

Matthias Berking

Training emotionaler Kompetenzen

Matthias Berking

Training emotionaler Kompetenzen

Mit 121 Folien und 36 Abbildungen

Dr. Matthias Berking

Universität Bern

Institut für Psychologie

Klinische Psychologie und Psychotherapie

Gesellschaftsstr. 49, 3000 Bern 9, Schweiz

E-Mail: matthias.berking@psy.unibe.ch

ISBN 978-3-540-71682-2 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

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

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2008

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

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

Planung: Dr. Svenja Wahl

Projektmanagement: Michael Barton

Copy-Editing: Kirsten Pfeiffer, Fürth

Layout und Einbandgestaltung: deblik Berlin

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

SPIN 1192 3077

Gedruckt auf säurefreiem Papier

2126 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Die Fähigkeit, konstruktiv mit den verschiedensten belastenden Gefühlen umgehen zu können, ist zentral für die Sicherung der intrapsychischen Funktionsfähigkeit und damit Voraussetzung für eine effektive Auseinandersetzung mit der Umwelt. Beeinträchtigungen dieser Fähigkeit stellen ein bedeutsames Risiko für die Entwicklung und Chronifizierung diverser psychischer Probleme und Störungen dar. Im deutschsprachigen Raum gibt es aus unserer Sicht bislang kein ausreichend fundiertes Training, mit dem diese Defizite systematisch genug verbessert werden können. Vor diesem Hintergrund haben wir das **Training Emotionaler Kompetenzen (TEK)** entwickelt. Es soll die emotionalen Kompetenzen der Teilnehmer erweitern und stärken und so Defizite im Bereich der allgemeinen Emotionsregulation reduzieren.

Die Entwicklung des Trainings erstreckte sich über mehrere Jahre und erfolgte in vier Schritten: Zunächst wurden anhand der aktuellen Forschungsbefunde Emotionsregulationsdefizite identifiziert, die typischerweise mit psychischen Störungen einhergehen und/oder diesen vorausgehen. Dann wurde ein theoretischer Bezugsrahmen entwickelt und empirisch validiert, der die empirischen Befunde erklären und bei der Ableitung therapierelevanter Implikationen helfen kann. Aufbauend auf dem theoretischen Bezugsrahmen wurden Techniken und Vorgehensweisen, mit denen relevante Kompetenzen gezielt gefördert werden können, zusammengetragen und zu einer ersten Version des Trainings Emotionaler Kompetenzen integriert. Im letzten Schritt wurde diese erste Version des Trainings in verschiedenen Settings dem Praxistest unterzogen und bei Bedarf weiter optimiert.

Mit der aktuellen Version des TEK haben wir klinisch mittlerweile sehr gute Erfahrungen gemacht. Auch erste Ergebnisse unserer systematischen Evaluationsbemühungen deuten darauf hin, dass wir mit dem TEK ein effektives Interventionsmodul zur Verfügung stellen können. In entsprechenden Kursen bieten wir interessierten Therapeutinnen und Therapeuten* mittlerweile die Möglichkeit, sich zum TEK-Trainer fortzubilden (► www.tekonline.info). Von daher halten wir die Zeit für reif, das TEK jetzt auch dem versierten Fachpublikum vorzustellen.

Obwohl sämtliche Teile des Trainings vom Autor entwickelt wurden, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung einer Vielzahl weiterer Personen. Das ist auch der Grund dafür, dass in diesem Buch häufig von »wir« geredet wird. Mit der Verwendung des Plurals soll ausgedrückt werden, dass die hier vorgestellten Ideen oft in intensiven Diskussionen mit einer ganzen Reihe versierter Kolleginnen und Kollegen entwickelt, getestet und weiter verbessert wurden.

In diesem Zusammenhang möchte ich mich vor allem bei Prof. Dr. Hansjörg Znoj und den Mitgliedern des Klinischen Teams der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern bedanken, die einiges an Umständen in Kauf genommen haben, um die erste »Feuerprobe« des Konzeptes in der klinischen Praxis zu ermöglichen. Weiterer Dank geht posthum an Prof. Dr. Klaus Grawe. Er hat mich während der Arbeit an dem Konzept stets in außergewöhnlicher Weise unterstützt, inspiriert und motiviert. Nach dem Tod von Klaus Grawe war mir Marsha Linehan in vielen Bereichen ein wichtiges Vorbild und eine wichtige Inspirationsquelle, wofür ich mich ebenfalls herzlich bedanke. Für die Unterstützung der Grundlagenforschung, auf die das Training aufbaut, bedanke ich mich beim Schweizer National Fonds (Projektnummer: PA001-113040/1).

* Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit dort, wo kein spezielles Geschlecht angesprochen werden soll, die männliche Form benutzt.

Des Weiteren seien an dieser Stelle die zahlreichen fachlichen Berater, Klinikleiter, Therapeuten, Mitarbeiter, Studenten und Praktikanten genannt, die in irgendeiner Weise ihren Beitrag an diesem Manual geleistet haben; insbesondere Sabine Baumgärtner, Bernhard Berking, Andrea Bloesch, Alexandra Dippel, Yvonne Egenolf, Susanne Frischknecht, Alexandra Fabricius, Christoph Frutiger, Cornelia Häflinger, Andreas Hieronimie, Christine Huwig-Poppe, Susanne Jäggi, Claudia Jenni, Verena Kunz, Salome Lienert, Andreas Matter, Tanja Pejic, Isabelle Pfister, Alexander Reichardt, Marek Szczepanski, Sigrid von Quast, Peter Würscht, Helen Wyler und Dominik Wyss.

Mit Abstand am meisten zu bedanken habe ich mich allerdings bei meiner Frau und meinen Kindern, die während der Arbeit an diesem Manual allzu oft auf meine Anwesenheit verzichten mussten, und ohne deren wohlwollendes Verständnis dieses Buch nicht hätte entstehen können.

Seattle, im August 2007

Matthias Berking

Inhaltsverzeichnis

I Theoretischer Teil

1	Einleitung	3
1.1	Das Problem: Defizite im konstruktiven Umgang mit Emotionen	3
1.2	Zielstellung und Aufbau des Manuals	3
1.3	Für wen ist das Training gedacht?	4
2	Ausgangspunkt: Emotionsregulation und psychische Gesundheit.	5
2.1	Wie regulieren Patienten mit psychischen Störungen belastende Emotionen?	5
2.2	Sind diese Besonderheiten in der Emotionsregulation die Ursache oder die Folge psychischer Störungen?	6
2.3	Inwieweit lässt sich der Therapieerfolg durch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung emotionaler Kompetenzen fördern?	7
2.4	Welche Kompetenzen sind besonders relevant?	8
3	Die Ursachen für einen dysfunktionalen Umgang mit Gefühlen	11
3.1	Startbedingungen: Genetische Einflüsse und frühe Inkonsistenz Erfahrungen	11
3.2	Defizitäre Lernmöglichkeiten in der späteren Kindheit	13
3.3	Akute Inkongruenz Erfahrungen als Auslöser	15
3.4	Emotionsregulationsdefizite als aufrechterhaltender Faktor	16
4	Implikationen für die Praxis: Das Training Emotionaler Kompetenzen (TEK)	19
4.1	Die Lernziele des Trainings	19
4.2	Der Kern des Trainings: Die Vermittlung effektiver Kompetenzen	21
4.3	Allgemeine Strategien bei der Vermittlung der Kompetenzen	26

II Praktischer Teil

5	Der Einstieg ins Training	35
6	Psychoedukation Teil 1: Ableitung der TEK-Kompetenzen	41
7	Muskel- und Atementspannung	63
8	Bewertungsfreie Wahrnehmung	71
9	Psychoedukation Teil 2: Zur Relevanz regelmäßigen Trainings	79
10	Akzeptanz und Toleranz gegenüber den eigenen Gefühlen	89
11	Effektive Selbstunterstützung in emotional belastenden Situationen	99
12	Analysieren emotionaler Reaktionen ..	109
13	Regulieren emotionaler Reaktionen ...	117
14	Einsatz der TEK-Kompetenzen zur Bewältigung von potenziell besonders problematischen Gefühlen	125
14.1	Besonders relevante Gefühle frühzeitig erkennen und verstehen können	126
14.2	Vorbereitung auf effektive Regulation: Adaptivität einschätzen	126
14.3	Regulation Schritt 1: Gute Zielgefühle finden	127
14.4	Regulation Schritte 2 bis 4: Effektive Regulationsstrategien finden und einsetzen	129

III Evaluation und Ausblick

15	Rückmeldungen aus der Praxis	135
16	Wirksamkeit des Trainings	137
17	Aktuelle Weiterentwicklungen	139
17.1	Integration des TEK in übergeordnete Behandlungsprogramme	139
17.2	»Life-long-Therapy«: Förderung des kontinuierlichen eigenständigen Übens ...	139
17.3	Störungsspezifische Versionen des TEK	140
18	Schlusswort	143
	Anhang	145
	Literatur	173
	Quellenverzeichnis	179
	Stichwortverzeichnis	181

TEK – So ist das Trainingsmanual aufgebaut

TEK Training Emotionaler Kompetenzen

Ein gruppenbasiertes
Intensivprogramm zur
Verbesserung der Stress-,
Selbstwert- und Emotionsregulation

Folie 1. Herzlich willkommen zum Training Emotionaler Kompetenzen! Im Folgenden wollen wir Sie mit den Zielen, Inhalten und Abläufen des Trainings vertraut machen. Außerdem wollen wir Ihnen die wissenschaftlichen Befunde und Theorien zeigen, die die Grundlage des Trainings bilden und aus denen die einzelnen Elemente des Trainings abgeleitet wurden.

Folien zur Durchführung des TEK als Powerpoint-Präsentation

Warum so ein Training?

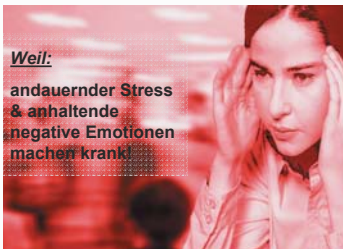


Folie 2. Da so ein Training mit großem Einsatz und Aufwand verbunden ist, sollte man sich gut überlegen, warum man so ein Training überhaupt macht.

Foliennummer

Weil:

andauernder Stress
& anhaltende
negative Emotionen
machen krank!



Folie 3. Der wichtigste Grund, der für ein intensives Training spricht, ist, dass anhaltender Stress oder anhaltende negative Emotionen krank machen.

Kommentare und Erläuterungen zu den Folien – als Anregung für den TEK-Trainer (► S. 35)

I Theoretischer Teil

Kapitel 1 Einleitung – 3

Kapitel 2 Ausgangspunkt: Emotionsregulation
und psychische Gesundheit – 5

Kapitel 3 Die Ursachen für einen dysfunktionalen Umgang
mit Gefühlen – 11

Kapitel 4 Implikationen für die Praxis:
Das Training Emotionaler Kompetenzen (TEK) – 19

Einleitung

- 1.1 Das Problem: Defizite im konstruktiven Umgang mit Emotionen – 3
- 1.2 Zielstellung und Aufbau des Manuals – 3
- 1.3 Für wen ist das Training gedacht? – 4

1.1 Das Problem: Defizite im konstruktiven Umgang mit Emotionen

»Ja, ich habe drei Kinder, eine volle Stelle und viele Konflikte auf der Arbeit! Aber *gestresst*? Was ist das denn?«

»Wie ich das finde, wenn diese Traurigkeit kommt und mir die Tränen in die Augen schießen? Schrecklich, deswegen kämpfe ich ja auch so dagegen an.«

»Was direkt vor der Essattacke passiert ist? Ich habe mich über meinen Freund geärgert und wusste einfach nicht, wie ich damit umgehen sollte.«

Kennen Sie solche Aussagen von Patienten aus Ihrer täglichen Praxis? Fällt Ihnen auch auf, dass viele Patienten **Schwierigkeiten** haben, **die eigenen emotionalen Reaktionen wahrzunehmen, sie richtig einzuordnen, sie zu akzeptieren und auszuhalten, oder positiv zu beeinflussen**? Haben Sie auch oft den Eindruck, dass diese Schwierigkeiten eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der psychopathologischen Symptome spielen? Und stellen Sie zuweilen fest, dass diese Schwierigkeiten über das hinaus gehen, was ge-

mäß dem entsprechenden störungsspezifischen Behandlungsmanual für die jeweilige Störung typisch sein sollte und nach dem Manual behandelt werden kann? Wenn ja, haben Sie genau die Erfahrungen gemacht, die den Ausgangspunkt für das Buch bilden, das Sie jetzt gerade in den Händen halten.

1.2 Zielstellung und Aufbau des Manuals

Aufgrund der vielfachen Erfahrungen mit den Defiziten unserer Patienten im Bereich der »allgemeinen Emotionsregulation« sind wir zu dem Schluss gekommen, dass es sich lohnt, **die emotionalen Kompetenzen der Patienten systematisch zu erfassen und bei Bedarf gezielt zu fördern**. Aber: Welche Kompetenzen sind für den Umgang mit belastenden emotionalen Reaktionen besonders hilfreich? Und wie kann man diese Kompetenzen am besten vermitteln?

Um diese Fragen zu beantworten, analysierten wir zunächst über 100 wissenschaftliche Studien und trugen zusammen, was man über den **Zusammenhang von Defiziten im Bereich der Emotionsregulation und psychischen Störungen** bereits weiß. Im ersten, theorieorientierten Teil

dieses Manuals wollen wir die wichtigsten Befunde vorstellen und darlegen, wie man sie erklären kann und welche Implikationen sich daraus für die therapeutische Praxis ergeben.

Aufbauend auf diesen Befunden und Überlegungen haben wir das **Training Emotionaler Kompetenzen** (TEK) entwickelt. Dieses soll im zweiten, praxisorientierten Teil des Manuals so konkret vorgestellt werden, dass erfahrene Psychotherapeuten das Training mit Hilfe dieses Manuals durchführen können. Alle für die Durchführung des Trainings notwendigen Materialien finden Sie im Anhang oder auf www.tekonline.info zum downloaden (Passwort: TEK_Pcn2c4Y; dann auf »schreibgeschützt öffnen« klicken). Im dritten Teil des Buches schildern wir unsere bisherigen Erfahrungen mit dem Training, den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur Wirksamkeit und aktuelle Weiterentwicklungen.

1.3 Für wen ist das Training gedacht?

Der Indikationsbereich des TEK ist unserer Einschätzung und Erfahrung nach sehr breit. Das Training kann

- als flankierende Maßnahme während einer ambulanten Einzeltherapie,
- als Teil eines stationären Behandlungsangebotes
- oder zur Präventionsarbeit mit Risikogruppen eingesetzt werden.

In klinischen Settings sollte das Training immer **Bestandteil eines umfassenden Behandlungsplans** sein, der auch die jeweils indizierten störungsspezifischen Interventionen beinhaltet. Außerdem sollten in klinischen Settings alle Trainings-Teilnehmer auch in einzeltherapeutischer Behandlung sein. So können die im TEK gemachten Lernerfahrungen individuell vertieft und der Transfer in den Alltag der Patienten gezielt gefördert werden. Grundsätzlich ist das TEK als ein **Gruppentraining** konzipiert, es ist aber mit kleinen Modifikationen auch in der Einzeltherapie einsetzbar.

Da das Training zum Teil relativ hohe Ansprüche an Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen der Teilnehmer stellt, ist es wichtig, sowohl bei der Indikationsstellung als auch bei der Art der

Darbietung darauf zu achten, dass die Teilnehmer sich nicht überfordert fühlen. Unserer Erfahrung nach lässt sich das TEK jedoch auch mit stärker beeinträchtigten stationär-psychiatrischen Patienten erfolgreich durchführen, wenn man bei Bedarf mehr Zeit zur Verfügung stellt und gelegentlich Inhalte und Übungen vereinfacht oder verkürzt.

Als explizite **Kontraindikationen** sind zu nennen:

- eine akute psychotische oder manische Symptomatik,
- akute Intoxikation,
- Depressionen, die so ausgeprägt sind, dass kein kognitives Arbeiten möglich ist.

Jenseits dieser relativ eindeutigen Fälle muss die Indikation immer anhand der **klinischen Einschätzung von erfahrenen und gut ausgebildeten Therapeuten** erfolgen. Diese müssen einschätzen, inwieweit die Trainingsinhalte vom Patienten konstruktiv verarbeitet werden können und inwieweit der Patient mit den jeweiligen Rahmenbedingungen zurechtkommen wird. Da das Training primär als Gruppentraining konzipiert wurde, stellt sich an dieser Stelle vor allem auch die Frage nach der »Gruppenfähigkeit« des Patienten. In Bezug auf das Alter der Teilnehmer zeigen unsere bisherigen Erfahrungen, dass sich das Training ohne größere Modifikationen mit Teilnehmern ab 16 Jahren durchführen lässt.

Um Patienten identifizieren zu können, die im Bereich Emotionsregulation unter behandlungswürdigen Defiziten leiden, haben wir einen entsprechenden Fragebogen entwickelt (Berkling & Znoj, zur Veröffentlichung eingereicht; ► Anhang A1). Dieser kann auch online ausgefüllt und ausgewertet werden (www.emometer.info). Mit Hilfe dieses Fragebogens lässt sich im Laufe der Therapie auch kontinuierlich überprüfen, welche Fortschritte der Patient beim Erwerb konstruktiver Umgangsweisen mit problematischen Gefühlen macht. Dass ein solches **kontinuierliches Erfolgsmonitoring** und Feedback wichtiger Veränderungsbereiche den Therapieerfolg steigern können, wurde mittlerweile in einer Reihe von Studien gezeigt (z. B. Berkling, Orth & Lutz, 2006). Warum wir gerade den Bereich »emotionale Kompetenzen« für einen besonders wichtigen Veränderungsbereich halten, soll im folgenden Kapitel näher begründet werden.

Ausgangspunkt: Emotionsregulation und psychische Gesundheit

- 2.1 Wie regulieren Patienten mit psychischen Störungen belastende Emotionen? – 5
- 2.2 Sind diese Besonderheiten in der Emotionsregulation die Ursache oder die Folge psychischer Störungen? – 6
- 2.3 Inwieweit lässt sich der Therapieerfolg durch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung emotionaler Kompetenzen fördern? – 7
- 2.4 Welche Kompetenzen sind besonders relevant? – 8

2.1 Wie regulieren Patienten mit psychischen Störungen belastende Emotionen?

Unterschiedliche Definitionen und Operationalisierungen des Konzeptes 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 zeigen z. B. Befragungen von Patienten mit **affektiven Störungen**, dass diese Patienten tendenziell eher mit Vermeidung, Selbstanklage, Rumination (Grübeln) und »katastrophisierendem Denken« sowie mit »Wunschenken« auf emotional belastende Situationen reagieren. Weniger stark ausgeprägt sind dagegen problembezogene Bewältigungsformen und positive Neubewertung (z. B. Coyne, Aldwin & Lazarus, 1981; Folkman & Lazarus, 1986; Perez, 1987; Perez & Reicherts, 1986).

Patienten mit **Panikstörung** berichten von ähnlichen Reaktionsmustern (z. B. Cox, Endler, Swinson & Norton, 1992; Feldner, Zvolensky & Leen Feldner, 2004; Hino, Takeuchi & Yamanouchi, 2002; Hughes, Budd & Greenaway, 1999; Rapee, Craske & Barlow, 1995). Hier weisen die Befunde zusätzlich auf die besondere Bedeutung von Vermeidungsreaktionen gegenüber angstbedingten körperlichen Veränderungen (z. B. Barlow & Craske, 2000; Otto, Safren & Pollack, 2004; Shear et al., 1997) sowie auf Defizite beim Erleben, Erkennen und Benennen von Emotionen (z. B. Marchesi, Fonto, Balista, Cimmino & Maggini, 2005) hin.

Bei Patienten mit **Sozialer Phobie** liegen Befunde vor, denen zu Folge sie auf emotionale Belas-

2
 tung eher mit Vermeidung und weniger mit effektiver Problemlösung reagieren, sie ihren Emotionen insgesamt weniger Aufmerksamkeit widmen und diese ebenfalls weniger gut beschreiben können (Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco, 2005). Auch Personen mit spezifischen Ängsten/Phobien berichten von einem erhöhten Einsatz von Vermeidung, Selbst-Beschuldigung, Rumination, Katastrophisierung und dem selteneren Einsatz positiver Umdeutung (Davey, Burgess & Rashes, 1995; Kraaij, Garnefski & Van Gerwen, 2003).

Patienten mit **Generalisierter Angststörung** berichten von vermeidungsgeprägten Reaktionen auf emotionale Belastungen, von einem besonders intensiven emotionalen Erleben und von einer ausgeprägten Angst vor depressiven Stimmungen (z. B. Novick Kline, Turk, Mennin, Hoyt & Gallagher, 2005; Roemer, Salters, Raffa & Orsillo, 2005; Turk et al., 2005).

Bei Patientinnen mit **Esstörungen** sprechen einige Befunde für ein intensives emotionales Erleben insgesamt (Overton, Selway, Strongman & Houston, 2005), für das vermehrte Vorhandensein von Angst, Besorgtheit, Anspannung und Nervosität (McClenny, 1998) und für Schwierigkeiten beim Beachten, Erkennen, Ausdrücken und Regulieren emotionaler Zustände (Sim & Zeman, 2004; Sim, 2002).

Bei Patienten mit **Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen** gelten negative Emotionen als wichtige Auslöser für Rückfälle (Cooney et al., 1997; ElSheik & Bashir, 2004; Isenhardt, 1991).

Die **Borderline-Persönlichkeitsstörung** definiert sich – sowohl in den deskriptiv angelegten gängigen Diagnosesystemen, wie dem DSM IV (APA, 1994), als auch in den führenden Störungstheorien (Linehan, 1993) – über intensive und instabile Stimmungen. Empirisch belegt ist, dass diese Patienten negative Emotionen weniger gut wahrnehmen, benennen und akzeptieren können (Chapman, Gratz & Brown, 2006; Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez & Gunderson, 2006; Leible & Snell, 2004; Levine, Marziali & Hood, 1997; Yen, Zlotnick & Castello, 2002).

Und schließlich findet sich eine Vielzahl von empirischen Befunden zum Zusammenhang von Emotionsregulationsdefiziten auf der einen und psychischen Störungen und **Verhaltensauffälligkeiten**

in der Kindheit auf der anderen Seite (z. B. Calkins & Howse, 2004; oder Walcott & Landau, 2004).

2.2 Sind diese Besonderheiten in der Emotionsregulation die Ursache oder die Folge psychischer Störungen?

Dass psychische Störungen mit Defiziten im Bereich der Emotionsregulation zusammenhängen, ist ein erster Hinweis darauf, dass diese Defizite auch einen kausalen Einfluss auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen haben. Allerdings könnten diese Defizite auch lediglich eine Folge der psychischen Störung sein. Um den kausalen Einfluss der Emotionsregulation abzuschätzen, sind Studien von besonderer Relevanz, die nachweisen, dass **Defizite im Bereich der Emotionsregulation** nicht nur mit psychischen Störungen korrelieren, sondern diesen auch **zeitlich vorausgehen**.

So zeigte z. B. Seiffge-Krenke (2000), dass ein vermeidender Umgang mit emotional belastenden Situationen bei Jugendlichen das Ausmaß an psychopathologischen Symptomen mehrere Monate später vorhersagen kann. Kraaij, Pruyboom und Garnefski (2002) wiesen nach, dass die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung depressiver Symptome im Zusammenhang steht mit den Emotionsregulationsstrategien »Akzeptanz« (wobei hier wohl eher »Resignation« gemessen wurde), »Rumination« und »Katastrophisierung« sowie dem seltenen Einsatz der Strategie der »positiven Umbewertung« zu einem zweieinhalb Jahre früheren Zeitpunkt. Nolen-Hoeksema und Harrell (2002) zeigten ähnliche langfristige Folgen für den ruminativen Umgang mit Gefühlen von Traurigkeit und depressiven Stimmungen. In einer Studie von Mennin, Alliger, Smith und Mandelbaum (2002) konnte anhand der Emotionsregulationskompetenzen von New Yorker Studenten vorhergesagt werden, wer von diesen nach den Terroranschlägen des 11. September 2001 eine Generalisierte Angststörung entwickelte.

Noch aussagekräftigere Hinweise auf einen kausalen Einfluss von Emotionsregulationsdefiziten auf die Entstehung psychischer Störungen liefern **experimentelle Untersuchungen**, in denen die

Reaktionen auf vorher induzierte Emotionen oder Emotionskomponenten experimentell variiert und in Bezug auf die jeweiligen psychopathologischen Konsequenzen untersucht werden. Ein geradezu klassisches Beispiel dafür sind die Untersuchungen von Nolen-Hoeksema und Kollegen, in denen die Probanden auf induzierte depressive Stimmung entweder mit Rumination oder mit Ablenkung reagieren sollten, was in einem Fall zu einer Intensivierung der depressiven Stimmung, im anderen zu einer Linderung der depressiven Stimmung führte (z. B. Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch für Ärger (Rusting & Nolen-Hoeksema, 1998).

Feldner, Zvolensky, Eifert und Spira (2003) zeigten ebenfalls in einem experimentellen Design, dass Vermeidungsreaktionen nicht nur mit stärkerer Angst vor (Zvolensky, Eifert & Feldner, 2004) und Sensitivität gegenüber physiologischen Angstkorrelaten (s. a. Zvolensky & Forsyth, 2002) einhergehen, sondern dass bei der Instruktion, aufkommende Angstgefühle zu unterdrücken (d. h. zu vermeiden), die subjektiv empfundene Angst stärker war als bei der Instruktion, aufkommende Angstgefühle einfach zu beobachten. Dies galt jedoch nur für Probanden, die hohe Werte im Fragebogen für **Experiential Avoidance** (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & et al., 1996) hatten; also bei Personen, die insgesamt stark motiviert waren, negative Emotionen zu vermeiden. Diese Studie wurde mittlerweile erfolgreich repliziert (Feldner, Zvolensky, Stickle, Bonn-Miller & Leen-Feldner, 2006). Levitt, Brown, Orsillo und Barlow (2004) konnten die angststeigernden Effekte der Vermeidung (versus Akzeptanz) von Angstsymptomen auch in einer Stichprobe von Patienten mit Panikstörungen experimentell nachweisen. Ähnliche Ergebnisse liegen auch für die Posttraumatische Belastungsstörung vor (Rich, 1998).

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

Mittlerweile existieren einige therapeutische Ansätze, die versuchen, mit spezifischen Maßnahmen

die emotionsübergreifenden Regulationskompetenzen der Patienten zu verbessern. Dazu zählt vor allem die **Dialektisch Behaviorale Therapie** (DBT) von Linehan (1993). Die DBT wurde ursprünglich zur Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung entwickelt, hat sich dort in einer Reihe von Studien bewährt und wird nun in dem Maße, in dem Emotionsregulationsdefizite auch bei anderen Störungen als wichtige aufrechterhaltende Mechanismen gesehen werden, auch bei diesen angewandt. Mittlerweile liegen positive Befunde zur Behandlung von Bulimie, Binge-Eating-Disorder, Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung mit Hyperaktivität und Sexualstraftätern vor (für einen aktuellen Überblick siehe z. B. Berking & von Kähler, 2007).

Von einem Verständnis der Generalisierten Angststörung (GAD) als einer Störung der allgemeinen Emotionsregulation ausgehend, haben **Mennin** und Kollegen eine auf die Verbesserung der Emotionsregulation aufbauende Therapie für GAD entwickelt, bislang jedoch nur in einer Einzelfallstudie empirisch überprüft (Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2002). Sachs (2005) konnte bei dieser Störung jedoch die Effektivität einer primär auf die Akzeptanz von aversiven Emotionen fokussierenden Intervention in einem »Randomized Controlled Trial-Design« (zufällige Zuteilung zu Experimental- und Kontrollgruppe) nachweisen. Bei der Behandlung der PTSD liegen zum einen Befunde aus der Arbeitsgruppe von **Cloitre** und Kollegen vor, die dafür sprechen, dass die Verbesserung von Emotionsregulationsstrategien in frühen Therapiephasen wichtig für den Erfolg konfrontativer Techniken in späteren Phasen ist (Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002). Zum anderen gibt es bei diesem Störungsbild erste bestätigende Befunde für die Effektivität von Behandlungsprogrammen, die der Stärkung allgemeiner Emotionsregulationskompetenzen einen hohen Stellenwert beimessen (Cloitre, Stovall McClough & Levitt, 2004). Weitere Befunde für die Effektivität emotionsübergreifender Regulationstrainings liegen mittlerweile für ADHD (Velazquez, 2002) und für Partnerschaftsprobleme (Kirby, 2005) vor.

Im Bereich der nicht-störungsspezifischen Interventionsverfahren sieht die **Emotion-Focused**

Therapy (EFT) von Greenberg (2002) in der Vermittlung eines anderen Umgangs mit Emotionen generell den zentralen therapeutischen Wirkfaktor. Im Gegensatz zur DBT erfolgt diese Vermittlung allerdings weniger nach einem standardisierten Trainingsplan, sondern eher anhand individueller Erfahrungen, die der Patient bei der vom Therapeuten (als »Emotions-Coach«) angeleiteten und begleiteten Exploration seiner Emotionen macht. Mittlerweile liegen auch für dieses Interventionsverfahren eine Reihe von Wirksamkeitsbelegen bei verschiedenen Störungsbildern vor (Denton, Bursleson, Clark, Rodriguez & Hobbs, 2000; Dessaulles, Johnson & Denton, 2003; Paivio & Nieuwenhuis, 2001). Bei der ebenfalls zunehmend empirisch bestätigten (Blackledge & Hayes, 2001) **Acceptance and Commitment Therapy (ACT)**, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) steht vor allem die Vermittlung der Kompetenz im Vordergrund, auch aversive Gefühle akzeptieren und aushalten zu können. Bei der in den letzten Jahren drastisch an Popularität gewonnenen **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)**, Kabat Zinn, 2003) und der **Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)**, Segal, Teasdale & Williams, 2004) wird den Patienten in einem trainingsintensiven Programm »Achtsamkeit« als zentrale Regulationsstrategie für den Umgang mit problematischen Gefühlen und anderen »mental Phänomenen« vermittelt. Alle drei Ansätze konnten ihre Effektivität in den letzten Jahren in einer Reihe von Studien nachweisen (s. Berking & von Kähnel, 2007). Dass die therapieinduzierte Verbesserung der Emotionsregulation einen bedeutsamen Beitrag zur Verbesserung der Symptomatik leisten kann, wird auch von Studien bestätigt, die zeigen, dass Veränderungen im Bereich der Emotionsregulation in hohem Maße mit dem Therapieerfolg zusammenhängen (z. B. Znoj, 2004 oder Znoj, Nick & Grawe, 2004).

Insgesamt stehen diese empirischen Befunde im Einklang mit unserer klinischen Einschätzung, die sich folgendermaßen zusammenfassen lässt:

1. **Bei Patienten, die unter psychischen Störungen leiden, sind oft störungsübergreifende Emotionsregulationsschwierigkeiten zu verzeichnen.**
2. **Diese Defizite spielen oft eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung der Störung.**

3. **Interventionen, die auf die Verbesserung der allgemeinen Emotionsregulationskompetenz fokussieren, sind bei einer ganzen Reihe von psychischen Störungen effektiv.**

2.4 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 2000; Gottman & Katz, 1989; Gross, 1998; Larsen, 2000; Lazarus, 1991; Leahy, 2002; Saarni, 1999; Salovey & Mayer, 1990) eine Liste von **neun Kompetenzen** zusammen, die wir für die Regulation der eigenen Emotionen für besonders wichtig hielten. Diese integrierten wir dann in das »TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen«. Das Modell ist in **Abb. 2.1** wiedergegeben.

Das TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit Gefühlen

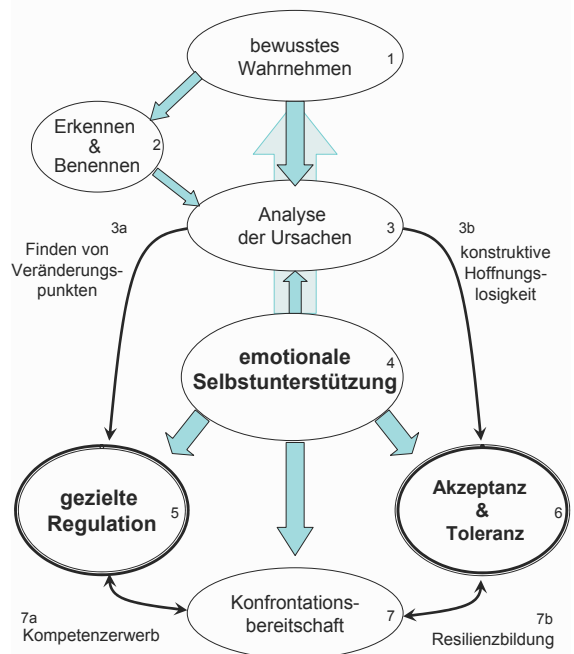


Abb. 2.1. TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen

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 Nutzung 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 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 ist die Alternative zum »Regulieren« für den Fall, 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 einfach mit dem Willen 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 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-Check (► Anhang A1, Skalenzuordnung, www.tekonline.info), **welche emotionalen Kompetenzen für die psychische Gesundheit besonders relevant sind**. Dabei zeigte sich in mehreren Untersuchungen, dass in nicht-klinischen Stichproben vor allem die Kompetenzen, die eigenen Emotionen regulieren, sie bei Bedarf aber auch akzeptieren und aushalten zu können, in einem engen Zusammenhang mit Maßen der psychischen Gesundheit standen. Untersucht man jedoch in klinischen Stichproben, welche Kompetenzen in der Therapie gelernt werden müssen, damit die Therapie ein Erfolg wird, zeigt sich, dass jetzt auch die Verbesserung der Kompetenzen, die eigenen Gefühle wahrnehmen, erkennen und verstehen zu können und sich in belastenden Situationen innerlich emotional zu unterstützen, deutlich mit dem Therapieerfolg assoziiert ist (Berkling & Grawe, 2005).

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 mitbestimmen, inwieweit das positive Verändern bzw. das Akzeptieren und Aushalten negativer Emotionen gelingt.

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 gegenseitig 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 dann im Besitz einer ganzen Reihe von Kompetenzen wissen. Und dies ist der beste Schutz gegen den bedrohlichen Zustand des Kontrollverlustes (► 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 Kompetenz hängt aus unserer Sicht fast vollständig davon ab, inwieweit sie das Regulieren oder Akzeptieren erleichtern kann.

Die Ursachen für einen dysfunktionalen Umgang mit Gefühlen

- 3.1 Startbedingungen: Genetische Einflüsse und frühe Inkonsistenzerfahrungen – 11
- 3.2 Defizitäre Lernmöglichkeiten in der späteren Kindheit – 13
- 3.3 Akute Inkongruenzerfahrungen als Auslöser – 15
- 3.4 Emotionsregulationsdefizite als aufrechterhaltender Faktor – 16

Nachdem wir gesehen haben, dass der Zusammenhang von psychischen Störungen und Defiziten im Bereich der Emotionsregulation empirisch gut belegt ist, und nachdem wir ein erstes Modell kennen gelernt haben, wie ein konstruktiver Umgang mit Emotionen aussehen könnte, geht es jetzt darum zu verstehen, warum Patienten in diesem Bereich Probleme haben. Hierfür haben wir ein weiteres Modell entwickelt, das zu großen Teilen auf Überlegungen von Klaus Grawe (2004, S. 351ff) zur Entstehung psychischer Störungen basiert.

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weder die Regulationsdefizite noch die psychischen Störungen quasi »vom Himmel fallen«, sondern dass beide sich über die Zeit und unter bestimmten Umständen entwickeln, haben wir für dieses Modell eine **biographische Perspektive** gewählt. D. h. wir versuchen, die prototypische Entwicklung einer psychischen Störung im Laufe des Lebens einer fiktiven Person zu skizzieren. Die Zeitachse verläuft dabei von links nach rechts, d. h. am linken Rand der Graphik liegt die Geburt der fiktiven Person, die wir hier beschreiben, und am rechten Rand der Moment, an dem es zur Ausbildung einer manifesten psychischen Störung kommt. Das Modell expliziert Risikofaktoren für die Entwick-

lung psychischer Störungen. Je mehr von diesen Faktoren vorliegen, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung einer psychischen Störung (multifaktoriell-probabilistisches Modell). Die einzelnen Komponenten und Zusammenhänge des Modells werden in den sich anschließenden Abschnitten näher erläutert (■ Abb. 3.1).

3.1 Startbedingungen: Genetische Einflüsse und frühe Inkonsistenzerfahrungen

Die Wurzeln für die Entwicklung psychischer Störungen reichen in der Regel weit in die Vergangenheit zurück. Schon im Moment der Geburt stehen wichtige Faktoren fest, die die Vulnerabilität eines Menschen für die Entwicklung psychischer Störungen wesentlich beeinflussen. Dabei handelt es sich einerseits um das **genetische Programm**, mit dem das Neugeborene ausgestattet ist (■ Abb. 3.1; Punkt 1). Dieses kodiert die Vulnerabilitäten für spezielle Störungen und die erblichen Anteile des Temperamentes. Manche Kinder sind von ihrer Veranlagung her eher ruhig, ausgeglichen und gut gelaunt. Andere neigen eher zu leicht auslösba-