

Training emotionaler Kompetenzen (TEK): Ein transdiagnostischer Ansatz zur Reduktion emotionaler Regulationsdefizite

Matthias Berking & Christian Aljoscha Lukas

1. Hintergrund

Zahlreiche Studien belegen, dass Defizite in der Emotionsregulation wesentlich zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beitragen (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Berking & Wupperman, 2012; Berking & Lukas, 2015; Radkovsky, McArdle, Bockting, & Berking, 2014). Bei einer Reihe von Störungen zählt das Vorliegen unerwünschter affektiver Zustände (wie z.B. Angst oder depressive Stimmung) in einer unangemessenen Intensität oder Dauer zu einem diagnostischen Kriterium des Störungsbildes (z.B. bei Angststörungen oder Depressionen). Darüber hinaus können eine ganze Reihe kognitiver und behavioraler Symptome psychischer Erkrankungen als dysfunktionale Versuche verstanden werden, solche unerwünschten Zustände zu vermeiden oder zu beenden. Beispiele hierfür sind Alkohol- bzw. Substanzmissbrauch, selbstverletzendes Verhalten oder Essattacken.

Vor diesem Hintergrund und beeinflusst von der translationalen Forschung von Klaus Grawe (2004) sowie bereits etablierten Modellen zur Emotionsregulation, wurde das *TEK* von Matthias Berking als transdiagnostischer Ansatz zur Vermittlung und Verbesserung effektiver Emotionsregulationskompetenzen entwickelt (TEK; Berking, 2014; www.tekonline.info). Das *TEK* reiht sich in eine Linie therapeutischer Ansätze mit Fokus auf die Regulation negativer Emotionen ein, wie der Emotionsfokussierten Therapie (EFT; Greenberg, 2004), der Emotionsregulationstherapie (ERT; Mennin & Fresco, 2013), oder der Dialektisch-behavioralen Therapie von Marsha Linehan (DBT; Linehan, 1996). Im Gegensatz zu diesen Ansätzen ist das *TEK* von Anfang an als transdiagnostische Intervention konzipiert und integriert schulenübergreifend Vorgehensweisen, die sich für den adaptiven Umgang mit Emotionen als besonders effektiv erwiesen haben und in Ihrer Gesamtheit wesentliche Dimensionen erfolgreicher Emotionsregulation systematisch berücksichtigen.

Theoretisch baut das TEK auf dem von Berking (2007) vorgeschlagenen und in Abbildung 1 wiedergegebenen Modell adaptiver Emotionsregulation auf (s. Berking 2014 für eine detaillierte Beschreibung). Das Training zielt darauf ab, die in diesem Modell explizierten Kompetenzen der Affektregulation zu stärken.

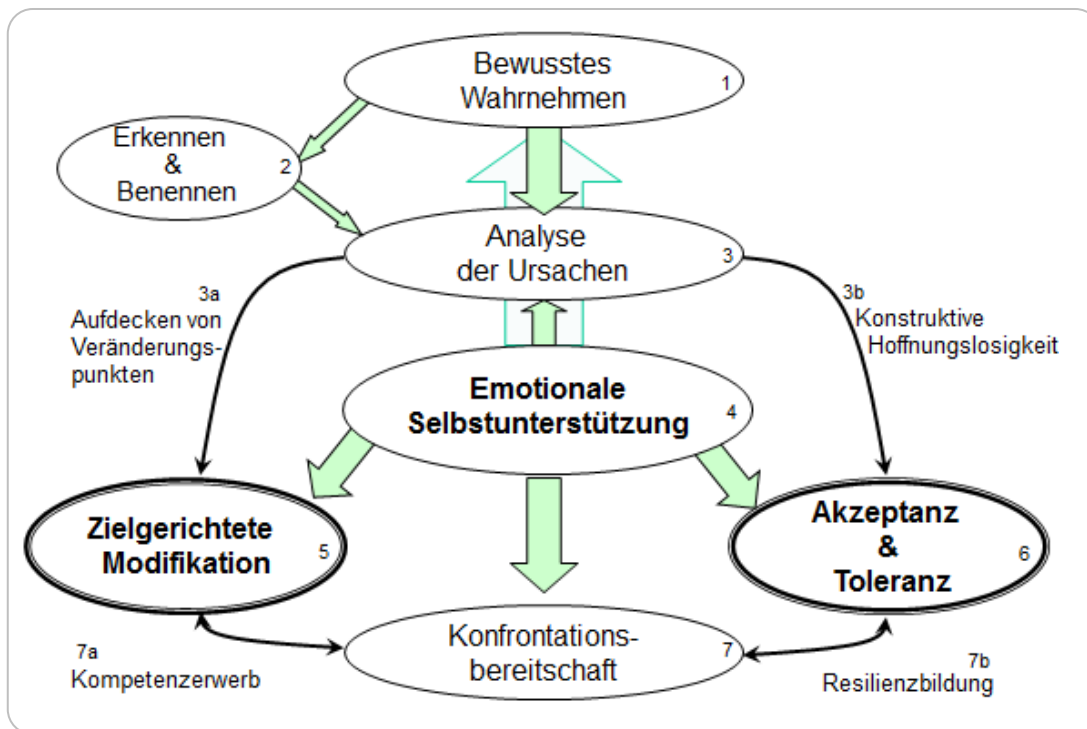


Abb. 1: Das Modell adaptiver Affektregulation nach Berking (2007)

2. Indikationsbereich

Das TEK ist immer dann indiziert, wenn Defizite im Bereich der Emotionsregulation als wichtiger Risikofaktor oder relevante aufrechterhaltende Bedingung für die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Störungen oder bedeutsamen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens gesehen wird. Damit ergibt sich ein breiter Einsatzbereich, der von Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, über den Präventionsbereich bis zum Bereich der Behandlung psychischer Störungen reicht. Bei leichteren Erkrankungen lässt sich das TEK von qualifiziertem Fachpersonal als eigenständige Therapiemaßnahme einsetzen. Bei schweren Erkrankungen lässt sich das TEK im Rahmen von multimodalen Behandlungsprogrammen, die auch störungsspezifische Elemente enthalten, als ergänzende Maßnahme zur weiteren Steigerung und Verstetigung des Therapieerfolges einsetzen. Wird das TEK, wie in der ursprünglichen Konzeption vorgesehen, als Gruppentraining eingesetzt,

so sollte es von individual-therapeutischen Angeboten flankiert werden, damit Patienten etwaige Schwierigkeiten in der Gruppe, bzw. Probleme, die sie in der Gruppe nicht bearbeiten wollen, thematisieren können. Da das TEK in Bezug auf Reflexionsfähigkeit und Selbststeuerungskomponenten relative hohe Ansprüche an die Teilnehmer stellt, sollte der Einsatz bei Patienten, die in diesem Bereich stark beeinträchtigt sind (z.B. schwere akute Depression; wenig Bereitschaft zu eigenständigem Training), kritisch geprüft werden. Da das TEK in erster Linie für Erwachsene konzipiert wird und sich ohne bedeutsame Anpassungen nicht für Kinder eignet, sollten für diese Zielgruppe andere Verfahren in Betracht gezogen werden.

3. Praktische Durchführung

Das TEK wurde als strukturiertes Gruppentraining für 4 bis 12 Teilnehmer entwickelt (kann aber mit entsprechender Anpassung auch in der Einzeltherapie zum Einsatz kommen). Je nach Gruppengröße und Belastung der Teilnehmer, sollte das TEK wenn möglich mit zwei Trainern (bzw. einem Trainer und einem Co-Trainer) durchgeführt werden. Das Gruppentraining kann, in seiner ursprünglichen Form, an drei ganzen Tagen mit jeweils zwei Wochen Abstand zwischen den Blöcken, oder alternativ dazu auch in 12 – 18 Sitzungen à 1,5 Stunden in wöchentlichem oder zweiwöchigem Abstand durchgeführt werden.

Zu Beginn des Trainings werden die Teilnehmer über Funktionen und Funktionsweisen von Stressreaktionen, Emotionen und Stimmungen aufgeklärt. Aufgrund unserer positiven Erfahrungen mit biologischen Modellen in der Psychoedukation wird dabei ein besonderes Augenmerk auf die psychophysiologischen Grundlagen affektiver Informationsverarbeitung gelegt. Außerdem wird gleich zu Beginn des Trainings Wert darauf gelegt, die hilfreichen Seiten von üblicherweise unerwünschten Gefühlen herauszuarbeiten, um die Akzeptanz dieser Gefühle zu erleichtern.

Im Anschluss an die Psychoedukation werden die in Abbildung 2 dargestellten Strategien des konstruktiven Umgangs mit unerwünschten Gefühlen vermittelt. Diese sollen im Folgenden kurz beschrieben werden.



Abb. 2: Basiskompetenzen und „TEK-Sequenz“

Muskel- und Atementspannung: im Rahmen der Psychoedukation wird den Teilnehmern dargelegt, dass (1) sich eine stressbedingt erhöhte Aktivierung der Amygdala in erhöhter Muskelanspannung und Atemfrequenz niederschlagen kann, (2) erhöhte Muskelanspannung und Atemfrequenz in der Folge in der Amygdala mit Bedrohung assoziiert werden, und (3) in der Folge ein Teufelskreis aus erhöhter Aktivierung der Amygdala aus der einen und erhöhter Muskelanspannung und Atemfrequenz auf der anderen Seite entstehen kann. Aus diesem Modell wird dann gezielte Muskel- und Atementspannung als die Kompetenz abgeleitet, mit der man diesen Teufelskreis durchbrechen und somit die Chronifizierung von Stress und arousal-assoziierten, unerwünschten Gefühlen verhindern kann. Anschließend erfolgt eine Einführung in Muskel- und Atementspannung und der Beginn eines systematischen Trainings dieser Kompetenzen.

Bewertungsfreie Wahrnehmung: Diese Kompetenz wird aus einem neuropsychologischen Teufelskreismodell abgeleitet, welches postuliert, dass die negative Bewertung unerwünschter Gefühle zu weiteren negativen Gefühlen führt und die Bewältigung der ursprünglich relevanten Gefühle nur noch weiter erschwert. Um dies zu verhindern, werden die Patienten in das Konzept der nicht-bewertenden Wahrnehmung eingeführt (Teilkomponente von „Achtsamkeit“). Anschließend trainieren sie, sich auf die sensorischen Empfindungen, die mit Gefühlen einhergehen zu konzentrieren, diese zu spüren und zu beschreiben ohne sie zu bewerten.

Akzeptanz und Toleranz: Ausgangspunkt bildet hier ein Teufelskreis demzufolge Bemühungen, unerwünschte Gefühle möglichst schnell zu terminieren, diese Gefühle oft nur stärker machen (u.a. weil ein solches Ziel aufgrund der funktionellen Autonomie unserer Gefühle nur schwer zu erreichen ist, was zu Misserfolgen und damit zu weiteren unerwünschten Gefühlen führt). Ausgehend von diesem Modell werden Patienten im Gebrauch von Techniken zur Steigerung von Akzeptanz und Toleranz gegenüber aversiven Affekten unterwiesen. Ein zentrales Element bei diesen Bemühungen ist es auch belastende Emotionen „als Freunde zu sehen“, da diese uns wichtige Informationen geben und beim Durchführen hilfreicher Handlungen helfen können.

Selbstunterstützung: Viele Personen tendieren dazu, sich in emotional belastenden Situationen selbst abzuwerten, was wiederum negative sekundäre Gefühle wie Scham oder Schuld aktiviert und das Grundbedürfnis nach Selbstwertsteigerung bedroht. Aus diesem Grund wird im TEK als nächste Kompetenz die effektive Selbstunterstützung in Belastungssituationen geübt. Konkret erfolgt dies durch das Imaginieren der eigenen Person in der Belastungssituation und den Versuch sich selbst gegenüber das „Mitgefühl, als warmes und kraftvolles Gefühl der Anteilnahme mit sich selber aufsteigen zu lassen“. „Getragen von diesem Gefühl“ kann dann der beobachtende „Teil des Selbst“ in die Imagination einsteigen und dem „leidenden Teil des Selbst“ zunächst signalisieren, dass er/sie für ihn/sie da ist und dass er/sie Verständnis für die negativen Gefühle hat. Anschließend üben sich die Teilnehmer darin Sätze zu formulieren, mit denen sie sich innerlich Trost spenden und Mut machen können.

Analysieren: Diese Kompetenz wird mit Hilfe eines Teufelskreismodells eingeführt, wonach Stresshormone die Funktionsfähigkeit von kortikalen Arealen beeinträchtigen, welche für das Verstehen (und Regulieren) von Emotionen wichtig sind, was zu subjektivem Kontrollverlust und damit erhöhtem Stresserleben (u.s.w.) führen kann. Aufbauend auf diesem Modell werden die Patienten in ein Schema eingeführt, mit dessen Hilfe sie ihr emotionales Erleben besser verstehen können. Eingebaut in der sog. TEK-Sequenz, in der alle Kompetenzen des Modells hintereinander geübt werden, üben sie die Umsetzung dieses Schemas zunächst in der Vorstellung, indem der „helfende Teil“ (s.o.), den „leidenden Teil“ (s.o.) durch das Schema führt.

Regulieren: Diese Kompetenz setzt direkt an den Ergebnissen des Analyseprozesses an. In Bezug auf das dort „erklärte“ Gefühl gilt es jetzt (in Anlehnung an das Allgemeine Problemlösemodell) (1) ein realistisches Zielgefühl auswählen; (2) ein Brainstorming durchzuführen, mit welchen Strategien sich die einzelnen Antezedenzen des Gefühls möglichst effektiv verändern, (3) durch eine Auswahl aus diesen Strategien einen konkreten Plan zu erstellen, wann wo und wie welche Strategien umgesetzt werden sollen, (4) diesen

Plan in die Tat umzusetzen, und (5) mit den Ergebnissen möglichst konstruktiv umzugehen (bei Erfolg: Loben; bei Misserfolg: sich auch für Teilerfolge zu belohnen, Bemühungen intensivieren, ggf. Plan modifizieren, ggf. Zielgefühl zu überdenken und zumindest für die Zeit, in der dieses nicht erreichbar ist, systematisch die Akzeptanz- und Selbstunterstützungskompetenzen einzusetzen).

Nach Einübung dieser Kompetenzen, die unabhängig von der Art des jeweils belastenden Gefühls hilfreich sein sollten (ergo: „Basiskompetenzen“), erfolgt im TEK (je nach zur Verfügung stehender Zeit) noch die Erarbeitung von Kompetenzen zum gezielten Umgang mit spezifischen (gesundheitsrelevanten) affektiven Zuständen (z.B. Mitgefühl mit anderen als Strategie zur Ärgerregulation). In der Transferphase gilt es dann die in der Gruppe und den kontemplativen Einzelübungen trainierten Kompetenzen zunehmend auch in Belastungssituationen einzusetzen. Um die Nachhaltigkeit des Trainingserfolgs zu gewährleisten wird angestrebt, dass die Teilnehmer Übungen aus dem Training in Form von „Alltagsritualen“ in ihr Leben integrieren und über einen möglichst langen Zeitraum fortführen (s. Berking, 2014 für Details).

4. Wirksamkeit

Erste Hinweise auf die Effektivität der im TEK trainierten Emotionsregulationskompetenzen kommen aus einer Reihe experimenteller Studien, die in einer geschützten Laborumgebung stattfanden (z.B. Diedrich et al, 2014). Evaluationsstudien zur Effektivität des Trainings in Risikogruppen jenseits des Laborsettings zeigen darüber hinaus, dass das TEK zu einem signifikanten Anstieg der Emotionsregulationskompetenzen sowie des Wohlbefindens bei Polizisten und Altenpflegern geführt hat (Berking, Meier, & Wupperman, 2010; Buruck, Brom, Horváth, & Richter, 2014). Erste Hinweise auf die Effektivität des TEK im Klinischen Kontext ergaben sich dann in einer Studie, in der die Effekte der Integration des TEK in die stationäre Verhaltenstherapie in einer heterogenen klinischen Stichprobe evaluiert wurden (Berking, Wuppermann, et al., 2008). Weitere Befunde stammen aus einer randomisierten Studie mit 432 depressiven, stationär-behandelten Patienten, in der sich zeigte, dass eine um das TEK bereicherte stationäre KVT der klassischen KVT in Bezug auf die Zunahme emotionaler Kompetenzen und die Reduktion depressiver Symptome überlegen war (Berking, Ebert, Cuijpers, & Hofmann, 2013). In einer weiteren randomisierten, klinischen Multi-Center-Studie wurde die Effektivität des TEK auch als eigenständige Intervention in der ambulanten Behandlung depressiver Patienten nachgewiesen (Berking et al., submitted; Ehret, Kowalsky, Rief, Hiller, & Berking, 2014). In dieser Studie zeigte sich, dass das TEK in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptome sowohl einer Wartekontrollgruppe, als auch einer

Kontrollgruppe, die für unspezifische Wirkfaktoren von Psychotherapie kontrollieren sollte, signifikant überlegen war. Bemerkenswert an diesen Ergebnissen ist, dass die Effektstärken der transdiagnostisch-orientierten TEK-Behandlung in einem Bereich lagen, der in verschiedenen Studien auch für störungsspezifische Ansätze berichtet wird. Somit kann das TEK zumindest dann als Alternative für störungsspezifische Ansätze gesehen werden, wenn die Intervention im Gruppenkontext angeboten werden soll und nicht ausreichend Patienten für störungshomogene Gruppentherapie rekrutierbar sind. Inwieweit das TEK auch bei der Behandlung anderer, klinisch bedeutsamer Störungen ähnlich effektiv ist wie störungsspezifische Ansätze, bzw. inwieweit sich die Effektivität solcher Ansätze durch Integration des TEKs erhöhen lässt, muss in zukünftigen Studien untersucht werden. Erste positive Befunde stammen aus Studien mit Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen (Gottschalk, Bleichhardt, Berking, Rief, & Kleinstäuber, 2015) und aus der Behandlung der Binge Eating Störung (Berking et al. 2017).

5. Perspektiven

Über die Frage hinaus, mit welchen Methoden wir bei welchen Patienten die jeweils relevanten Emotionsregulationskompetenzen am besten stärken können, sollte sich zukünftige Forschung auch der Frage widmen, wie sich die Bereitschaft zu einem intensiven Training gezielt fördern lässt. Wie sich in dem von Matthias Margraf geprägten Bonmots „In der Therapie tut sich immer dann etwas, wenn der Patient etwas tut“ zum Ausdruck gebracht wird, hängt der Erfolg therapeutischer Behandlungen zu großen Teilen von der Bereitwilligkeit der Patienten zum engagierten Mitarbeiten ab. Obwohl in der diesbezüglichen Forschung schon einiges erzielt wurde (vgl. Berking & Kowalsky, 2012), scheinen wir hier doch aufgrund der nach wie vor bestehenden Probleme bei der Operationalisierung motivationaler Faktoren in der Forschung noch am Anfang zu stehen. Im Interventionsbereich eröffnen sich dagegen mit der dramatisch zunehmenden Smartphone-Nutzung völlig neue Perspektiven. Das Smartphone bietet die Möglichkeit, den Arm des Therapeuten in den Alltag der Patienten zu verlängern. Damit erlaubt es die Unterstützung von regelmäßig durchgeführten Übungen. Im TEK haben wir seit über 10 Jahren sehr gute Erfahrung mit dem Einsatz von Übungserinnerungen durch Textnachrichten gemacht. Zukünftige Forschung sollte klären, inwieweit sich Trainingshäufigkeit und -intensität durch Smartphone-basierte (gamifizierte) Gesundheitstrainings weiter steigern lässt (z.B. Kollé, Lukas, Löber, S., & Berking, submitted).

Literatur

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217-237.
- Berking, M. (2007). *Training Emotionaler Kompetenzen*, 1. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Berking, M. (2014). *Training Emotionaler Kompetenzen*, 3. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion-regulation skills training enhances the efficacy of cognitive behavioral therapy for major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*, 234-245.
- Berking, M., Eichler, E., Luhmann, M., Diedrich, A., Hiller, W. & Rief, W. (2017; submitted). Transdiagnostic Affect Regulation Training Reduces Symptom Severity in Depression. *Manuskript aktuell in Begutachtung bei Psychotherapy & Psychosomatics*.
- Berking, M. & Kowalsky, J. (2012). Therapiemotivation. In Berking, M. & Rief, W. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II: Therapieverfahren*. (S. 13-22). Heidelberg: Springer.
- Berking, M. & Lukas, C. (2015). The Affect Regulation Training (ART): A Transdiagnostic Approach to the Prevention and Treatment of Mental Disorders. *Current Opinion in Psychology, 3*, 64-69.
- Berking, M., Meier, C. & Wupperman, P. (2010). Enhancing emotion-regulation skills in police officers - Results of a controlled study. *Behavior Therapy, 41*, 329-339.
- Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and health: State of the art. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(2), 128-134.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). General emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy, 46*(11), 1230-1237.
- Buruck, G., Brom, S. S., Horváth, I., & Richter P. (2014, September). Erhöhung von Kompetenzen der Emotionsregulierung bei Beschäftigten in der Altenpflege. Ergebnisse einer kontrollierten Studie. Bochum: 49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S., Hiller, W. & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 43-51.
- Ehret, A., Kowalsky, J., Rief, W. Hiller, W., Berking, M. (2014). Reducing symptoms of major depressive disorder through a systematic training of general emotion regulation skills: protocol of a randomized control trial. *BMC Psychiatry, 14*, 20-31.

- Gottschalk, J. M., Bleichhardt, G., Kleinstäuber, M., Berking, M., & Rief, W. (2015). Erweiterung der kognitiven Verhaltenstherapie um Emotionsregulationstraining bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen: Ergebnisse einer kontrollierten Pilotstudie. *Verhaltenstherapie*.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11 (1), 1–2.
- Kollei, I., Lukas, A., Löber, S., & Berking, M. (2017; submitted). An App-based Intervention to Reduce Body Dissatisfaction: A Randomized Controlled Pilot-Study. Manuskript aktuell in Begutachtung bei *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP Medien.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2013). Emotion Regulation Therapy. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation (Second Edition)*. New York: Guilford Press.
- Radkovsky, A., McArdle, J. J., Bockting, C. L. H., & **Berking, M.** (2014). Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 248-262.