

# Emotionsregulation bei Patient:innen mit einer depressiven Episode

Sarah Petschauer<sup>1\*</sup>; Gabriele Helga-Franke<sup>1</sup>; Martin Häring<sup>2</sup>; Marion Blaser<sup>2</sup> und Melanie Jagla-Franke<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Hochschule Magdeburg-Stendal, FB Angewandte Humanwissenschaften, Rehabilitationspsychologie

<sup>2</sup> AWO-Fachkrankenhaus Jerichow

<sup>3</sup> Hochschule Neubrandenburg, FB Gesundheit, Pflege Management

Korrespondenz: \*sarah.petschau@web.de

**Kurzfassung.** Ziel der vorliegenden Studie ist es, zu prüfen, ob sich die Emotionsregulation von Patient:innen und „Gesunden“ unterscheidet. Eingesetzt wurden das BDI-II, der FEEL-E, die SCL-90®-S und der EFK zur Prüfung auf Gruppenunterschiede, Einfluss von Geschlecht, Alter und Depressivität sowie die Vorhersage von Depressivität. Patient:innen (N=85) zeigten erwartungsgemäß, unabhängig von Alter und Geschlecht, höhere Depressivitätswerte und eine höhere psychische Belastung als die Vergleichsgruppe (N=67), wobei sie sich eher maladaptiver Emotionsregulationsstrategien bedienten. Hohe Depressivität ging mit maladaptiver Emotionsregulation einher und kann durch bestimmte Strategien vorhergesagt werden. Somit weisen depressiv Erkrankte anders als „Gesunde“ eine dysfunktionale Emotionsregulation auf.

## 1. Einleitung

Emotionen spielen im Alltag eine wichtige Rolle, genauso bei psychischen Störungen wie Depressionen, von denen viele Personen betroffen sind (12-Monats-Prävalenz einer Major Depression bei 6,8%; [1]). Menschen können diese Emotionen mit kognitiven Prozessen kontrollieren. Es gibt keine allgemein gültige Definition - Emotionsregulation meint alle Prozesse, die der mentalen Verarbeitung emotionaler Zustände dienen [2]. Für Menschen ist es zentral, das Befinden unter den gegebenen Umständen auf einem möglichst günstigen Niveau zu halten. Bevorzugt genutzte Strategien können als Kodeterminanten der allgemeinen Befindlichkeit aufgefasst und als günstig oder ungünstig angesehen werden [3]. Studien zeigen, dass v.a. depressive Personen vermehrt maladaptive Strategien und vermindert adaptive Strategien zur Emotionsregulation nutzen [4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11]. Dabei sind sowohl kognitive Strategien wie Perseveration (maladaptiv) als auch Verhaltensstrategien wie Problemorientiertes Handeln (adaptiv) relevant. Es soll der Fragestellung nachgegangen werden, wie sich die Emotionsregulation bei Patient:innen im Vergleich zu „gesunden“ Proband:innen unterscheidet und inwieweit Zusammenhänge zwischen der Depressivität und der Emotionsregulation zu finden sind.

## 2. Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde am AWO-Fachkrankenhaus Jerichow (N=85) eine Klinikgruppe sowie über ein Schneeballsystem eine Kontrollgruppe (N=67) erhoben. Eingesetzt wurden das *Beck-Depressions-Inventar-II*, BDI-II [12], das der Erfassung der Schwere einer depressiven Episode dient, der *Fragebogen zur Erfassung der Emotionsregulation bei Erwachsenen*, FEEL-E [3], der 12 Emotionsregulationsstrategien der Emotionen Wut, Angst und Trauer erfasst, die *Symptomcheckliste-90®-Standard*, SCL-90®-S [13], die das subjektive

Wohlbefinden einer Person misst und zusätzlich innerhalb der Klinikgruppe der *Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*, EFK [14], welcher Bewältigungsstile bei chronischer Krankheit erfasst und daher nicht in der Kontrollgruppe eingesetzt wurde. Die Stichproben wurden auf Grundlage von vier Hypothesen auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, einen etwaigen Einfluss der soziodemografischen Variablen Geschlecht und Alter, den Einfluss der Schwere der Depressivität sowie Prädiktoren einer depressiven Episode untersucht. Hierfür wurden Regressionsanalysen (Methode: Einschluss, BDI-II als unabhängige Variable), multivariate Varianzanalysen, t-Tests und Chi-Quadrat-Tests sowohl über beide Gruppen hinweg als auch nur innerhalb der klinischen Stichprobe in SPSS angewandt.

### 3. Erkenntnisse

Die Proband:innen beider Stichproben waren vorrangig weiblich, im mittleren Alter, mit einem mittleren bis hohen Bildungsniveau und hatten die deutsche Staatsangehörigkeit (Tab. 1). Klinische Patient:innen wiesen seltener eine Berufstätigkeit auf als die Kontrollgruppe ( $p < ,02$ ), während sie häufiger eine vergangene therapeutische Behandlung berichteten ( $p < ,001$ ), was zu erwarten war.

**Tabelle 1:** Statistische Prüfung auf Unterschiede in der Soziodemografie beider Stichproben

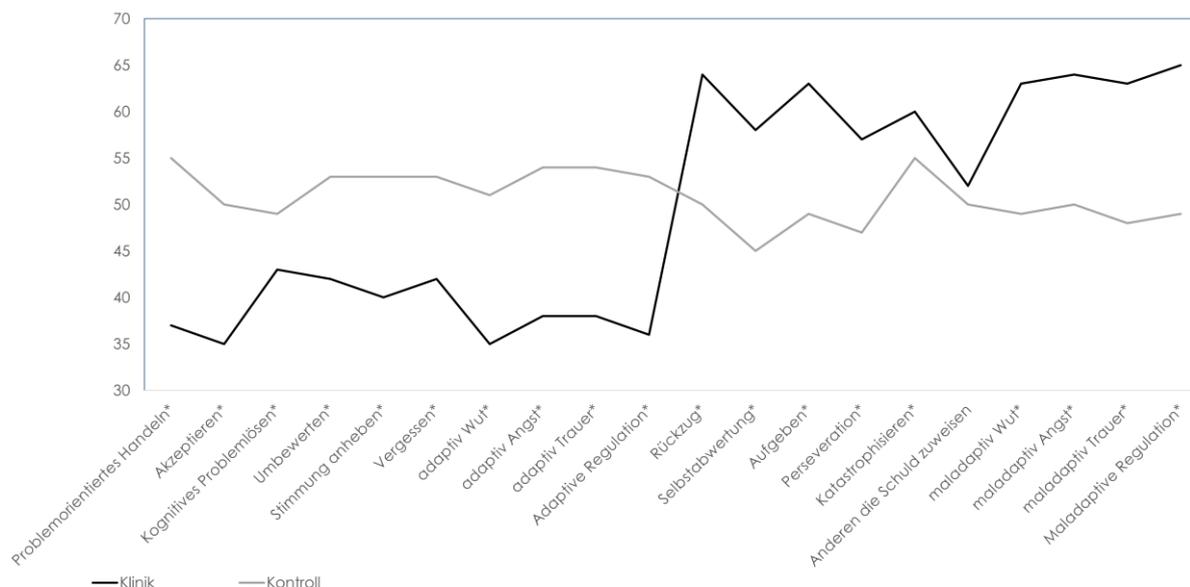
Variable	Patient:innen N = 85	Vergleichsgruppe N = 67	Summe N = 152	Statistische Prüfung
Alter	43,11 ± 13,54	45,45 ± 11,92	44,14 ± 13,54	t = -1,12 p < ,27
Geschlecht männlich Weiblich	37 (43,5%) 48 (56,5%)	26 (38,8%) 41 (61,2%)	63 (41,4%) 89 (58,6%)	X <sup>2</sup> = 0,34 p < ,56
Bildung Hauptschule Realschulabschluss Abitur Hochschulabschluss	5 (5,9%) 33 (38,8%) 15 (17,6%) 32 (37,6%)	0 32 (47,8%) 11 (16,4%) 24 (35,8%)	5 (3,3) 65 (42,8%) 26 (17,1%) 56 (36,8%)	
Bildung kurz Haupt-, Realschule Abitur – Hochschule	38 (44,7%) 47 (55,3%)	32 (47,8%) 35 (52,2%)	70 (46,1%) 82 (53,9%)	X <sup>2</sup> = 0,14 p < ,71
Ausbildungsjahre	15,34 ± 3,34	15,51 ± 3,45	15,41 ± 3,38	t = -0,30 p < ,77
Staat Deutsch Andere Mehr als eine	84 (98,8%) 1 (1,2%) 0	65 (97%) 1 (1,5%) 1 (1,5%)	149 (98%) 2 (1,3%) 1 (0,7%)	
Psychotherapie Ja Nein	47 (55,3%) 38 (44,7%)	17 (25,4%) 50 (74,6%)	64 (42,1%) 88 (57,9%)	X <sup>2</sup> = 13,76 p < ,001
Berufstätigkeit Ja Nein	62 (72,9%) 23 (27,1%)	59 (88,1%) 8 (11,9%)	121 (79,6%) 31 (20,4%)	X <sup>2</sup> = 5,28 p < ,022

Anmerkung: N = Anzahl, t = Ergebnis im t-Test, p = statistische Signifikanz, X<sup>2</sup> = Chi-Quadrat

#### 3.1 Gruppenunterschiede

Patient:innen erreichen hinsichtlich der depressiven Ausprägung nach BDI-II ( $28 \pm 11$ ;  $t=13,98$ ; Cohens  $d=2,28$ ) und der psychischen Belastung ( $T_{GSI}=66 \pm 8$ ) signifikant höhere Werte als die Vergleichsgruppe (BDI-II= $6 \pm 7$ ;  $T_{GSI}=48 \pm 11$ ;  $F=140,99$ ,  $\eta^2 = 0,48$ ). Weiterhin nutzten depressive Personen verringert adaptive Strategien zur Emotionsregulation i.S.d. FEEL-E (*Problemorientiertes Handeln*  $\eta^2=0,48$ , *Stimmung anheben*  $\eta^2=0,31$ , *Akzeptieren*  $\eta^2=0,19$ , Emotions-

skalen  $\eta^2_{\min}=0,27$  bis  $\eta^2_{\max}=0,33$ ), gleichzeitig verwendeten sie vermehrt maladaptive Emotionsregulationsstrategien (*Rückzug*  $\eta^2=0,28$ , *Aufgeben*  $\eta^2=0,32$ , *Katastrophisieren*  $\eta^2=0,06$ , Emotionsskalen  $\eta^2_{\min}=0,27$  bis  $\eta^2_{\max}=0,33$ ).



**Abbildung 1:** T-Wert-Vergleich der Klinik- (N=85) und der Kontrollgruppe (N=67) im FEEL-E

Anmerkung: \*=signifikante Ergebnisse

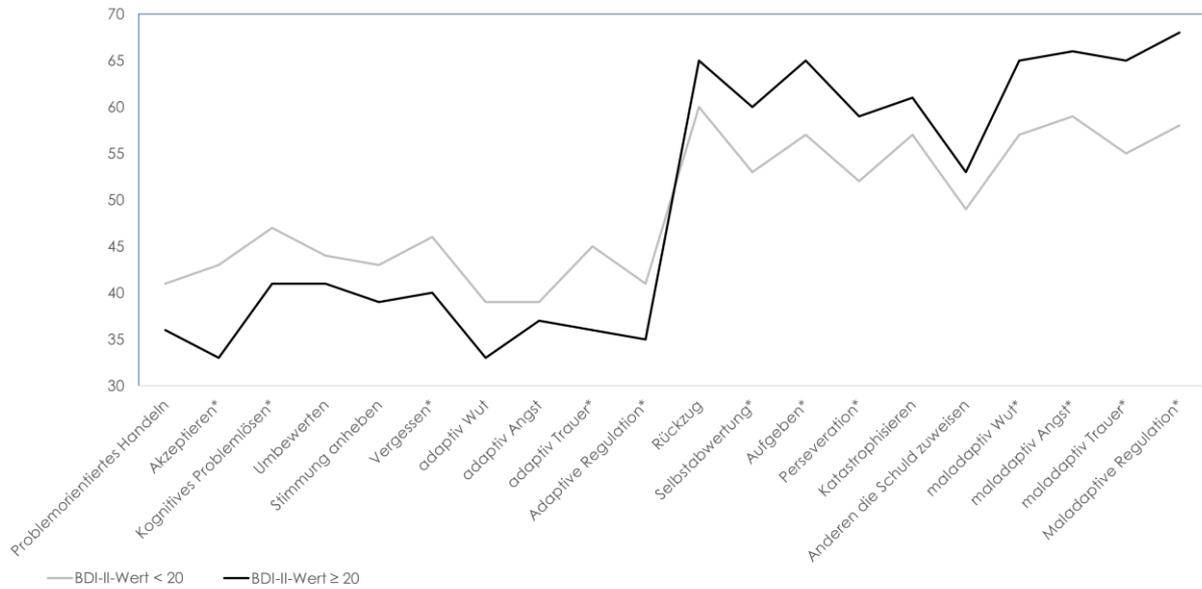
Übergeordnet ist eine insgesamt maladaptive Emotionsregulation ( $T=65\pm 11$ ) bei Patient:innen vorherrschend, die in der Kontrollgruppe nicht beobachtbar ist ( $\eta^2=0,36$ ; Abb. 1).

### 3.2 Soziodemografische Einflüsse

Im BDI-II, der SCL-90®-S, dem FEEL-E (beide Stichproben) und im EFK (klinische Stichprobe) zeigten sich z.T. geringe soziodemografische Einflüsse, die als vernachlässigbar angesehen werden können.

### 3.3 Einfluss der Depressivität

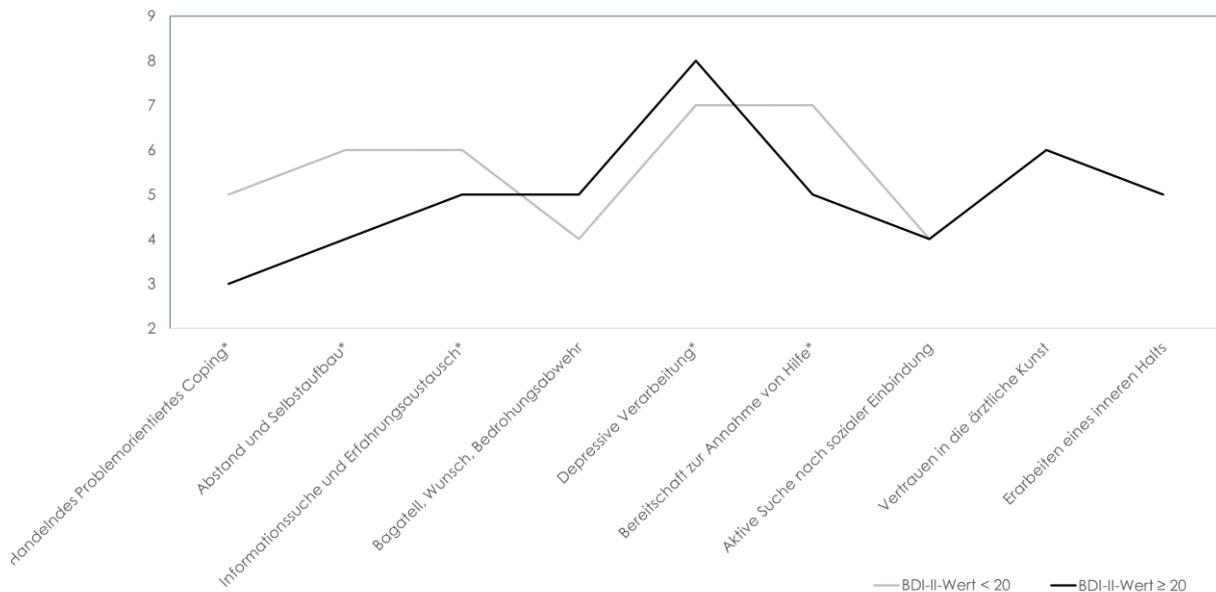
Hoch depressive Patient:innen nutzten vermehrt maladaptive Strategien zur Emotionsregulation (FEEL-E) bzw. zur Krankheitsbewältigung (EFK) und weniger adaptive Strategien als jene mit geringerer depressiver Ausprägung.



**Abbildung 2:** Vergleich der T-Werte innerhalb der Klinikgruppe (N=85) bei niedriger (N=22) bzw. hoher (N=53) Depressivität nach BDI-II im FEEL-E

Anmerkung: \*=signifikante Ergebnisse

Hinsichtlich adaptiver Strategien zeigten die Skalen *Akzeptieren* ( $\eta^2=0,09$ ), *Umbewerten* ( $\eta^2=0,05$ ), *Vergessen* ( $\eta^2=0,05$ ), adaptiver Umgang mit Trauer ( $\eta^2=0,12$ ) und *Bereitschaft zur Annahme von Hilfe* ( $\eta^2=0,10$ ) sowie *Handelndes Problemorientiertes Coping* ( $\eta^2=0,10$ ) kleine bis mittlere Effekte, gleichzeitig sind die maladaptiven Skalen *Perseveration* ( $\eta^2=0,11$ ), *Aufgeben* ( $\eta^2=0,10$ ), *Selbstabwertung* ( $\eta^2=0,10$ ), maladaptiver Umgang mit dem Emotionen Trauer ( $\eta^2=0,14$ ), Angst ( $\eta^2=0,11$ ) und Wut ( $\eta^2=0,09$ ) sowie *Depressive Verarbeitung* ( $\eta^2=0,11$ ) relevant. Bei hoher Depressivität ist eine insgesamt maladaptive Emotionsregulation beobachtbar ( $T=68\pm 9$ ;  $\eta^2=0,15$ ).



**Abbildung 3:** Vergleich der Staninwerte der Klinikgruppe (N=85) bei niedriger (N=22) bzw. hoher (N=53) Depressivität nach BDI-II im EFK

Anmerkung: \*=signifikante Ergebnisse

Die Ausmaße der Nutzung von Emotionsregulationsstrategien ist in Abbildung 2 dargestellt, die Nutzung der Bewältigungsstile in Abbildung 3, wobei bei beiden Darstellungen eine überwiegend ungünstige bzw. maladaptive Regulation in Verbindung mit hoher Depressivität beobachtbar ist.

### 3.4 Vorhersage einer depressiven Episode

Innerhalb der Klinikgruppe (abhängige Variablen: FEEL-E, EFK) zeigten sich wenig *Handelndes Problemorientiertes Coping* ( $t=-3,5$ ), stärker *Depressive Verarbeitung* ( $t=2,7$ ) und stärker *Selbstabwertung* ( $t=3,3$ ) als Prädiktoren einer depressiven Episode, innerhalb der Vergleichsgruppe (abhängige Variable: FEEL-E) wenig *Stimmung anheben* ( $t=-4,2$ ), deutlich *Angst maladaptiv* ( $t=3,2$ ) und ein geringes *Alter* ( $t=-2,3$ ).

## 4. Diskussion

Ziel war es, Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen einer klinischen und einer gesunden Stichprobe zu untersuchen. Beide in dieser Studie untersuchten Gruppen unterscheiden sich signifikant, wobei depressive Personen sich eher maladaptiver Emotionsregulationsstrategien und weniger adaptiver Strategien bedienen. Dieser Effekt wird mit Zunahme der Depressivität verstärkt. Geschlecht und Alter verändern diese Unterschiede kaum. Weiterhin kann die Entstehung einer depressiven Symptomatik durch bestimmte Strategien vorhergesagt werden. Somit lässt sich die Emotionsregulation bei depressiven Patient:innen klar von der „Gesunder“ unterscheiden. Anzumerken bleibt, dass Störvariablen nicht komplett ausgeschlossen werden können. Psychiatrische Patient:innen nehmen u.a. Medikamente, ebenso handelt es sich um Selbstbeurteilungsinstrumente, bei denen eine Verzerrung der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden kann. Es wurde weiterhin nicht erfasst, zu welchem Zeitpunkt der Behandlung die Patient:innen die Fragebögen ausfüllten. Aufgrund der geringen Stichprobengröße müssen die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden. Hingewiesen sei zudem auf den Aspekt, dass nicht alle Menschen, die psychische Symptome aufweisen, eine Diagnose erhalten haben oder in Behandlung sind. Zudem wurde die Studie während der Covid-19-Pandemie durchgeführt – eine Zeit, in der die Menschen ohnehin hohen Belastungen ausgesetzt sind, sodass auch innerhalb der Kontrollgruppe vereinzelt psychisch belastete Personen zu finden sind.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse auf eine dysfunktionale Emotionsregulation bei depressiv Erkrankten hin, die bei „gesunden“ Proband:innen nicht zu beobachten ist, weshalb sie beim Verständnis der Erkrankung mehr Beachtung finden sollte, da sie ebenfalls einen relevanten Faktor in der Therapie darstellt. Es ist bekannt, dass gezieltes Emotionsregulationstraining eine größere Reduktion depressiver Symptome und negativer Affekte sowie ein Anwachsen des Wohlbefindens und der adaptiven Emotionsregulationsstrategien zur Folge hat [15], sodass der Ermittlung der Strategien eine größere Bedeutung beigemessen werden sollte. Festgestellte Defizite oder Ressourcen können gezielt eingesetzt werden: einerseits zum Abbau von Defiziten in der Emotionsregulation, um der Entstehung einer depressiven Episode entgegenzuwirken, indem Risikofaktoren frühzeitig ermittelt und behandelt werden sowie andererseits zur Erstellung eines Ressourcenprofils, welches zur Behandlung genutzt werden kann, indem adaptive Strategien und psychosoziale Kompetenzen gestärkt werden, die wiederum für den Abbau von Defiziten genutzt werden können. Darauf aufbauend lassen sich Präventions- und Interventionsprogramme entwickeln, sodass im Therapieverlauf auf die individuelle Emotionsbewältigung geachtet werden kann. Weiterhin sollten Emotionsregulationstrainings störungsspezifisch angepasst werden, um die Auswirkungen depressiver Symptome und negativer Affekte auf das psychische Wohlbefinden effektiv und nachhaltig zu reduzieren.

## Datenverfügbarkeit

Die Rohwert-Daten für diese Arbeit wurden mit Zustimmung einer Ethikkommission durch Fragebögen erhoben und auf einer externen Festplatte zur Verarbeitung durch SPSS gespeichert und sind daher nicht öffentlich zugänglich. Weiter verarbeitete Daten können bei der Autorin angefragt werden.

## Interessenskonflikte

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## Literaturverzeichnis

1. Jacobi, Frank (2016): „Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul ‚Psychische Gesundheit‘ (DEGS1-MH)“. *Nervenarzt* 87: 88 – 90.
2. In-Albon, Tina (2013): „Theoretischer Hintergrund zur Emotionsregulation“. In: In-Albon, Tina (eds.) (2013): *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindesalter*. Stuttgart, Kohlhammerverlag: 15 – 24.
3. Grob, Alexander/Horowitz, Dina (2014): *FEEL-E Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Erwachsenen*. Bern: Hans-Huber-Verlag.
4. Barnow, Sven et al. (2013): „Emotionsregulation bei Depression. Ein multimethodaler Überblick“. *Psychologische Rundschau* 64: 235 – 243.#
5. Joormann, Jutta/Vanderlind, William Michael (2014): “Emotion regulation in depression: The role of biased cognition and reduced cognitive control”. *Sage Journals* 2: 402 – 421.
6. Barnow, Sven (2020): „Emotionsregulation und Psychopathologie. Ein Überblick“. *Psychologische Rundschau* 63/2: 111 – 124.
7. Kraaij, Vivian/Bik, Jannecke/Garnefski, Nadia (2019): “Cognitive and behavioral coping in people with chronic fatigue syndrome: an exploratory study searching for interventions targets for depressive symptoms”. *Journal of Health Psychology* 24/13: 1878 – 1883.
8. Kraaij, Vivian/Garnefski, Nadia (2018): “The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire”. *Personality and Individual Differences* 137: 56 – 61.
9. Wang, Pengju/Xiong, Zhuang/Yang, Hua (2018): “Relationship of mental health, social support and coping styles among graduate students: evidence from chinese universities”. *Journal of Public Health*, 47/5: 659 – 697.
10. Kraaij, Vivian et al. (2010): “Cognitive coping, goal adjustment, and depressive and anxiety symptoms in people undergoing infertility treatment: a prospective study”. *Journal of Health Psychology* 15: 876 – 886.
11. Richardson, Emma M. et.al. (2017). “Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and a meta-analysis”. *Psycho-Oncology* 26: 724 - 737.
12. Hautzinger, Martin/Keller, Franz/Kühner, Christine (2006): *BDI II Beck–Depressions-Inventar Revision*. Frankfurt am Main: Pearsonverlag.
13. Franke, Gabriele Helga (2014): *Symptomchecklist-90®-Standard*. Bonn: Hogrefeverlag.
14. Franke, Gabriele Helga/Jagla, Melanie (2016): *EFK - Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Tesmanual – Deutsche Version*. DOI: <https://doi.org/10.6099/1000265> [28.05.2022].

15. Berking, Matthias et al. (2013): "Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depression disorder: a randomized controlled trial". *Psychotherapy and Psychosomatics* 82: 234 – 245.