudien zeigte sich ferner, dass die Tendenz, auf belastende Ereignisse mit negativen Emotionen und geringer Regulationszuversicht zu reagieren, eine geringere Symptomabnahme während einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Depressionstherapie vorhersagt (Cohen, Gunthert, Butler, O'Neill & Tolpin, 2005; Backenstrass et al., 2006). Darüber hinaus zeigte sich im Bereich des Umgangs mit positiven Emotionen, dass die Tendenz, positiven Emotionen eher mit Skepsis und Ablehnung zu begegnen und diese nicht bewusst wertzuschätzen, weniger positive Emotionen und mehr depressive Symptome vorhersagt (Raes, Smets, Nelis & Schoofs, 2012).

Weitere Belege für einen kausalen Einfluss von Emotionsregulationsdefiziten auf depressive Symptome liefern experimentelle Studien, die systematisch die Emotionsregulation manipulieren und die Effekte dieser Manipulation auf depressive Symptome erfassen und auswerten. In solchen Studien zeigte sich, dass maladaptive Reaktionen auf dysphorische Stimmungslagen (z. B. Grübeln oder Unterdrückung) diese Stimmungslagen verfestigen können (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006; Ehring, Tuschen-Caffier, Schnülle,

Fischer & Gross, 2010; Liverant, Brown, Barlow & Roemer, 2008; Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990). Außerdem zeigte sich, dass Personen mit Depression im Vergleich mit gesunden Kontrollpersonen eher dazu neigen, maladaptive Emotionsregulationsstrategien zu nutzen (Ehring, Tuschen-Caffier, Schnülle, Fischer & Gross, 2010).

Im Bereich von **Angststörungen** deuten ebenfalls zahlreiche Studien darauf hin, dass Defizite in der emotionsübergreifenden Regulationskompetenz maßgeblich zur Entwicklung und Aufrechterhaltung dieser Störungen beitragen (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Amstadter, 2008; Berking & Wupperman, 2012; Campbell-Sills, Ellard & Barlow, 2014; Cisler, Olatunji, Feldner & Forsyth 2010; Kashdan, Zvolensky & McLeish, 2008; Suveg, Morelen, Brewer & Thomassin, 2010). Beispielsweise sagten Emotionsregulationsdefizite in einer nicht-klinischen Stichprobe von 631 Teilnehmern signifikant den späteren Grad von Angstsymptomen in einem Zeitraum von zwei Wochen vorher (Berking, Orth, Wupperman, Meier & Caspar, 2008). In einer weiteren nicht-klinischen Stichprobe sagte die Zuversicht der Studienteilnehmer, erfolgreich mit negativer Stimmung umgehen zu können, die Intensität von Angstsymptomen nach einem achtwöchigen Intervall vorher (Kassel, Bornovalova & Mehta, 2007). In einer nicht-klinischen Stichprobe von Jugendlichen sagten Defizite in der Emotionsregulation das Ausmaß von Angstsymptomen sieben Monate später vorher (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin & Nolen-Hoeksema, 2011). In einer Stichprobe von Studenten gingen Schwierigkeiten bei der Beschreibung und Identifizierung von Emotionen mit einem erhöhten Grad an Angstsymptomen ein Jahr später einher (Ciarrochi & Scott, 2006). Außerdem sagte in einer Stichprobe von 131 Teilnehmern die Fähigkeit zur Emotionsregulation eine Verschlechterung der Angstsymptomatik in einem Zeitraum von fünf Jahren vorher (wohingegen die Ausprägung der Angstsymptomatik keinen Vorhersagewert für zukünftige Emotionsregulationskompetenzen aufwies; Wirtz, Hofmann, Riper, & Berking, 2014).

Forschung mit klinischen Stichproben deutet u. a. darauf hin, dass Personen, die an einer **generalisierten Angststörung** leiden (GAS) Defizite in emotionaler Klarheit, ein geringeres Verständnis

für Emotionen, eine größere Reaktivität auf Emotionen sowie eine geringere Akzeptanz und weniger erfolgreiche Bewältigung von Emotionen aufweisen (McLaughlin, Mennin & Farach, 2007; Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2002; Novick Kline, Turk, Mennin, Hoyt & Gallagher, 2005; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco, 2005; Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker & Mennin, 2006). Des Weiteren sagten Defizite in der Emotionsregulation bei Personen, die an GAS-Symptomen litten, Probleme in der Bewältigung ihrer Erfahrungen mit der Terrorattacke in den USA vom 11. September 2001 vorher (Farach, Mennin, Smith & Mandelbaum, 2008).

Klinische Studien zeigen ferner, dass Personen, die die Kriterien einer **Panikstörung** erfüllen, vermehrt von Schwierigkeiten bei der Identifizierung, Akzeptanz und Toleranz von unerwünschten Emotionen berichten (Baker, Holloway, Thomas, Thomas & Owens, 2004; Marchesi et al. 2005; Naragon-Gainey, 2010; Parker, Taylor, Bagby & Acklin, 1993; Shear, Cooper, Lerman, Busch & Shapiro, 1993). Weitere Ergebnisse belegen, dass diese Personen dysfunktionale Vermeidungsstrategien einsetzen, wenn sie mit angstauslösenden oder anderen belastenden Situationen konfrontiert werden (Tull & Roemer, 2007). Der Einsatz dieser Vermeidungsstrategien führt paradoxerweise oft zu einem Anstieg der Angst (Eifert & Heffner, 2003; Feldner, Zvolensky, Eifert & Spira, 2003; Feldner, Zvolensky, Stickle, Bonn-Miller & Leen-Feldner, 2006; Karekla, Forsyth & Kelly, 2004; Spira, Zvolensky, Eifert & Feldner, 2004) und kann somit zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Angststörungen beitragen (Craske, Miller, Rotunda & Barlow, 1990; Hino, Takeuchi & Yamanouchi, 2002; Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004).

Bei Personen mit einer **sozialen Phobie** deuten wissenschaftliche Studien darauf hin, dass die Betroffenen im Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe mehr Schwierigkeiten bei der Beschreibung und Identifizierung von Emotionen (Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco, 2005) erleben, ein höheres Maß an Scham empfinden (Fergus, Valentiner, McGrath & Jencius, 2010) und größere Schwierigkeiten haben, die emotionalen Folgen belastender Erfahrungen zu akzeptieren (Kashdan & Steger, 2006). Personen, die unter spezifischen Phobien leiden, berichten von häufigen Selbstvorwürfen, Grübeln, Katastrophisieren und wenig Ver-

trauen in positive Neubewertungen, wenn sie versuchen schwierige Erfahrungen zu bewältigen (Davey, Burgess & Rashes, 1995; Kraaij, Garnefski & Van Gerwen, 2003). Bei Personen mit **Posttraumatischer Belastungsstörung** (PTBS) wurde ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Störung, dem Mangel an emotionaler Klarheit, Emotionsakzeptanz und der aktiven Modifikation von Emotionen nachgewiesen (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough & Han, 2005; Cloitre, Stoval, McClough & Levett, 2004; Ehring & Quack, 2010; Roemer, Litz, Orsillo & Wagner, 2001; Tull, Barrett, McMillan & Roemer, 2007; Weiss et al., 2012). Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation scheinen zudem den Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der PTBS-Symptomatik und Substanzmissbrauch bei Patienten mit Missbrauchserfahrungen während der Kindheit zu mediieren (Staiger, Melville, Hides, Kambouropoulos & Lubman, 2009).

Weitere Untersuchungen zeigten, dass Patienten mit **Esstörungen** dazu neigen, Emotionen intensiver wahrzunehmen als Kontrollpersonen (Overton, Selway, Strongman & Houston, 2005; Svaldi, Griepstroh, Tuschen-Caffier & Ehring, 2012). Insbesondere erleben diese Patienten häufiger und intensiver Ängstlichkeit, Furcht, Anspannung und Nervosität (McClenny, 1998). Sie berichten darüber hinaus häufig von Schwierigkeiten bei der Akzeptanz und Bewältigung ihrer Gefühle und neigen (in der Folge) eher dazu, intensive emotionale Erfahrungen zu vermeiden (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Bydlowski et al., 2005; Carano et al., 2006; Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller & Meyer, 2007; Svaldi, Caffier & Tuschen-Caffier, 2010; Whiteside et al., 2007). Insbesondere weisen Patienten mit **Bulimia nervosa** im Vergleich zu nicht-klinischen Kontrollgruppen eine eingeschränkte Fähigkeit zu Wahrnehmung und Identifizierung ihrer emotionalen Befindlichkeit auf (Sim, 2002; Sim & Zeman, 2004). Zudem ergaben weitere Untersuchungen, unter Verwendung der Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004), dass Frauen mit **Anorexia nervosa** signifikant mehr Schwierigkeiten in Emotionsregulationsaspekten erleben, die von diesem Fragebogen erfasst werden (Emotionswahrnehmung, Emotionsakzeptanz; Einsatz effektiver Modifikationsstrategien etc.; Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure,

2009). In Langzeitstudien sagte negative Stimmung darüber hinaus Essanfälle bei Personen mit **Binge-Eating-Störung** (Chua, Touyz & Hill, 2004; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2007; Stein et al., 2007; Wild et al., 2007) sowie Essanfälle und Purging-Verhalten bei Bulimie vorher (Crosby et al., 2009; Smyth et al., 2007, 2009). Weitere Belege für den kausalen Effekt von Emotionsregulationsdefiziten auf Essstörungen liefern experimentelle Studien, die zeigen, dass negative Stimmung oder Stress die spätere Nahrungsaufnahme und/oder die Wahrscheinlichkeit von Essanfällen bei Personen mit Binge-Eating-Störung erhöht (Agras & Telch, 1998; Chua, Touyz & Hill, 2004; Laessle & Schulz, 2009; zu widersprüchlichen Ergebnissen s. Dingemans, Martijn, Jansen & Furth, 2009).

Der Konsum von Drogen und Alkohol im Rahmen **substanzbezogener Störungen** wird weithin als Versuch angesehen, negative Emotionen herabzuregulieren oder zu vermeiden (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie & Fiore, 2004; Cooper, Frone, Russell & Mudar, 1995; Weiss, Griffin & Mirin, 1992; Wupperman et al., 2012). Da negative Emotionen einen wichtigen Auslöser von Rückfällen bei Abhängigkeitserkrankungen darstellen (Cooney, Litt, Morse, Bauer & Gaup, 1997; ElSheikh & Bashir, 2004; Isenhardt, 1991), sollte die Fähigkeit zur effektiven Emotionsregulation Betroffenen helfen, auch in Gegenwart solcher Emotionen abstinent zu bleiben (Berking et al., 2011). Erste Belege für diese Hypothese stammen aus Studien, die zeigen, dass Patienten, die an sogenannten »emotionalen Störungen« (affektive und Angststörungen; Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione & Barlow, 2010) sowie der Borderline Persönlichkeitsstörung leiden, häufig auch die Kriterien für Abhängigkeitserkrankungen erfüllen (Hasin, Stinson, Ogburn & Grant, 2007; Bradizza, Stasiewicz & Paas, 2006). Zudem konnte ein geringes Niveau »emotionaler Intelligenz« (definiert von Salovey und Mayer, 1990, S. 189, als die »Fähigkeit eigene Gefühle und die Gefühle anderer wahrzunehmen, zu unterscheiden und diese Information zu nutzen, um die eigenen Gedanken und Handlungen zu steuern«) wiederholt mit einem ausgeprägten Drogen- und Alkoholkonsum in Verbindung gebracht werden (Kun & Demetrovics, 2010). Personen mit substanzbezogenen Störungen berichten häufig von mehr Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation als gesunde

Kontrollpersonen, besonders während Phasen der Abstinenz (Berking et al., 2011; Fox, Axelrod, Palival, Sleeper & Sinha, 2007). Darüber hinaus sagten in zahlreichen Längsschnittstudien negativer Affekt und defizitäre Emotionsregulation zukünftige Konsummengen und das Verlangen zu Trinken vorher (Berking et al., 2011; Falk, Yi & Hilton, 2008; Gamble et al., 2010; Hodgins, El-Guebaly & Armstrong, 1995; Swendsen et al., 2000; Willinger et al., 2002). In experimentellen Studien konnte ebenfalls gezeigt werden, dass das Auslösen negativen Affekts zu einem erhöhten Trinkverlangen führt (Birch et al., 2004; Cooney, Litt, Morse, Bauer & Gaupp, 1997; Sinha et al., 2009). Letztlich ist von Relevanz, dass Interventionen, die depressive und Angstsymptome bei Patienten mit Substanzmissbrauch reduzieren, auch das Ausmaß der Abhängigkeitserkrankung und die Rückfallwahrscheinlichkeit reduzieren (Brown, Evans, Miller, Burgess & Muelier, 1997; Watt, Stewart, Birch & Bernier, 2006).

Umfangreiche Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Defizite in der Emotionsregulation als ein Kernelement der **Borderline Persönlichkeitsstörung** angesehen werden können (Linehan, 1993). Diese Störung ist u. a. definiert und charakterisiert (APA, 2014) durch intensive und instabile Stimmungslagen (Austin, Riniolo & Porges, 2007; Kuo & Linehan, 2009; Weinberg, Klonsky & Hajcak, 2009). Patienten mit dieser Persönlichkeitsstörung erleben weniger emotionale Klarheit (Leible & Snell, 2004; Wolff, Stiglmayr, Bretz, Lammers & Auckenthaler, 2007; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier & Ehring, 2012) und sind weniger dazu in der Lage aversive Emotionen zu ertragen (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez & Gunderson, 2006). Diese Patienten tendieren außerdem dazu, vermeidende und schädliche Emotionsregulationsstrategien (z. B. selbstverletzendes Verhalten) einzusetzen, wenn sie unter Stress stehen (Berking, Neacsiu, Comtois & Linehan, 2009; Wupperman, Neumann, Whithman & Axelrod, 2009). Außerdem haben sie mehr Schwierigkeiten ihre Emotionen mithilfe adaptiver Techniken effektiv zu modifizieren (Gruber, Harvey & Gross, 2012; Schulze et al., 2011). Interessanterweise konnte anhand solcher Defizite in der Emotionsdysregulation der Verlauf der Störung besser vorhergesagt werden als anhand der Impulsivität, welche diese Patienten auch häufig aus-

zeichnet (Tragesser, Solhan, Schwartz-Mette & Trull, 2007).

Im Bereich **somatoformer Störungen** wird u. a. in der Tradition des Alexithymie-Konzepts davon ausgegangen, dass somatische Komponenten von Emotionen als ernsthafte gesundheitliche Probleme fehlinterpretiert werden, was wiederum über Aufmerksamkeitsfokussierung und Vermeidungsverhalten zu einer verstärkten Symptomwahrnehmung führt (Bleichardt, 2012; Nemiah & Sifneos, 1970; Sifneos, 1973). In Übereinstimmung mit dieser Theorie konnten einige Studien zeigen, dass die Fähigkeit zur bewussten Wahrnehmung und Toleranz von Emotionen, der korrekten Identifizierung von Emotionen und der akkuraten Zuordnung von Emotionen und Körperempfindungen mit stärker ausgeprägten somatoformen Symptomen einhergehen (De Gucht & Heiser, 2003; Lumley, Stettner & Wehmer, 1996; Schweinhardt et al., 2008; Subic-Wrana, Beutel, Knebel & Lane, 2010; Subic-Wrana et al., 2002; Subic-Wrana, Bruder, Thomas, Lane & Köhle, 2005; Waller & Scheidt, 2004, 2006).

Abschließend sei auf die Befunde verwiesen, die zeigen, dass auch im Bereich von **Störungen, die typischerweise in der Kindheit oder Adoleszenz auftreten**, ein signifikanter Zusammenhang zwischen Emotionsregulationsdefiziten und psychopathologischen Symptomen besteht. Diesbezügliche Befunde liegen u. a. für das Aufmerksamkeits-(Hyperaktivitäts)-Defizit-Syndrom (ADHS) und für eine Reihe von internalisierenden (z. B. sozialer Rückzug, Depression und Ängstlichkeit) und externalisierenden (z. B. Aggression, Wut und Verhaltensprobleme) Verhaltensauffälligkeiten vor (Calkins & Howse, 2004; Kim & Cicchetti, 2010; McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin & Nolen-Hoeksema, 2011; Walcott & Landau, 2004).

## 2.2 Inwieweit lässt sich der Therapieerfolg durch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung emotionaler Kompetenzen fördern?

In dem Maße, in dem die empirische Forschung Belege für die Annahme liefert, dass Emotionsregulationsdefizite eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen spie-

len, stellt sich die Frage, ob sich psychische Störungen durch die systematische therapeutische Arbeit an diesen Defiziten erfolgreich behandeln lassen. Da affektive Faktoren in den Störungskonzepten fast aller psychotherapeutischen Ansätze eine Rolle spielen, widmen sich auch nahezu sämtliche Therapieansätze mehr oder weniger intensiv dem Umgang mit belastenden Affekten. Die Arbeit an emotionalen Kompetenzen kann dabei auch dann das praktische Vorgehen prägen, wenn diese Kompetenzen kein explizites Element der Störungs- oder Veränderungstheorien des jeweiligen Verfahrens sind. Beispielsweise stellt die bedingungslose Wertschätzung des Patienten eine klassische Technik der personenzentrierten Therapie dar. Mit dieser Technik (bzw. »Grundhaltung«) wird dem Patienten u. a. signalisiert, dass er auch beim Äußern negativer Gefühle nicht abgelehnt wird. Diese Erfahrung kann maßgeblich dazu beitragen, dass der Patient unerwünschte Emotionen zukünftig besser akzeptieren kann.

In der **kognitiven Verhaltenstherapie** (KVT) arbeiten Therapeuten häufig explizit und systematisch an der Verbesserung der Emotionsregulation. Der Fokus liegt dabei jedoch oft auf denjenigen Emotionen, die sich im Rahmen der behandelten Störung manifestieren und in der Regel vor allem unter Einsatz prototypischer KVT-Methoden. Hier stellt sich die Frage, ob bei bestimmten Problemstellungen bzw. Patienten ein Fokus auf emotionsübergreifende Regulationskompetenzen von Vorteil wäre und inwieweit dazu auch Techniken aus anderen Verfahren (wie beispielsweise die 2-Stuhl-Technik oder mitgeföhlsbasierte Ansätze) genutzt werden könnten. Historisch betrachtet spielten Emotionen jenseits von Angst in der verhaltenstherapeutischen Theoriebildung (aufgrund der vermeintlichen Schwierigkeiten mit einer objektiven Messung) nur eine untergeordnete Rolle. Im Zuge der fortschreitenden klinischen Nutzung dieser Konzepte wurde die maßgebliche klinische Relevanz von Emotionen zunehmend anerkannt (Caspar, 2002). Emotionen wurden dabei allerdings vor allem als zu verändernde Zielgrößen angesehen. Der Fokus in der Therapie lag eher auf den Kognitionen und den Verhaltensweisen, die problematische Emotionen mit aufrechterhielten.

In der sogenannten »**dritten Welle der Verhaltenstherapie**« (Hayes, 2004) wurden zunehmend



auch emotionsübergreifende Regulationskompetenzen thematisiert. Bahnbrechend wirkte dabei sicherlich die **Dialektisch Behaviorale Therapie** (DBT; Linehan, 1993), die für die Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde und explizit auf die Vermittlung adaptiver Emotionsregulationsstrategien abzielt. Eine weitere »Dritte Welle«-Therapie stellt die **Akzeptanz- und Commitment-Therapie** (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) dar. Dieses Verfahren zielt auf eine Reduzierung von Vermeidungsverhalten als Reaktionen auf aversive Erlebnisse (sowie auf der Unterstützung beim Verfolgen und Erreichen wichtiger persönlicher Ziele) ab. Der stärkere Bezug zu Emotionen ist dadurch bedingt, dass »aversive« innere Erfahrungen durch das Vorliegen unerwünschter Emotionen definiert sind. Weitere wichtige Vertreter der dritten Welle sind außerdem das **Mindfulness-based Stress Reduction Programm** (MBSR) von Kabat-Zinn (2015), die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie für Depression (engl. mindfulness based cognitive therapy, MBCT; Segal, Teasdale & Williams, 2004; Segal, Williams & Teasdale, 2013) und das Programm zur **achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention** (engl. mindfulness-based relapse prevention; MBRP; Bowen, Chawla & Marlatt, 2010). In diesen Ansätzen sollen Patienten lernen, belastende Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen als »[...] mentale Ereignisse anstatt als Aspekte ihres Selbst oder als unbedingt zutreffende Reflektionen der Realität« zu sehen (Teasdale et al., 2000, S. 616). Im Gegensatz zu DBT fokussieren ACT, MBSR, MBCT und MBRP jedoch nicht unbedingt stärker auf Emotionen als auf Wahrnehmungen oder Kognitionen (allenfalls zeichnen sie sich durch einen besonderen Fokus auf die Wahrnehmung und den nicht-bewertenden Umgang mit körperlichen Empfindungen aus). Als Vertreter aktueller Entwicklungen in der KVT sei auf **mitgefühlsbasierte Ansätze** hingewiesen (Gilbert & Proctor, 2006; Neff & Germer, 2013), welche die buddhistischen Konzepte und Übungen zu »Compassion and Loving Kindness« (Weißmann & Weißmann, 1996) in den Psychotherapiediskurs des Westens integrierten. Der Emotionsbezug dieser Ansätze ergibt sich dadurch, dass Mitgefühl mit einer leidenden Person (bzw. einem leidendem Teil des Selbst) praktiziert wird, wobei »Leiden« durch die Präsenz unerwünschter Emotionen definiert ist.

Auch jenseits der sogenannten dritten Welle wird in der KVT der gezielten Förderung der Emotionsregulation zunehmend mehr Bedeutung beigegeben. So entwickelten beispielsweise Keuthen und Sprich (2012) ein verhaltenstherapeutisches Programm zu Trichotillomanie-Behandlung, welches u. a. auf eine Stärkung der Fähigkeiten zur Verbesserung von Emotionswahrnehmung, Emotionsregulation und Stresstoleranz abzielt. Erwartungsgemäß konnten die Autoren im Laufe der Behandlung eine signifikante Verbesserung der Emotionsregulation feststellen, welche mit der Reduzierung des Schweregrads der Störung korrelierte (Keuthen et al., 2010; Keuthen et al., 2011). In einer anderen Studie zu einem KVT-basierten Programm, das sich durch einen ausdrücklichen Fokus auf die Verbesserung der Affektregulation auszeichnet (Slee, Spinhoven, Garnefski & Arensman, 2008), wurden 90 Personen, die selbstverletzendes Verhalten zeigten, zwei Behandlungsgruppen zugeteilt. In der einen Gruppe konnten die Teilnehmer ihre Behandlungsform frei wählen, z. B. KVT, interpersonelle Psychotherapie oder soziales Kompetenztraining. Die Behandlung der anderen Gruppe bestand in einer KVT, die auf die »Entwicklung von Emotionsregulationsstrategien zur Bewältigung von Situationen, die effektive Emotionsregulation behindern« ausgerichtet war. Die Ergebnisse zeigten, dass diejenigen Patienten, die eine KVT mit Unterstützung der Emotionsregulation erhielten, nach der Therapie von signifikant niedrigeren Werten bezüglich Selbstverletzung, Emotionsregulationsschwierigkeiten, Depressionen, Ängsten und Suizidgedanken berichteten. Mediationsanalysen ergaben darüber hinaus, dass Veränderungen im selbstverletzenden Verhalten durch Veränderungen der Emotionsregulationskompetenz mediert wurden.

Ein weiteres Beispiel für eine verhaltenstherapeutische Behandlung mit einem expliziten Fokus auf Emotionsregulation ist die **Emotionsregulationstherapie** (ERT; Mennin & Fresco, 2014). Die ERT wurde ursprünglich zur Behandlung von generalisierter Angststörung (GAS) entwickelt und sieht Emotionsregulationsdefizite als wesentliches Merkmal dieser (und anderer) Störung(en). Diese Behandlung zielt daher auf die Entwicklung von Emotionsregulationsstrategien ab, zu denen beispielsweise das Identifizieren und das Akzeptieren

von Emotionen zählen (Mennin, 2006; Mennin & Fresco, 2014).

Im Bereich von Störungen mit Beginn im Kindesalter haben Kendall & Suveg (2005) die »**emotionsfokussierte KVT**« (engl. emotion-focused cognitive behavioral therapy; ECBT) entwickelt, um die Emotionsregulationsfähigkeiten bei Kindern mit Angststörungen zu stärken. Das Programm beinhaltet klassische Inhalte der KVT und ergänzt diese um emotionsspezifische Komponenten, wie die Konfrontation mit emotionsauslösenden Situationen sowie Instruktionen bezüglich des Erkennens und der Bewältigung von Gefühlen. Während traditionelle KVT-Verfahren bei Angststörungen vor allem (bzw. fast ausschließlich) auf die Bearbeitung angstbezogener Emotionen abzielen, werden bei der EBCT auch andere Emotionen bearbeitet, die für das Kind schwierig sein können (z. B. Schuldgefühle oder Wut). In einer Studie zur Evaluation der EBCT zeigte ein Großteil der teilnehmenden Kinder Verbesserungen bezüglich ihrer Angstsymptomatik als auch ihrer Fähigkeit, Emotionen verstehen und erfolgreich regulieren zu können (Suveg, Kendall, Comer & Robin, 2008).

Die Verschiebung des Fokus hin zur Emotionsregulation zeigt sich jedoch nicht nur in der KVT. Auch psychodynamische Verfahren, bei denen die Themen Affekte und Umgang mit Affekten eine lange Tradition haben (Blagys & Hilsenroth, 2000), wurden in letzter Zeit neuere Ansätze mit der expliziten Zielsetzung der Stärkung der Emotionsregulation entwickelt. Eine solche Behandlungsform stellt beispielsweise die von Fosha (2000) entwickelte »**Accelerated Experiential-Dynamic Psychotherapy**« (AEDP) dar, die den Patienten helfen soll, ihre Emotionen bewusst zu erleben und »[...] emotional bedeutsame Beziehungen zu nutzen, um affektive Erfahrungen zu regulieren, die zu intensiv oder schmerzhaft sind, um sie alleine zu bewältigen« (Fosha, 2001, S. 227–228).

Im Bereich der humanistischen bzw. gesprächstherapeutischen Ansätze spiegelt sich der Trend zu einer stärkeren Beachtung emotionaler Kompetenzen vor allem in der Entwicklung der **Emotionsfokussierten Therapie** (EFT; Greenberg, 2004) wider. Die EFT basiert auf einer elaborierten Therapie, in der Emotionen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Behandlung psychischer Störungen zuge-

schrieben wird. In der Therapie übernimmt der Therapeut die wichtige Rolle des »Emotions-Coaches« und versucht, dem Patienten die Fertigkeiten zu vermitteln, derer es für einen konstruktiven Umgang mit Emotionen bedarf. Typisch für dieses Verfahren ist der Einsatz der 2- (oder auch Mehrstuhl-) Technik(en), die großes Potenzial haben, emotionale Erfahrungen auszulösen und direkt an diesen zu arbeiten.

Auch Kliniker, die keiner bestimmten therapeutischen Schule angehören, entwickelten in den letzten Jahren eine Reihe von explizit emotionsfokussierten Interventionsansätzen. So entwickelten beispielsweise Izard und Kollegen (2008) das **emotionsbasierte Programm** (EBP). Das Ziel von EBP ist »[...] die Förderung der Fähigkeit junger Kinder Emotionen zu regulieren und zu verstehen, modulierte Emotionen zu nutzen und maladaptives Verhalten zu reduzieren.« (S. 373). In einer Wirksamkeitsstudie verglichen die Autoren die Effektivität dieses Programms mit der des »Standard Head Program« (ein Programm in den USA, in dem Kinder aus benachteiligten Familien auf den Schuleintritt vorbereitet werden). Die Ergebnisse zeigten, dass Kinder, die an EBP teilnahmen, einen größeren Zuwachs an Wissen über Emotionen und Emotionsregulation aufwiesen als Kinder aus dem Standard Head Program. Darüber hinaus zeigten die Kinder aus der EBP-Gruppe einen stärkeren Rückgang von negativen emotionalen Äußerungen, Aggressionen, ängstlichem und depressivem Verhalten sowie von negativen Interaktionen mit Gleichaltrigen und Erwachsenen.

Abschließend sei auf die von Gratz und Gunderson (2006) entwickelte **akzeptanzbasierte Emotionsregulationstherapie für Borderline Persönlichkeitsstörungen** (BPS) hingewiesen. Diese Therapie zielt speziell auf die Steigerung der Fertigkeit ab, aversive Emotionen bei Bedarf auch akzeptieren und aushalten zu können. In einer Pilotstudie wurden Frauen mit BPS, die auch selbstverletzendes Verhalten zeigten, entweder in ihrer momentanen ambulanten Gruppentherapie oder in derselben Gruppentherapie und zusätzlich mit dem akzeptanzbasierten Emotionsregulationsprogramm behandelt. Diejenigen Frauen, die die zusätzliche Behandlung bekamen, zeigten eine signifikante Verbesserung in ihrer Emotionsregulation und eine signifikante Verringe-

2 rung bezüglich emotionaler Vermeidung, Häufigkeit der Selbstverletzung, BPS-Symptomatik, Depression, Ängstlichkeit und Stress (Gratz & Gunderson, 2006). Eine Mediationsanalyse der Daten ergab ferner, dass Veränderungen im selbstverletzenden Verhalten durch Veränderungen in der Emotionsdysregulation und im Grad emotionaler Vermeidung mediiert wurden (Gratz & Tull, 2010).

Insgesamt lässt sich die referierte wissenschaftliche Befundlage wie folgt zusammenfassen:

- 1. Bei Patienten, die unter psychischen Störungen leiden, sind häufig störungsübergreifende Emotionsregulations-schwierigkeiten zu verzeichnen.
- 2. Diese Schwierigkeiten spielen eine wichtige Rolle bei Entstehung und Aufrechterhaltung einer Vielzahl psychischer Störungen.
- 3. Interventionen, die auf die Verbesserung der allgemeinen Emotionsregulationskompetenz fokussieren, sind bei einer Vielzahl von psychischen Störungen effektiv.

## 2.3 Welche Kompetenzen sind besonders relevant?

Um diese Frage zu beantworten, stellten wir zunächst vor dem Hintergrund unserer klinischen Erfahrungen und der Analyse der einschlägigen Literatur (z. B. Eisenberg & Spinrad 2004; Gottman & Katz, 1989; Gross, 1998; Larsen, 2000; Lazarus, 1991; Leahy, 2002; Saarni, 1999; Salovey & Mayer, 1990) eine Liste von **sieben Kompetenzen** zusammen, die wir für die Regulation der eigenen Emotionen für besonders wichtig hielten. Diese integrierten wir in das »TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen«. Das Modell ist in ■ Abb. 2.1 wiedergegeben. Die Relevanz der einzelnen Kompetenzen wird im Folgenden näher erläutert.

**1. Die eigenen Gefühle bewusst wahrnehmen können** Ein konstruktiver Umgang mit problematischen Gefühlen ist ein höchst komplexer Akt der Selbstregulation, der in hohem Maße von der Nut-

zung kognitiver Verarbeitungsressourcen abhängt. Grundvoraussetzung für den Einsatz dieser Ressourcen ist, dass das zu verarbeitende Subjekt (in diesem Fall die eigenen Emotionen) in den Fokus der bewussten Aufmerksamkeit rückt.

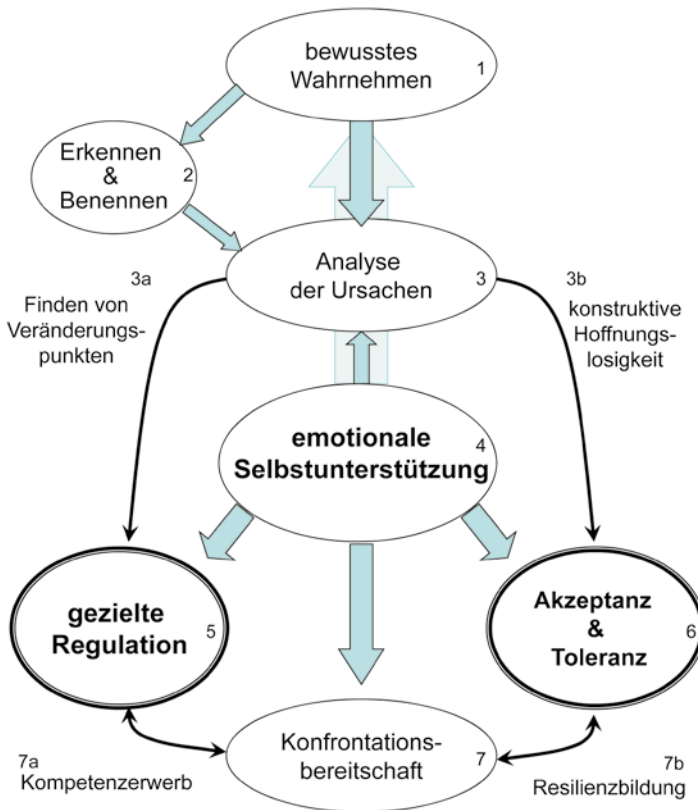
**2. Die eigenen Gefühle erkennen und benennen können** Wenn man der bewussten Wahrnehmung eines Gefühls ein möglichst konkretes semantisches Konzept zuordnen kann (z. B. das Konzept von »Ärger«), kann man all das Wissen nutzen, das man zu diesem Konzept hat, um mit diesem Gefühl einen konstruktiven Umgang zu finden (z. B. »fünf Minuten Ärger ist o.k., danach tue was dagegen«).

**3. Die Ursachen des aktuellen Befindens erkennen können** Wenn man erkennt, warum ein bestimmtes Gefühl aktiviert wurde, kann man zum einen Ansatzpunkte für die Veränderung ableiten. Zum anderen kann eine solche Analyse helfen zu erkennen, dass man dieses Gefühl gerade nicht verändern kann. Diese »konstruktive Hoffnungslosigkeit« halten wir für eine wichtige Voraussetzung, um vergebliche Regulationsversuche einstellen und sich das Ziel setzen zu können, die Emotion zumindest für eine bestimmte Zeit zu akzeptieren und auszuhalten (Margraf & Berking, 2005).

**4. Sich in belastenden Situationen innerlich emotional unterstützen können** Die Kompetenz der »Selbstunterstützung in emotional belastenden Situationen« ist wichtig für die Abrufbarkeit einer ganzen Reihe von Kompetenzen. Deren Einsatz zur Bewältigung negativer Emotionen löst oft weitere negative Gefühle aus, z. B. wenn das Verstehen der Emotionen mit schmerzhaften Erkenntnissen verbunden ist oder wenn das Regulieren anstrengend ist und nicht sofort zum Erfolg führt etc. Wenn während der aktiven Emotionsregulation die Stimmung zu tief abfällt, ist die Gefahr groß, dass der Prozess der bewussten Emotionsregulation von spontanen Verhaltensweisen abgelöst wird, deren primäres Ziel die Verbesserung der aktuellen Stimmungslage ist, auch wenn dies mit langfristig problematischen Folgen einhergeht. Vor diesem Hintergrund kann Selbstunterstützung in emotionalen Belastungssituationen als eine Art »mood repair« gesehen werden. Der Einsatz dieser Kompetenz ist



## Das TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit Gefühlen



■ Abb. 2.1 TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen

wichtig, um die kognitive Leistungsfähigkeit zu sichern und so den Einsatz bewusst initiiierter Bewältigungsfertigkeiten zu ermöglichen.

**5. Die eigenen Gefühle aktiv positiv beeinflussen können** Die gezielte Regulation ist aus unserer Sicht nach wie vor der »Königsweg zu einem guten Umgang mit den eigenen Emotionen«. Je mehr man in der Lage ist, mit wenig Aufwand und ohne langfristig negative Folgen ein belastendes Gefühl positiv zu beeinflussen, desto weniger gefährdet ist man für die Chronifizierung negativer Emotionen und für die Entwicklung psychischer Störungen.

**6. Negative Gefühle bei Bedarf akzeptieren und aushalten können** Das Akzeptieren- und Aushalten-

können von Emotionen stellt die Alternative zum »Regulieren« für den Fall dar, dass eine Veränderung des Gefühls nicht möglich oder mit zu hohen »Kosten« verbunden ist. Die Kompetenz des Akzeptierens und Aushaltens ist deswegen so bedeutsam, da Emotionen oft nicht durch bloße Willenskraft verändert werden können. Außerdem verschafft diese Kompetenz Freiheit gegenüber den eigenen Gefühlen: Je besser die Akzeptanz- und Toleranzkompetenzen sind, desto weniger ist man darauf angewiesen, mit langfristig schädlichen Mitteln negative Gefühle zu vermeiden.

**7. Sich mit emotional belastenden Situationen konfrontieren können** Sich auch emotional belastenden Situationen zu stellen, um wichtige Ziele zu

2 erreichen, ist eine wichtige Voraussetzung für die langfristige Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Außerdem lassen sich die zuvor genannten Kompetenzen nur dann trainieren und weiter ausbauen, wenn man sich zumindest gelegentlich mit negativen Emotionen konfrontiert (z. B. Erwerb von Veränderungskompetenzen oder »Resilienzbildung«). Allerdings sollte beachtet werden, dass eine solche Konfrontation lediglich eine notwendige Bedingung für das Hinzulernen ist, aber keine hinreichende. Wichtig ist zusätzlich noch ein zumindest partieller, subjektiv wahrgenommener Erfolg beim Umgang mit den negativen Gefühlen.

Um ein Training Emotionaler Kompetenzen möglichst ökonomisch gestalten zu können, untersuchten wir mit Hilfe des EMO-Checks (► Kap. 19 Praxismaterialien, Abb. 19.1, Skalenzuordnung, <http://www.tekonline.info>), **welche emotionalen Kompetenzen für die psychische Gesundheit besonders relevant sind**. Dabei zeigte sich, dass sämtliche Kompetenzen aus dem Modell querschnittlich mit Maßen der psychischen Gesundheit assoziiert sind und den zukünftigen Gesundheitszustand vorhersagten. Darüber hinaus ließ sich nachweisen, dass eine Zunahme emotionaler Kompetenzen während psychotherapeutischer Behandlungen mit einer Abnahme der psychopathologischen Symptomatik assoziiert ist. Sog. »multivariate Analysen« dieser Daten lassen erkennen, dass lediglich die Kompetenzen Emotionen erfolgreich zu verändern und die Fähigkeit diese bei Bedarf auch Akzeptieren/Aushalten zu können einen eigenständigen Beitrag zur Vorhersage des Therapieerfolgs leisteten (Berking, Wuppermann, et al. 2008).

Diese Befunde sprechen dafür, dass es letztlich für die psychische Gesundheit **von zentraler Bedeutung ist, dass man die eigenen Emotionen entweder gezielt zum Besseren wenden oder sie akzeptieren und aushalten** kann. Die anderen im Modell explizierten Kompetenzen sind jedoch ebenfalls von großer Wichtigkeit, da sie Verändern, Akzeptieren und Aushalten wesentlich erleichtern können.

Für die Therapie heißt das, dass es die *eine* Bewältigungskompetenz, die immer allen anderen überlegen ist, nicht gibt. Vielmehr spricht vieles dafür, dass es **hilfreich ist, ein breites Repertoire an Regulationsstrategien** zu vermitteln, die sich ge-

genseitig stützen oder ergänzen. Je nach den Erfordernissen der konkreten Situation können die Patienten dann die eine oder andere Strategie einsetzen (Pauls, 2004). Außerdem hat die Vermittlung vieler Strategien den Vorteil, dass die Patienten sich so im Besitz einer ganzen Reihe von Kompetenzen wissen. Und dies ist der beste Schutz gegen den bedrohlichen Zustand des Kontrollverlusts (► Abschn. 3.3).

Diese **systemische Sichtweise** impliziert aber auch, dass die Patienten zusätzlich zu dem Gefühl, immer einen gut gefüllten Koffer mit hilfreichen Strategien bei sich zu haben, in der Therapie **auch Meta-Strategien** erlernen müssen, die ihnen dabei helfen, in einer spezifischen Situation die optimale Strategie oder Sequenz von Strategien auszuwählen. Am besten werden solche Meta-Strategien als Regeln mit eindeutigen Wenn-dann-Regeln vermittelt (»Wenn die Situation x vorliegt, dann wende die Strategie y an«). Eine weitere Implikation besteht darin, dass Kompetenzen wie »Die eigenen Gefühle möglichst gut **erkennen und benennen** zu können« kein Selbstzweck sind. Der Wert dieser Kompetenzen hängt aus unserer Sicht fast vollständig davon ab, inwieweit sie das Regulieren oder Akzeptieren erleichtern können.

Training emotionaler Kompetenzen

Berking, M.

2017, IX, 190 S. 163 Abb., 144 Abb. in Farbe. Mit

Online-Extras., Hardcover

ISBN: 978-3-662-54272-9