

Berking



Training emotionaler Kompetenzen

3. Auflage



Psychotherapie: Praxis

Matthias Berking

Training emotionaler Kompetenzen

3., vollständig überarbeitete Auflage

Mit 163 Abbildungen

Mit Online-Material

Prof. Dr. Matthias Berking
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Erlangen

Online-Materialien finden Sie unter <http://www.tekonline.info>

ISBN-13 978-3-642-54016-5 ISBN 978-3-642-54017-2 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-642-54017-2

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

Springer Medizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008, 2010, 2015

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.

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

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

Planung: Monika Radecki, Heidelberg
Projektmanagement: Sigrid Janke, Heidelberg
Lektorat: Bettina Arndt, Gorchheimetal
Projektkoordination: Heidemarie Wolter, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © GVictoria/shutterstock.com
Herstellung: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

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 und störungsübergreifend 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. Diese erste Version des Trainings wurde im letzten Schritt in verschiedenen Settings dem Praxistest unterzogen und anhand der Rückmeldungen von Therapeuten¹ und Patienten weiter optimiert.

Mittlerweile wurde das Training in Deutschland in verschiedenen Einrichtungen mit tausenden von Patienten durchgeführt und eine Vielzahl von TEK-Trainern von uns ausgebildet (► <http://www.tekonline.info>). Darüber hinaus belegen systematische Evaluationsstudien die Effektivität des Trainings. Ein solcher Erfolg wäre nicht möglich gewesen ohne die aktive Unterstützung, die ich bei Entwicklung und Evaluation des Trainings von vielen Seiten erhalten habe². Vor diesem Hintergrund möchte ich mich vor allem posthum bei Prof. Dr. Klaus Grawe bedanken. Er hat mich während der Arbeit an dem Konzept stets in außergewöhnlicher Weise unterstützt, inspiriert und motiviert. Weiterer Dank geht an die Mitglieder des Klinischen Teams der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern, die einiges an Umständen in Kauf genommen haben, um die erste »Feuerprobe« des Konzepts in der klinischen Praxis zu ermöglichen. Für die Unterstützung der Grundlagenforschung, auf die das Training aufbaut, bedanke ich mich beim Schweizer National Fonds (Projektnummer: PA001-113040/1), bei den Schön Kliniken für die zeitweise Förderung über eine Stiftungsprofessur für Psychotherapieforschung und bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft DFG für die bedeutsamen Projektmittel zur Evaluation des Trainings im Bereich von Depression und Essstörungen.

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

2 Das ist auch der Grund dafür, warum in diesem Buch häufig das »wir« Verwendung findet. Der Plural soll ausdrücken, dass die hier vorgestellten Ideen oft in intensiven Diskussionen mit einer ganzen Reihe versierter Kolleginnen und Kollegen entwickelt, getestet und weiter verbessert wurden.

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, Nadine Blamberger, Andrea Bloesch, Yasemin Cal, Alice Diedrich, Alexandra Dippel, David Ebert, Marcus Eckert, Yvonne Egenolf, Anne Ehret, Marta Filipek, Susanne Frischknecht, Alexandra Fabricius, Christoph Frutiger, Michaela Grant, Cornelia Häflinger, Andreas Hieronimie, Stefan Hofmann, Christine Huwig-Poppe, Susanne Jäggi, Claudia Jenni, Mareike Kirchner, Judith Kowalsky, Verena Kunz, Salome Lienert, Andreas Matter, Frauke Niehues, Tanja Pejic, Isabelle Pfister, Anna Radkovsky, Alexander Reichardt, Jeanine Schwarz, Bernhard Sieland, Marek Szczepanski, Sigrid von Quast, Iris Wohlert-Kröger, Peter Würsch, Helen Wyler und Dominik Wyss.

Am herzlichsten bedanke ich mich allerdings bei meiner Frau und meinen Kindern, die während der Arbeit an diesem Manual und während der sich anschließenden Forschung zur Wirksamkeit des Trainings allzu oft auf meine Anwesenheit verzichten mussten, und ohne deren wohlwollendes Verständnis dieses Buch nicht hätte entstehen können.

Matthias Berking

Erlangen, im September 2014

Inhaltsverzeichnis

I Theoretischer Teil

1	Einleitung	3
	<i>M. Berking</i>	
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	7
	<i>M. Berking</i>	
2.1	Inwieweit hängen Emotionsregulationsdefizite mit psychischen Störungen zusammen?	7
2.2	Inwieweit lässt sich der Therapieerfolg durch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung emotionaler Kompetenzen fördern?	11
2.3	Welche Kompetenzen sind besonders relevant?	14
3	Die Ursachen für einen dysfunktionalen Umgang mit Gefühlen	17
	<i>M. Berking</i>	
3.1	Startbedingungen: Genetische Einflüsse und frühe Inkonsistenzerfahrungen	17
3.2	Defizitäre Lernmöglichkeiten in der späteren Kindheit	19
3.3	Akute Inkongruenzerfahrungen als Auslöser	21
3.4	Emotionsregulationsdefizite als aufrechterhaltender Faktor	22
4	Implikationen für die Praxis: Das Training Emotionaler Kompetenzen (TEK)	25
	<i>M. Berking</i>	
4.1	Die Lernziele des Trainings	25
4.2	Der Kern des Trainings: Die Vermittlung effektiver Kompetenzen	26
4.3	Allgemeine Strategien bei der Vermittlung der Kompetenzen	32

II Praktischer Teil

5	Der Einstieg ins Training	41
	<i>M. Berking</i>	
6	Psychoedukation Teil 1: Ableitung der TEK-Kompetenzen	47
	<i>M. Berking</i>	
7	Muskel- und Atementspannung	69
	<i>M. Berking</i>	
7.1	Vorstellung der Kompetenzen (Teil A)	70
7.2	Erläuterungen und Übungen zum Aufbau der Kompetenzen (Teil B)	71
7.3	TEK-Sequenz mit den Basiskompetenzen 1 bis 2 (Teil C)	73

8	Bewertungsfreie Wahrnehmung	77
	<i>M. Berking</i>	
8.1	Vorstellung der Kompetenz (Teil A)	77
8.2	Erläuterungen und Übungen zum Aufbau der Kompetenz (Teil B).	79
8.3	TEK-Sequenz mit den Basiskompetenzen 1 bis 3 (Teil C)	80
9	Psychoedukation Teil 2: Zur Relevanz regelmäßigen Trainings	85
	<i>M. Berking</i>	
10	Akzeptanz und Toleranz gegenüber den eigenen Gefühlen	95
	<i>M. Berking</i>	
10.1	Vorstellung der Kompetenz (Teil A)	95
10.2	Erläuterungen und Übungen zum Aufbau der Kompetenz (Teil B)	98
10.3	Einbau der Kompetenz in die TEK-Sequenz (Teil C)	100
11	Effektive Selbstunterstützung in emotional belastenden Situationen	103
	<i>M. Berking</i>	
11.1	Vorstellung der Kompetenz (Teil A)	103
11.2	Übung zur Stärkung des Selbstwertes (Teil B1)	105
11.3	Übung zur Verbesserung der kontinuierlichen Selbstfürsorge 1: Eine ausgeglichene Lebensführung (Teil B2)	107
11.4	Optional: Übung zur Verbesserung der kontinuierlichen Selbstfürsorge 2: »Anerkennen, was gut ist« (Teil B3)	107
11.5	Übung zur Stärkung der »effektiven Selbstunterstützung« (Teil B4)	109
11.6	Einbau der Kompetenz »effektive Selbstunterstützung« in die TEK-Sequenz (Teil C)	110
12	Analysieren emotionaler Reaktionen	113
	<i>M. Berking</i>	
12.1	Vorstellung der Kompetenz (Teil A)	113
12.2	Erläuterungen und Übungen zum Aufbau der Kompetenz (Teil B)	114
12.3	TEK-Sequenz mit den Basiskompetenzen 1 bis 6 (Teil C)	118
13	Regulieren emotionaler Reaktionen	121
	<i>M. Berking</i>	
13.1	Vorstellung der Kompetenz (Teil A)	121
13.2	Erläuterungen und Übungen zum Aufbau der Kompetenz (Teil B).	122
13.3	TEK-Sequenz mit den Basiskompetenzen 1 bis 7 (Teil C)	125
14	Einsatz der TEK-Kompetenzen zur Bewältigung von potenziell besonders problematischen Gefühlen	129
	<i>M. Berking</i>	
14.1	Besonders relevante Gefühle frühzeitig erkennen und verstehen können	129
14.2	Vorbereitung auf effektive Regulation: Adaptivität einschätzen	130
14.3	Regulation Schritt 1: Gute Zielgefühle finden	131
14.4	Regulation Schritte 2 bis 4: Effektive Regulationsstrategien finden und einsetzen	131

III Evaluation und Ausblick

15	Rückmeldungen aus der Praxis	139
	<i>M. Berking</i>	
16	Wirksamkeit des Trainings	141
	<i>M. Berking</i>	
17	Aktuelle Weiterentwicklungen	143
	<i>M. Berking</i>	
17.1	Integration des TEK in übergeordnete Behandlungsprogramme	143
17.2	»Life-long-Therapy«: Förderung des kontinuierlichen eigenständigen Übens	143
17.3	Störungsspezifische Versionen des TEK	144
18	Schlusswort	147
	<i>M. Berking</i>	
19	Praxismaterialien	149
	<i>M. Berking</i>	
	Serviceteil	179
	Literatur	180
	Stichwortverzeichnis	187

Theoretischer Teil

- Kapitel 1** **Einleitung** – 3
M. Berking
- Kapitel 2** **Ausgangspunkt:
Emotionsregulation und psychische Gesundheit** – 7
M. Berking
- Kapitel 3** **Die Ursachen für einen dysfunktionalen Umgang
mit Gefühlen** – 17
M. Berking
- Kapitel 4** **Implikationen für die Praxis: Das Training Emotionaler
Kompetenzen (TEK)** – 25
M. Berking

Einleitung

M. Berking

M. Berking, *Training emotionaler Kompetenzen*,
DOI 10.1007/978-3-642-54017-2_1, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

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 hinausgehen, was gemäß 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 bildeten, 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 am Ende des Manuals (► Kap. 19) oder auf <http://www.tekonline.info> zum Downloaden. Im dritten Teil des Buches schildern wir unsere bisherigen Erfahrungen mit dem Training, den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur Wirksamkeit und aktuelle Weiterentwicklungen.

TEK-Material zum Download

Alle für die Durchführung des Trainings notwendigen Materialien finden Sie auch unter:

<http://www.tekonline.info>

So kommen Sie an die Materialien:

- Klicken Sie rechts oben in der Leiste auf »Downloads« und wählen Sie eine Kategorie.
- Geben Sie das Passwort ein: TEK_Pcn2c4Y
- Klicken Sie auf »Check«
- Zum Öffnen der Präsentation klicken Sie erst auf »Öffnen« und dann auf »Schreibgeschützt«

Hinweis: Zum Verwenden des Materials benötigen Sie Microsoft Office PowerPoint (ab Version 2003 – Bestandteil des Microsoft Office-Pakets).

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
- als eigenständige Interventionsmaßnahme bei weniger stark ausgeprägten psychischen Störungen
- zur Präventionsarbeit mit Risikogruppen
- oder als Maßnahme zur Förderung des persönlichen Wachstums bei gesunden Personen 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. Mit kleinen Modifikationen ist es aber 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 Inhalte und Übungen gelegentlich 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 in vielen Anwendungsfällen 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 an behandlungswürdigen Defiziten leiden, haben wir einen entsprechenden Fragebogen entwickelt (Berkling & Znoj, 2008; ► Kap. 19 Praxismaterialien, Abb. 19.1; s. a. Ebert, Christ & Berkling, 2013, für eine emotionsspezifische Modifikation des Fragebogens). Dieser kann auch online ausgefüllt und ausgewertet werden (<http://www.emometer.info>). Mit Hilfe dieser Fragebögen lässt sich im Laufe der Thera-

pie 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 in einer Reihe von Studien gezeigt (z. B. Berking, 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

M. Berking

M. Berking, *Training emotionaler Kompetenzen*,
DOI 10.1007/978-3-642-54017-2_2, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

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 et al., 2004). Diese Personen haben außerdem häufig Schwierigkeiten, sich selbst mitfühlend zu unterstützen, wenn sie an negativen

Emotionen leiden (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Clark, 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, Schnuelle, 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; 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. 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 ist bzw. lediglich ein Symptom der Störung darstellt. Eine solche Kausalrichtung wäre auch plausibel, wenn man bedenkt, dass Depression u. a. mit Konzentrationsproblemen einhergeht, welche die Emotionsregulation deutlich beeinträchtigen könnten. Um herauszufinden, in-

wieweit 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; Kassel, Bornoalova & 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, Schnuelle,

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, Schnuelle, 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, Bornoalova & 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, 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; 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 Selbstwürfen, 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; 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 medieren (Staiger, Melville, Hides, Kambouropoulos & Lubman, 2009).

Weitere Untersuchungen zeigten, dass Patienten mit **Essstörungen** dazu neigen, Emotionen intensiver wahrzunehmen als Kontrollpersonen (Overton, Selway, Strongman & Houston, 2005; Svaldi, Gripenstroh, 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 Purgings-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 abstinenz 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, Paliwal, 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 & Mueler, 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, 2013) 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, Whitman & 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).

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 spielen, stellt sich die Frage, ob sich psychische Störun-

gen 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 mitgefühlsbasierte 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 (2002), die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie für Depression (engl. mindfulness based cognitive therapy, MBCT; 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 leidenden 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 beigemessen. 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 mediiert 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