

**Training und Evaluation emotionaler
Kompetenzen im stationären klinischen Kontext**

Inaugural-Dissertation

in der Fakultät Humanwissenschaften
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

vorgelegt von

Matthias Vöhringer

aus

Memmingen

Bamberg, den 10.05.2022

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Abstract	6
1 Einleitung	7
2 Theorie und Forschungsstand.....	8
2.1 Emotionale Intelligenz, Emotionale Kompetenz und Emotionsregulation	8
2.1.1 Emotionale Intelligenz (EI)	8
2.1.2 Emotionale Kompetenz (EK)	10
2.1.3 Emotionsregulation (ER).....	11
2.1.4 Verwendung der Begriffe EI, EK und ER.....	13
2.1.5 Psychometrische Erfassung von EI, EK und ER.....	13
2.2 Training emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext	17
2.2.1 Notwendigkeit von Training emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext	17
2.2.2 Emotionale Fähigkeiten und psychische Gesundheit im stationären klinischen Kontext	18
2.2.3 Evaluierte Trainings emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext ..	22
2.3 Emotionale Kompetenz Training (EKT) nach Steiner	25
2.3.1 Transaktionsanalytische Konzepte des EKT	32
2.3.2 Verstärker-Verlust-Theorie und EKT	42
2.4 Zielsetzung und Fragestellungen.....	43
3 Empirische Evaluation des EKT im stationären klinischen Kontext	45
3.1 Methode.....	45
3.1.1 Durchführung und Datenerhebung.....	45
3.1.2 Stichprobe.....	46

3.1.3 Interventionen.....	48
3.1.4 Erhebungsinstrumente.....	51
3.1.5 Vorgehensweise bei der Datenauswertung.....	53
3.2 Ergebnisse	55
3.2.1 Vorbereitende Analysen.....	55
3.2.2 Hypothesentestungen	59
3.3 Exploratorisches Nebenergebnis	68
4 Weitere exploratorische Evaluation des EKT	72
4.1 Zusammenhang zwischen EKT und Patientenzufriedenheit.....	72
4.2 Spezielle Aspekte des EKT	73
4.3 Fremdrating durch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten	75
5 Diskussion und Schlussfolgerungen.....	78
5.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	78
5.2 Kritische Würdigung: Stärken und Limitationen der Studie.....	86
5.3 Implikationen für die klinische Praxis und weitergehende Forschung	88
6 Literaturverzeichnis.....	93
7 Anhang	104
7.1 Anhang A: Veröffentlichte Publikation SREIS-D	104
7.2 Anhang B: SREIS-D - Fremdeinschätzung.....	136
7.3 Anhang C: Lineare Regressionsmodelle zu Hypothese 4	137

Zusammenfassung

Emotionale Intelligenz (EI) und die Fähigkeit zur Emotionsregulation (ER) können trainiert werden und hohe EI/ER-Werte sind nachweislich mit besserer psychischer Gesundheit verbunden. Ziel der vorliegenden Studie ist die Evaluation des psychodynamischen Emotionale Kompetenz Trainings (EKT) nach Steiner (2003), das auf Basis der Transaktionsanalyse entwickelt wurde. Innerhalb eines stationären klinischen Settings sind die Fragen zu beantworten, ob das EKT emotionale Fähigkeiten steigern kann und eine zusätzliche Wirkung bei der Behandlung und Rezidivprophylaxe depressiver Symptomatik zeigt.

Zur Klärung dieser Fragen wurden Längsschnittdaten über drei Messzeitpunkte mit Follow-up Messung an einer klinischen Stichprobe ($n = 293$) mit zwei EKT-Versuchsgruppen (einfache vs. doppelte Trainingszeit) und einer Kontrollgruppe erhoben. Für die Erfassung von emotionalen Fähigkeiten wurden drei verschiedene psychometrische Messinstrumente für EI bzw. ER eingesetzt. Ein wichtiger vorbereitender Bestandteil der vorliegenden Studie war in diesem Zusammenhang die Übersetzung der *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* (SREIS) ins Deutsche, um diese Skala als SREIS-D (vgl. Anhang A) nutzen zu können.

Im Ergebnis zeigte sich am Ende der stationären Behandlung, dass die emotionalen Fähigkeiten aller Teilnehmenden – auch die der Kontrollgruppe - zugenommen hatten. Auch nach einem Jahr war diese Steigerung noch existent. Nur die EKT-Versuchsgruppe mit doppelter Trainingsdosis konnte darüber hinaus die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung signifikant verbessern und zeigte noch ein Jahr nach der Behandlung einzelne Hinweise auf eine protektive Wirkung bezüglich depressiver Rezidivsymptomatik. Zudem besteht ein Hinweis, dass das EKT Achtsamkeit gegenüber Gefühlen anderer fördert.

Als Nebenergebnis zeigte sich eine unterschiedliche Prädiktionsstärke von EI/ER-Maßen für zukünftige depressive Symptomatik in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt. Diese Ergebnisse bestätigen insgesamt die hohe Relevanz von emotionalen Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext.

Weitere Forschung in diesem Feld ist folglich sinnvoll und notwendig, um weitergehende Fragen zur Verbindung zwischen dem Training emotionaler Fähigkeiten und psychischer Gesundheit zu untersuchen.

Abstract

Emotional Intelligence (EI) and Emotion Regulation (ER) can be trained and high levels of EI and ER are significantly correlated with better mental health. The aim of this study is to evaluate the effectiveness of a psychodynamic Emotional Literacy Training (ELT) based on transactional analysis in a clinical psychosomatic inpatient treatment to answer the major research questions whether ELT increases emotional abilities and shows additional effects in treatment and prevention of depression.

Data were collected from a clinical sample ($n = 293$) with two ELT experimental groups (standard vs. double training amount) and one control group using a longitudinal design over three measurement points including one-year follow-up. For the assessment of EI and ER respectively three different measures were applied. In this context a preliminary work for this study was the translation of the *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* (SREIS) into the German-language version SREIS-D (see appendix A).

The first finding was that the regular inpatient treatment itself increased levels of EI and ER in all patients – including the control group - stable for one year. Special ELT effects of the experimental group with double training amount were higher treatment satisfaction and lower depression scores after one year which indicates that ELT might be a protective factor against recurrence of depression. As a further result ELT enhanced attentiveness to feelings of others.

An interesting additional outcome was the different explanatory power of EI/ER measures for the prediction of future depression in dependence on the measuring time point (beginning vs. end of inpatient treatment). Overall, this study demonstrates high relevance of training emotional abilities in clinical inpatient treatment.

Since there are still just a few studies in this field available more research is necessary to clarify further aspects in the relation of emotional ability training and mental health.

1 Einleitung

In der psychosomatischen Klinik Bad Grönenbach wurde seit mehreren Jahren in der stationären Rehabehandlung ein psychodynamisches Emotionale Kompetenz Training (EKT), basierend auf theoretischen Konzepten der Transaktionsanalyse, im Gruppensetting eingesetzt. Von Seiten der teilnehmenden Patientinnen und Patienten gab es meist sehr positive Rückmeldungen zum EKT. Allerdings wurde es bisher noch nicht wissenschaftlich evaluiert. Deshalb steht die Evaluation des EKT im Zentrum der vorliegenden Arbeit. Nachdem Emotionale Intelligenz (EI) mit Training gesteigert werden kann und sich hohe EI nachweislich positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt, werden die Kernfragen verfolgt, ob auch das EKT emotionale Fähigkeiten steigern kann, ob es hinsichtlich der Behandlung von Depression zusätzlich wirksam ist und ggf. sogar eine Prophylaxe für depressive Krankheitsrezidive darstellt.

Zur Untersuchung dieser Fragen ist die vorliegende Arbeit wie folgt aufgebaut:

- Im theoretischen Teil werden relevante begriffliche Eingrenzungen vorgenommen, der Forschungsstand dargestellt, die konzeptionellen Grundlagen erläutert und die Forschungsfragen abgeleitet.
- Der Methoden- und Ergebnisteil beschreibt die Durchführung der Evaluation, die Stichproben, Interventionen, Erhebungsinstrumente und Auswertungen. Die Ergebnisse werden getrennt nach vorbereitenden Analysen und den Hypothesentests vorgestellt. Als exploratorisches Nebenergebnis wird die Prädiktionsstärke von EI-/ER-Maßen berichtet.
- In einem weiteren exploratorischen Evaluationsteil werden der Zusammenhang zwischen EKT und Patientenzufriedenheit, spezielle Aspekte des EKT und ein Fremdrating durch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten untersucht.

Im Diskussionsteil werden alle Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert. Zudem erfolgt eine Auseinandersetzung mit Stärken und Limitationen der vorliegenden Studie. Abschließend folgen Implikationen für die klinische Praxis und Forschung.

2 Theorie und Forschungsstand

Der theoretische Teil der vorliegenden Studie beginnt unter Punkt 2.1 vorbereitend mit begrifflichen Eingrenzungen der Konzepte Emotionale Intelligenz (EI), Emotionale Kompetenz (EK) und Emotionsregulation (ER), sowie der konkreten psychometrischen Erfassung.

Anschließend folgt mit Punkt 2.2 der Forschungsstand zu Trainings emotionaler Fähigkeiten im stationären Kontext, dem Zusammenhang von emotionalen Fähigkeiten mit psychischer Gesundheit und zu den Erkenntnissen über die Wirksamkeit von Trainings emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext. Das zu evaluierende Emotionale Kompetenz Training (EKT) nach Steiner (2003) wird zusammen mit den theoretischen Hintergründen unter Punkt 2.3 beschrieben. Die aus dem Forschungsstand abgeleiteten Hypothesen finden sich am Ende dieses Kapitels (vgl. Punkt 2.4).

2.1 Emotionale Intelligenz, Emotionale Kompetenz und Emotionsregulation

Die Begriffe Emotionale Intelligenz (EI), Emotionale Kompetenz (EK) und Emotionsregulation (ER) werden in der Forschung nicht immer einheitlich verwendet. Neben einer begrifflichen Eingrenzung wird im Folgenden die differenzielle psychometrische Erfassung von EI, EK und ER beschrieben.

2.1.1 Emotionale Intelligenz (EI)

Den Begriff Emotionale Intelligenz (EI) haben Salovey und Mayer (1990) mit einer Veröffentlichung als Rahmen für die Forschung über emotionsbezogene Fähigkeiten geprägt. EI wird als Fähigkeitskonstrukt mit einem Generalfaktor analog zum Intelligenzquotienten (IQ) verstanden. Von den Autoren wird ein hierarchisches Vier-Facetten-Modell der EI postuliert, von grundlegenden zu psychologisch höher integrierten Fähigkeiten (Mayer & Salovey, 1997):

- (a) Emotionswahrnehmung (Emotionen bei sich und anderen wahrnehmen),
- (b) Emotionsnutzung (Unterstützung von kognitiven Prozessen durch Emotionen),
- (c) Emotionswissen (emotionsbezogenes Wissen und Verstehen von komplexen Emotionen) und
- (d) Emotionsregulation (Emotionen bei sich und anderen regulieren).

In der Abbildung 1 ist das Modell schematisch dargestellt.

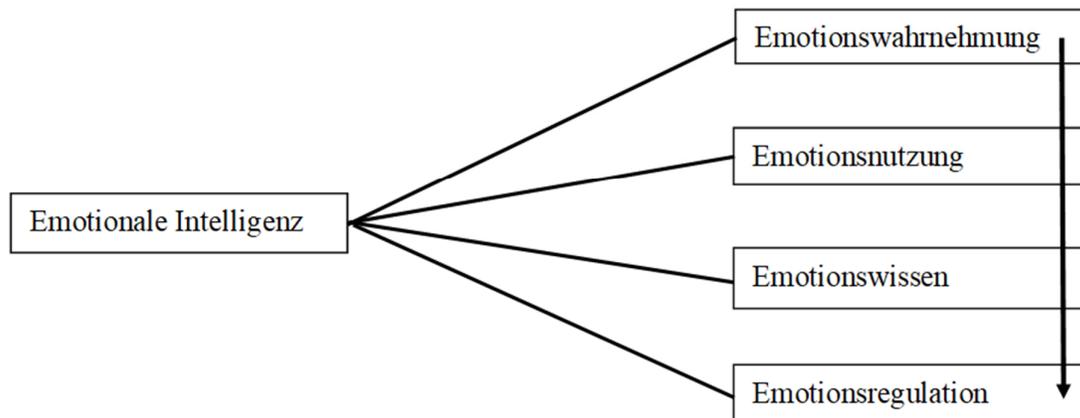


Abbildung 1. Vier-Facetten-Fähigkeitsmodell von Mayer und Salovey (1997) mit EI als Generalfaktor. Der Pfeil zeigt den hierarchischen Aufbau der vier Subfacetten an.

Neben dem Fähigkeitsmodell von Mayer und Salovey (1997) entwickelten verschiedene Forschergruppen weitere Ansätze, weil sie EI als emotionsbezogene Persönlichkeitseigenschaften mit emotionsassoziierten, sozialen und intellektuellen Kompetenzen fassten. Diese Konzepte lassen sich unter den Oberbegriffen *trait EI* (Petrides & Furnham, 2001) und sogenannte Mischmodelle kategorisieren. Der *trait EI*-Ansatz bezieht sich auf die nachfolgende Konstellation emotionsbezogener Selbstwahrnehmungen und Merkmale: Anpassungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Emotionsbewertung (bei sich und anderen), Emotionsausdruck, Emotionsmanagement (bei anderen), Emotionsregulation, Impulsivität, Beziehungsfähigkeit, Selbstachtung, Selbstmotivation, soziale Kompetenz, Stressmanagement, Empathie, Glück und Optimismus. Als Beispiel für Mischmodelle steht das Modell der Emotional-Social Intelligence (ESI) von Bar-On (2006). Es enthält 15 miteinander verbundene emotionale und soziale Kompetenzen die mit fünf übergeordneten Faktoren zusammengefasst werden können: (1) intrapersonal, (2) interpersonal, (3) Stressmanagement, (4) Anpassungsfähigkeit und (5) allgemeine Stimmung. Innerhalb dieser persönlichkeitsbezogenen Mischansätze besteht jedoch eine große Heterogenität, weshalb vergleichende Forschungen nur schwer möglich sind. Wie bei Schütz und Koydemir (2018) ausgeführt, gibt es zudem Hinweise, dass Testscores dieser Ansätze hoch mit allgemeinen Persönlichkeitsfaktoren korrelieren (Pérez-González & Sanchez-Ruiz, 2014) und, dass eine hohe Überschneidung mit anderen, bereits bekannten Konstrukten besteht (Joseph et al., 2015). Um diese Nachteile zu vermeiden basiert die EI-Definition in der vorliegenden Arbeit auf dem weithin akzeptierten Vier-Facetten-

Fähigkeitsmodell. Obwohl auch dieses Modell in der Vergangenheit kritisiert wurde (z. B. von Fiori, 2009), sind sich doch die meisten Forscher einig, dass EI konzeptionell als Fähigkeit einzustufen ist.

2.1.2 Emotionale Kompetenz (EK)

Nach Salisch (2002) besteht emotionale Kompetenz (EK) aus vier wesentlichen Merkmalen: (1) Bewusstheit für eigene Gefühle, (2) Empathie mit anderen Menschen, (3) Umgang mit den eigenen Emotionen und (4) die befriedigende Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen. Mit dieser Begriffsbestimmung ist EK als Fähigkeit zu verstehen und damit vergleichbar mit dem EI-Begriff. Ein Unterschied besteht lediglich darin, dass bei EK eine Überlappung zur sozialen Kompetenz besteht, weil Beziehungsgestaltung mit inbegriffen ist.

Steiner (2003) versteht Emotional Literacy (deutsche Übersetzung: Emotionale Kompetenz) ebenfalls als Fähigkeit, denn: „Being emotionally literate means that you know what emotions you and others have, how strong they are, and what causes them. Being emotionally literate means that you know how to manage your emotions because you understand them” (ders.: S. 23). Eine emotional kompetente Person benötigt demnach die Fähigkeit, Emotionen wahrzunehmen, sie zu verstehen und zu regulieren, um sie nutzen zu können. Zusätzlich versteht Steiner unter seiner begrifflichen Eingrenzung von EK eine Fähigkeit, die über die reine EI hinausgeht: „Briefly ... emotional literacy is emotional intelligence from the heart“ (ders.: S. 32). EK ist seinem Verständnis nach also EI, die „von Herzen“ kommt (vgl. Abbildung 2). Damit meint er den Einbezug von Liebe in Form von kooperativer und liebevoller Beziehungsgestaltung, weil er reine EI ohne Liebe und ethische Prinzipien als nicht zielführend ansieht.

Nach Steiner (2003) kann EI ohne Liebe und ethische Prinzipien genutzt werden, um andere Menschen zugunsten eigener Interessen zu nutzen bzw. zu benutzen. Emotionen können z. B. in der Werbung oder Politik manipulativ eingesetzt werden, um ihre Empfänger zu beeinflussen. Praktisch jede Person kann ihre emotionalen Fähigkeiten nutzen, um andere zu manipulieren oder zu kontrollieren. EI kann damit auch missbräuchlich zum Schaden anderer einsetzen werden. Côté et al. (2011) sprechen beispielsweise davon, dass die Fähigkeit zur Emotionsregulation sowohl prosoziales, als auch antisoziales Verhalten motiviert. Konrath et al. (2014) bestätigen, dass die Fähigkeit Emotionen zu erkennen auch mit unerwünschten

Charaktereigenschaften verbunden ist. Insofern ist der Gedanke von Steiner nachvollziehbar, EI ohne ethische Prinzipien dann als nicht ausreichend zu betrachten, nachvollziehbar, wenn EI neben der Selbsteffizienz und eigenen Lebensqualität auch die von anderen Menschen, mit denen wir interagieren, steigern soll. EK soll Beziehungen verbessern, liebevolle Momente zwischen Menschen schaffen, Kooperation ermöglichen und das Gefühl von Gemeinschaft fördern. Auf neurobiologischer Ebene entspricht das der Sicht von Bauer (2007), der beschreibt, dass es der Kern aller menschlicher Motivation ist, zwischenmenschliche Zuwendung, Anerkennung, Wertschätzung und erst recht Liebe zu finden bzw. zu geben. Nach Bauer (2007) ist gute soziale Verbundenheit zudem eine der wichtigsten Voraussetzungen für den Erhalt der psychischen und auch der biologischen Gesundheit. Somit sind emotionale Fähigkeiten, die das Leben von Menschen dauerhaft verbessern, Fähigkeiten, die Liebe in den Mittelpunkt stellen. Obwohl jeder die Wichtigkeit von Liebe anerkennt, wird von Steiner bemängelt, dass sie doch selten detailliert von Experten auf diesem Gebiet diskutiert wird.

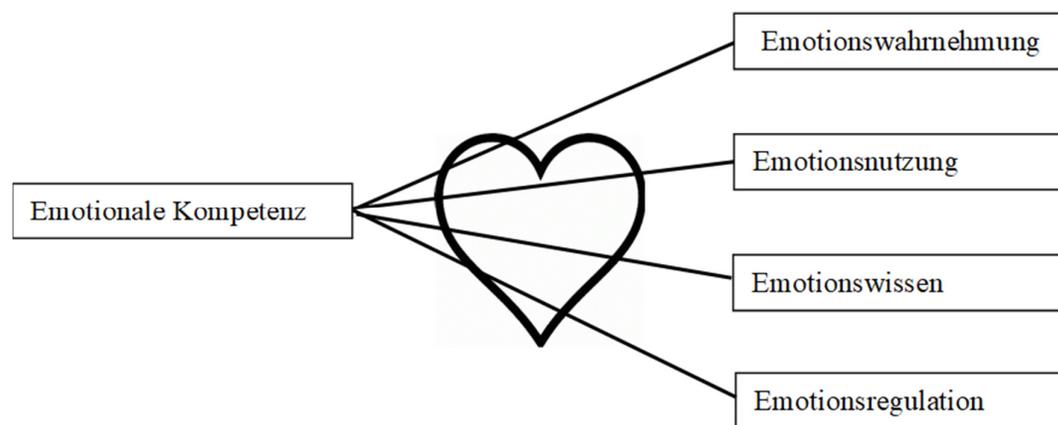


Abbildung 2. Emotionale Kompetenz nach Steiner entspricht EI nach dem Vier-Facetten-Fähigkeitsmodell mit der Erweiterung, dass sie „von Herzen“ kommt, womit der Einbezug von Liebe in Form von kooperativer und liebevoller Beziehungsgestaltung gemeint ist.

2.1.3 Emotionsregulation (ER)

Im Unterschied zur vierten EI-Facette der Emotionsregulation (vgl. 2.1.1), die individuelle Unterschiede in der Emotionsregulation im Blick hat, gibt es eine andere Forschungslinie, welche sich auf Prozesse konzentriert, die es Personen ermöglichen zu beeinflussen, welche Emotionen sie haben, wann sie diese haben, wie sie diese erleben und wie sie diese ausdrücken (Peña-Sarrionandia et al., 2015). Als Rahmen für diesen zweiten Strang der Forschung zur

Emotionsregulation wird oft das in Abbildung 3 dargestellte Prozessmodell nach Gross (1998; 2014) genannt und verwendet. Es beschreibt fünf Arten, über die Personen ihre Emotionen regulieren können: Situationsauswahl (Situation Selection), Situationsveränderung (Situation Modification), Aufmerksamkeitslenkung (Attentional Deployment), Kognitive Umbewertung (Cognitive Change) und Reaktionsveränderung (Response Modulation). Diese fünf Arten der Emotionsregulation unterscheiden sich hinsichtlich des konkreten Punkts der Emotionserzeugung, an dem sie ihre primäre Wirkung haben. Die Reihenfolge von links nach rechts stellt den zeitlichen Ablauf dar. Eine bestimmte Situation wird ausgewählt, modifiziert, beachtet, bewertet und ergibt eine bestimmte emotionale Reaktion. Da die Erzeugung von Emotionen ein iterativer Prozess ist, wird diese Dynamik in Abbildung 3 durch einen Rückkopplungspfeil dargestellt.

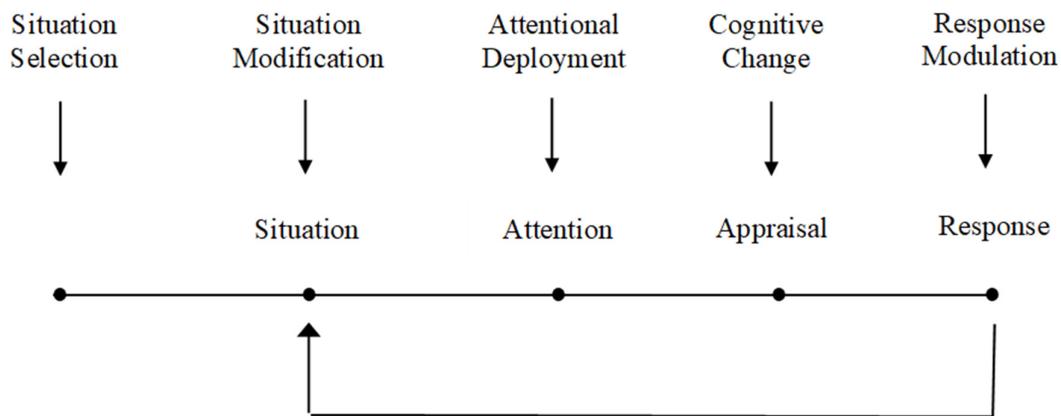


Abbildung 3. Das Prozessmodell der Emotionsregulation nach Gross (1998; 2014).

In Abhängigkeit davon wie Personen ihre Emotionen auf dem Hintergrund des Prozessmodells regulieren, ergeben sich unterschiedliche Emotionsregulationsstile von denen besonders die Unterdrückung (Suppression) und Neubewertung gut untersucht sind. Unterdrückung ist eine verhaltensorientierte Strategie, bei der eine Person versucht ihren Emotionsausdruck zu reduzieren. Neubewertung ist dagegen eine kognitive Strategie, mit der eine Person mithilfe des Denkens ihre Emotionslage ändert. Beide Stile haben unterschiedliche Konsequenzen für das emotionale Erleben und das Verhalten, sowohl kurz- als auch langfristig (Gross, 2014).

Im deutschsprachigen Raum wurde das Modell der adaptiven Emotionsregulation von Berking (2010) entwickelt, in dem eine effektive Emotionsregulation als ein situationsangemessenes Zusammenwirken unterschiedlicher emotionaler Fähigkeiten betrachtet wird. Im Fokus dieser Betrachtung stehen vorrangig klinische Populationen und Risikogruppen mit Defiziten in der Emotionsregulation.

2.1.4 Verwendung der Begriffe EI, EK und ER

Der Begriff EI wird in der vorliegenden Studie für das EI-Fähigkeitsmodell nach Mayer und Salovey (1997) verwendet. Falls EI im Zusammenhang mit dem trait EI-Ansatz oder EI-Mischmodellen steht, wird dieser Bezug jeweils benannt.

Mit EK findet in der vorliegenden Studie der aus dem Englischen übersetzte Begriff Emotional Literacy nach Steiner (2003) Anwendung, wenn das Konzept „EI mit Herz“ gemeint ist (vgl. Punkt 2.1.2). Wenn dagegen emotionale Kompetenzen im Allgemeinen zum Ausdruck kommen sollen, ist von emotionalen Fähigkeiten die Rede.

ER auf Prozessebene ist gemäß der Eingrenzung im Punkt 2.1.3 in der vorliegenden Arbeit von Bedeutung, weil zur Evaluation des EKT auch ein Instrument zur Erfassung damit verbundener Emotionsregulationsstile eingesetzt wird. Insofern wird ER in der vorliegenden Arbeit primär als Begriff für Emotionsregulation auf Prozessebene verwendet. Wenn mit ER hingegen die vierte EI-Facette nach dem Fähigkeitsmodell bezeichnet werden soll, dann wird dies explizit so benannt.

2.1.5 Psychometrische Erfassung von EI, EK und ER

Für die Messung emotionaler Fähigkeiten stehen mittlerweile viele verschiedene Instrumente zur Verfügung. Allerdings gilt es zu differenzieren nach welchem theoretischen Ansatz diese konzipiert sind. Zusätzlich muss die Testart berücksichtigt werden: Leistungstests dienen analog zu Intelligenztests der objektiven Erfassung des Merkmals EI, während Selbstberichtsmaße die subjektive Selbsteinschätzung widerspiegeln. Im Vergleich zu Selbstberichtsinstrumenten bieten Leistungstests den Vorteil, dass sie unabhängiger von Persönlichkeitsmerkmalen (Webb et al., 2013) und weniger anfällig für Ergebnisverzerrungen durch subjektive Selbsteinschätzung sind (Schütz & Marcus, 2004). Schütz und Koydemir (2018) nehmen eine Einteilung von EI-Erfassungsinstrumenten vor, die sie nach ihrer

theoretischen Konzeption und der Testart in drei Kategorien differenzieren: (1) EI als Fähigkeit mit einem Leistungstest erfasst, (2) EI als Fähigkeit mit einem Selbstbericht erfasst sowie (3) EI-Mischmodelle und trait EI ebenfalls mit einer Selbstberichts-messung. Des Weiteren besteht noch die Option der Erfassung von EI über Fremdbeobachtung. Parallel dazu wird in der vorliegenden Arbeit auch ER auf Prozessebene psychometrisch erfasst. Im Folgenden werden konkrete Erfassungsmöglichkeiten für die jeweiligen Kategorien vorgestellt.

EI als Fähigkeit mit Leistungstest gemessen

Idealerweise kann für die Erfassung von EI als Fähigkeit ein Leistungstest eingesetzt werden der alle vier EI-Facetten misst. Dazu steht als bekannter Leistungstest der *Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz* (MSCEIT™; Mayer et al., 2003) zur Verfügung. Eine deutsche Version des MSCEIT™ gibt es seit 2011 (Steinmayr et al.). Der Test besteht aus insgesamt 141 Items und jede der vier EI-Facetten wird dabei durch zwei Aufgabenblöcke erfasst. Die emotionsbezogenen Aufgaben bestehen aus Bildern, Situationsbeschreibungen sowie Sätzen zum Vervollständigen und werden mit einem fünfstufigen Antwortformat oder einem Multiple-Choice-Verfahren beantwortet. Mittels der Konsensus- und/oder Experten-ratingmethode erfolgt die computergestützte Auswertung des Tests.

Daneben stehen weitere valide Tests zur Erfassung von EI nach dem Fähigkeitsmodell zur Verfügung, wie z.B. der *Situational Test of Emotion Management* (STEM) und der *Situational Test of Emotional Understanding* (STEU) von MacCann und Roberts (2008). Diese beiden und andere Tests haben im Vergleich zum MSCEIT allerdings den Nachteil, dass sie nicht alle vier Facetten des Fähigkeitsmodells erfassen und wesentlich seltener eingesetzt wurden.

EI als Fähigkeit gemessen mit Selbstbericht

Für die Erfassung von EI als Fähigkeit mit Hilfe eines Selbstberichtverfahrens wurde in vielen Studien die *Wong and Law Emotional Intelligence Scale* (WLEIS; Wong & Law, 2002) eingesetzt. Bei der Entwicklung der WLEIS orientierten sich Wong und Law am Fähigkeitsmodell der EI, jedoch ohne die Facette Emotionswissen konkret zu erfassen. In der Anwendung ist die WLEIS mit nur 16 Items sehr zeitökonomisch und daher gut einsetzbar.

Inhaltlich werden bei der Bearbeitung emotionsbezogene Aussagesätze mit einer siebenstufigen Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt vollkommen“ beurteilt. Von Hertel (2007)

wurde eine Übersetzung der WLEIS in die deutsche Sprache vorgenommen sowie eine teststatistische Überprüfung dieser Version.

Um alle vier Facetten des EI-Fähigkeitsmodells zu erfassen, entwickelten Brackett et al. (2006) die *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* (SREIS). Inhaltlich wurde darauf geachtet, dass sich die SREIS möglichst genau an den vier EI-Facetten des MSCEIT orientiert. Insgesamt ergaben sich dadurch 19 Items mit emotionsbezogenen Aussagen, die zur Erfassung der vier EI-Facetten dienen und mit einem fünfstufigen Antwortformat eingestuft werden. Zur Auswertung wird ein Score aus den Werten der Itemantworten gebildet. Wie der MSCEIT als Leistungstest ist die SREIS als Selbstberichtsinstrument ebenfalls das einzige Testinstrument, das EI als Fähigkeit in allen vier Facetten erfasst. Bezüglich der SREIS besteht allerdings der Nachteil, dass bisher keine deutsche Version vorliegt. Aus diesem Grund wurde die SREIS für die nachfolgende Evaluation ins Deutsche übersetzt und anhand von zwei Stichproben teststatistisch überprüft (Vöhringer et al., 2020; vgl. Anhang A).

EI-Mischmodelle, EK und trait EI gemessen mit Selbstbericht

Für die psychometrische Erfassung dieser EI-Konstrukte dienen verschiedene Selbstberichts-instrumente, die jedoch entsprechend der zugrunde liegenden theoretischen Konzepte heterogen aufgebaut sind und damit teilweise sehr unterschiedliche Sachverhalte erfassen. Deshalb ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse deutlich eingeschränkt.

Als Beispiel für die Messung von trait EI steht der *Trait Emotional Intelligence Questionnaire* (TEIQue; Petrides, 2009) in Selbstberichtsform zur Verfügung. Eine validierte deutsche Version davon existiert seit 2008 (Freudenthaler et al.). Der TEIQue besteht aus 153 Items und misst mit einem globalen trait EI-Wert die vier Faktoren Emotionalität, Selbstkontrolle, Geselligkeit und Wohlbefinden sowie die unter Punkt 2.1.1 aufgeführten 15 Merkmale. Alle Items werden anhand einer 7-stufigen Likert-Skala eingeschätzt.

Als Beispiel für die Operationalisierung des EI-Mischmodells kann der schon früh entwickelte und in der Vergangenheit häufig eingesetzte *Emotional Quotient Inventory* (EQ-i) von Bar-On (1997) genannt werden. Auf Basis dieses Tests entwickelte Bar-on (2006) sein ESI-Modell. Der EQ-i ist - ähnlich wie der TEIQue - ebenfalls ein Selbstberichtsmaß für emotional und sozial intelligentes Verhalten und besteht aus 133 Items mit 5-stufigem Antwortformat zur Auswertung über Scorebildung.

EK im Allgemeinen werden mit Selbstberichtinstrumenten entsprechend dem Einsatzzweck erfasst. Ein konkretes Erfassungsinstrument für das Konzept EK bzw. das EKT nach Steiner (2003) existiert bisher nicht.

EI gemessen mit Fremdbeobachtung

Als weitere Möglichkeit zur Erfassung von EI kann die Fremdbeobachtung eingesetzt werden. Dazu geben Personen aus dem Umfeld einer Person ihre Einschätzung zu deren emotionalen Fähigkeiten ab. Allerdings wurden bisher nur in wenigen Studien solche Instrumente zur Fremdbeobachtung eingesetzt (Schütz & Koydemir, 2018). Eine Studie von Elfenbein et al. (2015) berichtet wichtige Ergebnisse zur Fremdbeobachtung von EI: Zwischen Fremdbeurteilern bestehen signifikante Übereinstimmungen hinsichtlich der Einschätzung der emotionalen Fähigkeiten einer Person, es bestehen moderate Zusammenhänge zwischen Fremdbeurteilung und Selbsteinschätzung sowie eine geringe, aber konsistent diskriminante Validität bezüglich der vier EI-Facetten. Besonders hervorzuheben ist die größere prädiktive Validität der EI-Fremdbeobachtung im Vergleich zur EI, die mit Selbstberichten und Fähigkeitstests gemessen wurde.

Als Test zur Fremdbeobachtung wurde von Elfenbein et al. (2015) die WLEIS dahingehend umformuliert, dass bei allen 16 Items der Begriff „Ich“ durch den Vornamen der zu beurteilenden Person ersetzt wurde und „mich/mein“ durch „sie/er“ bzw. „seines/ihrer“. In einer Studie von Ivcevic und Eggers (2021) wurde die EI-Facette der Emotionsregulation in der Fremdbeobachtung mit nur einer Frage erfasst. Lehrer sollten bezüglich ihrer Schüler einschätzen, ob sie gute oder schlechte Emotionsregulation im Klassenzimmer zeigen. Mit dieser Form von Fremdbeobachtung war die Prädiktion von Beziehungsqualität und Schulleistung unabhängig von den Big Five und vom Geschlecht möglich. Die Autoren der Arbeit geben als Einschränkung jedoch an, dass die Fremdbeobachtung der EI-Facette Emotionsregulation idealerweise mit mehreren Items erfasst werden sollte.

ER auf Prozessebene gemessen mit Selbstbericht

ER mit Fokus auf die Prozessebene (vgl. Punkt 2.1.3) wird in der überwiegenden Mehrheit aller Studien über standardisierte Selbstberichtinventare erfasst (Heber et al., 2014). Als bewährtes Messinstrument kann dafür der *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross & John, 2003) eingesetzt werden. Dieser Selbstberichtsfragebogen beruht auf dem Prozessmodell der

Emotionsregulation nach Gross (1998) und besteht aus insgesamt 10 Items mit den zwei Unterskalen *Neubewertung* und *Unterdrückung*. Von Abler und Kessler gibt es seit 2009 eine deutschsprachige Übersetzung des ERQ.

Auf Basis der beschriebenen Hintergründe zur Konzeption und Erfassung von EI, ER bzw. EK wurde für die vorliegende Studie entschieden, dass EI als Fähigkeit sowohl mit einem Fähigkeitstest, als auch mit einem Selbstberichtinstrument gemessen wird, um die Validität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Aus dem gleichen Grund wurde deshalb auf den Einsatz eines Instruments für die Erfassung von trait EI oder EI-Mischmodellen verzichtet. Dagegen fand Fremdbeobachtung in der vorliegenden Studie ergänzend Anwendung, weil auch diese Methode wichtige Ergebnisse liefern kann. Nachdem bei einer klinischen Population neben EI auch Emotionsregulationsstrategien relevant sind (vgl. Punkte 2.2.2 und 2.2.3), wurde aus diesem Bereich mit dem ERQ zusätzlich ein etabliertes Instrument ausgewählt.

2.2 Training emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext

Dieser Abschnitt bietet einen Überblick über den Forschungsstand im Bereich der stationären klinischen Behandlung zur Relevanz von Training emotionaler Fähigkeiten, dem Zusammenhang zwischen emotionalen Fähigkeiten und psychischen Erkrankungen sowie zu bereits angewendeten Trainings emotionaler Fähigkeiten.

2.2.1 Notwendigkeit von Training emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext

Geringe EI-Werte sind mit schlechterer körperlicher, psychosomatischer und psychischer Gesundheit verbunden sind. Eine Metaanalyse zur Verbindung von EI und Gesundheit von Schutte et al. (2007) mit 7898 Probanden ergibt durchschnittliche Zusammenhänge von EI mit somatischer Gesundheit von $r = .22$, mit psychischer Gesundheit von $r = .29$ und mit psychosomatischer Gesundheit von $r = .31$. In einer weiteren metaanalytischen Arbeit von Martins et al. (2010) wird dieser Zusammenhang zwischen EI und Gesundheit bestätigt. Unter 19815 Teilnehmenden zeigt die durchschnittliche Verbindung von EI mit körperlicher Gesundheit mit einem Wert von $r = .27$, mit psychischer Gesundheit von $r = .36$ und mit psychosomatischer Gesundheit von $r = .33$. Beachtet werden muss dabei, dass der Prädiktionwert von Gesundheit mit EI anhand von Fähigkeitstests nach dem Fähigkeitsmodell der EI bei $r = .17$ liegt, während er bei Selbstberichtinstrumenten nach dem trait EI-Ansatz bzw.

EI-Mischmodellen $r = .34$ beträgt. Aus dieser Metaanalyse wird gefolgert, dass die Ergebnisse für die Behauptung eines Zusammenhangs zwischen EI und Gesundheit ausreichend und stabil sind. Damit ist EI ein Prädiktor für Gesundheit und im Besonderen für psychische Gesundheit.

Indirekt wird mit diesen Studien die hohe Relevanz von EI für psychische Gesundheit belegt, woraus sich theoretische und praktische Implikationen für die stationäre, klinische Behandlung ergeben, um emotionale Fähigkeiten zu steigern bzw. zu trainieren. Allerdings gibt es trotz der hohen Relevanz von EI für die psychische Gesundheit bisher nur wenige Forschungsergebnisse zu EI im stationären klinischen Kontext, obwohl das Konstrukt EI in den letzten 30 Jahren intensiv beforscht wurde. Parker berichtet 2005, dass es praktisch keine klinische Forschung unter Verwendung des EI-Konstruktes gibt. Auch der oben in den beiden Metaanalysen (Martins et al., 2010; Schutte et al., 2007) festgestellte Zusammenhang zwischen EI und psychischer Gesundheit beruht beinahe ausschließlich auf Ergebnissen mit nicht-klinischen Stichproben wie z. B. Studenten. Deshalb besteht dringender Forschungsbedarf zu EI im stationären klinischen Setting. Als Überblick über den bisherigen Forschungsstand dazu werden zunächst relevante Studienergebnisse mit klinischen Stichproben vorgestellt, die im stationären Kontext erhoben wurden (s. Kap. 2.2.2) und im Weiteren klinische EI-/ER-Trainings-evaluationen (s. Kap. 2.2.3).

2.2.2 Emotionale Fähigkeiten und psychische Gesundheit im stationären klinischen Kontext

Nachdem es bisher kaum Studien für den Zusammenhang zwischen emotionalen Fähigkeiten und psychischer Gesundheit bei Patientinnen und Patienten im stationären klinischen Setting gibt, können alle relevanten Studien für die vorliegende Arbeit mit ihren grundlegenden Erkenntnissen hier als Überblick vorgestellt werden. Für die Aussagekraft und Interpretation dieser Studien ist es wichtig zu unterscheiden, nach welcher theoretischen Konzeption und mit welchen Messverfahren die Zusammenhänge zwischen EI bzw. ER und psychischer Gesundheit erfasst wurden (vgl. Kap. 2.1). Aus diesem Grund werden die nachfolgend vorgestellten Studien wie folgt geclustert: (1) Orientierung am Vier-Facetten-Modell der EI, (2) EI-Mischmodelle mit trait EI und (3) ER.

Ergebnisse mit Orientierung am Vier-Facetten-Modell der EI

Hertel et al. (2009) untersuchten 85 stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten mit Depressionen, Substanzmissbrauch und Borderline Persönlichkeitsstörung. EI wurde dabei als

Fähigkeit mit einem Leistungstest erfasst. Im Ergebnis unterschieden sich diese Personen durch niedrigere EI-Werte von einer nicht-klinischen Kontrollgruppe. Besondere Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich bei den EI-Facetten *Emotionen verstehen* und *Emotionen regulieren*. Daraus lässt sich neben dem Befund, dass psychisch belastete Personen im stationären Kontext niedrigere EI-Werte aufweisen auch folgern, dass eine Betrachtung von Zusammenhängen auf der Ebene von EI-Facetten zu differenzierteren Ergebnissen kommt, als wenn nur EI-Gesamtscores betrachtet werden. Beblo et al. (2010) zeigten zusätzlich eine Relevanz, EI und ER kombiniert mit einem Leistungstest und einem Selbstberichtverfahren zu erfassen. In ihrer Studie wurde bei 19 Patientinnen und Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung EI als Fähigkeit mit Hilfe eines Leistungstests gemessen. Außerdem kam ein Intelligenztest zum Einsatz und ER wurde über Selbsteinschätzung mittels Fragebogens erhoben. Im Ergebnis zeigten sich im Leistungstest keine Beeinträchtigungen bei EI-Werten im Vergleich zu 20 nicht-klinischen Kontrollpersonen. Hinsichtlich der Intelligenz ergaben sich ebenfalls keine Unterschiede. Deutlich schlechtere Werte zeigten sich allerdings bei den selbstwahrgenommenen Fähigkeiten zur ER. Daraus leiten die Autoren die Vermutung ab, dass die emotionale Dysfunktion bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen eher ihre selbst wahrgenommenen ER-Verhaltensweisen beeinflusst, als ihre tatsächlichen EI-Fähigkeiten. Ein weiteres relevante Ergebnis zu EI im stationären klinischen Kontext wird in einer Studie von Downey et al. (2008) berichtet. Hier wurde eine gemischte Stichprobe aus 62 ambulanten und stationär aufgenommenen depressiven Patientinnen und Patienten sowie 39 Personen einer nicht-klinischen Stichprobe mittels EI-Selbstberichtverfahren untersucht. Dabei zeigte sich, dass es signifikante Korrelationen zwischen der Depressionsschwere und den selbst wahrgenommenen Fähigkeiten zur Emotionskontrolle bzw. -regulation gab. Die Autoren gehen deshalb davon aus, dass EI-Messinstrumente ggf. einen prädiktiven Wert bei der Früherkennung von Personen haben, die einem erhöhten Risiko zur Entwicklung von depressiven Erkrankungen unterliegen.

Ergebnisse für EI-Mischmodelle und trait EI

Für diesen Bereich konnte nur eine Studie von Hansenne und Bianchi (2009) identifiziert werden, die mit Patientinnen und Patienten im stationären klinischen Kontext durchgeführt wurde. Dazu wurde bei 54 stationär aufgenommenen depressiven Personen EI mit dem Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test (SSEIT; Schutte et al., 1998) bei der Aufnahme und

der Entlassung erfasst. Im Vergleich zu einer gematchten Kontrollgruppe mit 54 Personen wies die klinische Versuchsgruppe bei der Aufnahme signifikant geringere EI-Werte auf. Gegen Ende der klinischen Behandlung war zwischen Personen mit remittierter Depression und der Kontrollgruppe kein Unterschied mehr bei den EI-Werten feststellbar. Hansenne und Bianchi (2009) gehen deshalb davon aus, dass die Reduktion der EI durch Depression nur zustandsbedingt ist, ohne Beeinträchtigung der grundlegenden EI-Persönlichkeitseigenschaft bzw. Fähigkeit.

Ergebnisse mit Fokus auf ER

Im Bereich der adaptiven ER nach Berking (2010) liegen mehrere Arbeiten zum Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen im stationären klinischen Kontext vor, die nachfolgend aufgeführt werden. Berking et al. (2011) untersuchten bei 116 stationär aufgenommenen Personen mit Alkoholabhängigkeit den Prädiktionwert von ER (erfasst mit Selbstbericht) für Rezidive mit Alkoholkonsum. Dabei hatten Personen mit niedrigeren ER-Werten zu Behandlungsbeginn mehr Rückfälle bereits während der Behandlung, als solche mit höheren ER-Werten. Bei der Messung am Behandlungsende waren höhere ER-Werte ein Prädiktor für erfolgreiche Abstinenz noch drei Monate nach der Behandlung. Generell zeigten sich für Personen mit Alkoholabhängigkeit signifikant niedrigere ER-Werte im Vergleich zu einer nicht-klinischen Kontrollgruppe ($n = 385$). Noch geringere ER-Werte als Personen mit Alkoholabhängigkeit zeigte eine klinische Vergleichsgruppe ($n = 680$) mit diagnostizierter Depression vor der stationären Behandlung. Insofern besteht bei depressiven Erkrankungen ebenfalls ein Zusammenhang mit geringen emotionalen Fähigkeiten. Hierzu führten Ebert et al. (2017) eine Untersuchung mit 193 stationär aufgenommenen depressiven Patientinnen und Patienten durch. Erfasst wurden sowohl ein ER-Gesamtwert als auch emotionsspezifische ER-Fähigkeiten mit dem Selbstberichtverfahren Emotion Regulation Skills Questionnaire – Emotion-Specific (ERSQ-ES; Ebert et al., 2013). Als Ergebnis zeigte sich bei Behandlungsrespondern (Verbesserung der Depression durch die Behandlung), dass ein hoher ER-Gesamtwert gegen Ende der stationären Behandlung mit geringeren Depressionswerten noch drei Monate nach der Behandlung verbunden war. Für Non-Responder ohne signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik während der Behandlung gilt dies jedoch nicht. Bei den spezifischen ER-Fähigkeiten Konfrontationsbereitschaft und Akzeptanz unerwünschter Emotionen ergab sich dagegen für alle Teilnehmenden ein Zusammenhang

zwischen hohen spezifischen ER-Werten und geringerer depressiver Symptomatik noch 12 Monate nach der Behandlung. Ebert et al. (2017) leiten daraus eine protektive Wirkung von höheren ER-Fähigkeiten bezüglich depressiver Rezidive ab und sehen Therapiemodule zur Steigerung von ER bei der Depressionsbehandlung als hilfreich an, um die Behandlungserfolge von stationär durchgeführter kognitiver Verhaltenstherapie dauerhaft beizubehalten. Fehlinger et al. (2013) untersuchten zusätzlich den Prädiktionswert von emotionalen Fähigkeiten im Hinblick auf depressive Symptomatik. In einer Studie mit 124 stationär aufgenommenen depressiven Patientinnen und Patienten wurden dafür zu Behandlungsbeginn mittels strukturiertem klinischen Interview nach Stumpenhorst et al. (2011) fünf Fertigkeiten (Problemlösung, soziale Kompetenz, Stressbewältigung, Emotionsregulation, Entspannungsfähigkeit) und zwei selbstbezogene Facetten (Selbstwirksamkeit und Selbstwert) erfasst. Im Resultat zeigte sich nur die Fähigkeit zur adaptiven Emotionsregulation (Berking, 2010) als ein signifikanter Prädiktor. Höhere ER-Werte zu Behandlungsbeginn sagten geringere depressive Symptomatik zum Ende der stationären Behandlung voraus.

Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigen diese Studien zum Zusammenhang zwischen EI bzw. ER und psychischer Gesundheit, dass Personen mit psychischen Erkrankungen im stationären Kontext niedrigere Messwerte bei EI-/ER-Fähigkeiten im Vergleich zu nicht-klinischen Personen aufweisen. Die geringeren EI-/ER-Messwerte sind teilweise davon abhängig, welches Messinstrument (z. B. Selbstbericht vs. Leistungstest) eingesetzt wird und welche psychische Erkrankung in welcher Ausprägung (z. B. Depression mittelgradig vs. remittiert) vorliegt.

Es zeigt sich auch, dass die Betrachtung von Ergebnissen auf EI-Facettenebene bzw. auf der spezifischen ER-Emotionsebene in der Regel aufschlussreicher ist, als nur auf EI-/ER-Gesamtscoreebene. In den meisten der oben vorgestellten Untersuchungen wurden Patientengruppen mit depressiven Erkrankungen untersucht. Das ist deshalb praxisrelevant, weil bezüglich depressiver Symptomatik hohe Prävalenzwerte u. a. auch in Deutschland bestehen (Busch et al., 2013). Zudem gibt es hohe Rezidivraten nach vorausgegangenen depressiven Episoden und Personen mit Depressionen weisen oft eine schlechte psychische Gesundheit sowie psychosoziale Behinderungen auf (Hirschfeld, 2012). In diesem Zusammenhang eignen sich Messinstrumente für EI und ER als Prädiktor für depressive Symptomatik und können damit ggf. zur Früherkennung und Prävention v. a. bei

Risikopopulationen eingesetzt werden. Ggf. sind EI- und ER-Fähigkeiten auch besonders wichtig, um Rezidive bei depressiven Erkrankungen zu verhindern bzw. abzumildern. Diese vorläufigen Ergebnisse bestätigen die Wichtigkeit weiterer klinischer Forschung auf diesem Gebiet, zumal bisher insgesamt nur wenige Studien durchgeführt wurden. Auch müssen bereits berichtete Erkenntnisse durch weitere Studien bestätigt werden.

Aufgrund der hohen klinischen Relevanz des Zusammenhangs zwischen emotionalen Fähigkeiten und Depression wird diese Verbindung in der vorliegenden Arbeit untersucht. Konkret wird die Wirkung eines psychodynamischen EK-Trainings im stationären klinischen Kontext auf die Steigerung von EI-/ER-Fähigkeiten hin untersucht. Und es wird gefragt, ob damit eine (dauerhafte) Verbesserung von depressiver Symptomatik erreicht wird. Im nachfolgenden Kapitel werden Ergebnisse von bereits evaluierten Trainings emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext vorgestellt.

2.2.3 Evaluierte Trainings emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext

Nachdem unter den Punkten 2.2.1 und 2.2.2 deutlich geworden ist, dass hohe emotionale Fähigkeiten im klinischen Bereich eine besondere Relevanz für die somatische und psychische Gesundheit haben, ist es nachvollziehbar, dass versucht wurde, emotionale Fähigkeiten über geeignete Trainings zu steigern. Inzwischen wurde eine Vielzahl Trainings entwickelt, die Wirksamkeit bei der Steigerung von emotionalen Fähigkeiten (Geßler et al., 2020; Hodzic et al., 2018) nachweisen konnten.

Trainings emotionaler Fähigkeiten haben sich als effektiv z. B. bei der Steigerung emotionaler Fähigkeiten von Führungskräften (Geßler et al., 2019), bei der Wirksamkeit und Stressreduktion von Lehrern (Vesely et al., 2013) und bei der Verbesserung von sozialen Beziehungen und der Beschäftigungsfähigkeit (Nelis et al., 2011) erwiesen. Die Wirksamkeit von Training emotionaler Fähigkeiten konnte sogar auf neuronaler Ebene nachgewiesen werden. Hansenne et al. (2014) stellten in einer Trainingsgruppe eine verbesserte neuronale Effizienz fest, die sie auf das Training der emotionalen Fähigkeiten zurückführten. Ein systematischer Rückblick auf 46 Interventionsstudien mit verschiedenen EI-Trainings von Kotsou et al. (2019) bestätigt deren Effizienz. Allerdings ist in der Arbeit von Kotsou et al. (2019) lediglich eine Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit eines EI-Trainings bei stationär aufgenommenen Patienten enthalten. Folglich gibt es trotz der Wichtigkeit von emotionalen

Fähigkeiten für die psychische Gesundheit und der nachgewiesenen Wirksamkeit von Trainings emotionaler Fähigkeiten praktisch so gut wie keine verwertbaren Interventionsstudien im stationären klinischen Kontext. Daher folgt an dieser Stelle ein Überblick über die wenigen vorhandenen Studien. Die Gliederung der verfügbaren Studien erfolgt anhand der theoretischen Orientierung der Trainings (s. Kap. 2.2.2).

Trainingsintervention orientiert am Vier-Facetten-Modell der EI

Mühlberger und Renner (2016) führten eine Untersuchung mit 171 stationär aufgenommenen depressiven Patientinnen und Patienten durch, die randomisiert zu einer Versuchsgruppe mit einem verhaltenstherapeutischen EI-Training und einer Kontrollgruppe (TAU) zugeteilt wurden. Nach sechs Behandlungswochen ergab sich bei der Versuchsgruppe eine signifikante Steigerung der gemessenen EI-Werte, aber keine zusätzliche Verbesserung der depressiven Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe. Bei der Follow-up Untersuchung nach 12 Monaten bestand bei der Versuchsgruppe mit EI-Training keine höhere Selbsteinschätzung der EI mehr. Allerdings kam es hinsichtlich der depressiven Symptomatik bei der Versuchsgruppe nicht zu einer signifikanten Verschlechterung, wie dies bei der Kontrollgruppe der Fall war. Teilweise ergaben sich sogar Verbesserungen der depressiven Symptome. Damit besteht ein Hinweis auf eine protektive Wirkung des Trainings bezüglich depressiver Rezidivsymptomatik.

Trainingsintervention mit EI als Mischmodell

Jahangard et al. (2012) untersuchten 30 stationär aufgenommene Personen mit Borderline Persönlichkeitsstörung und Depression, die randomisiert hälftig in eine Versuchsgruppe und eine Kontrollgruppe aufgeteilt wurden. Das verhaltenstherapeutische Training nach dem ESI-Modell von Bar-On (2006) wurde mit 12 Einheiten je 45 Minuten bei der Versuchsgruppe durchgeführt. Zur Evaluation fand das EQ-i von Bar-On (1997) Anwendung. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte sich bei den Versuchspersonen nach vier Wochen als additiver Effekt zur regulären Klinikbehandlung eine signifikante Steigerung der EI-Werte und eine stärkere Abnahme der depressiven Symptomatik als bei der Kontrollgruppe.

Trainingsinterventionen mit Fokus auf ER

Im Bereich ER gibt es mehrere Evaluationen im stationären klinischen Kontext, die auf dem verhaltenstherapeutischen Training emotionaler Kompetenz (TEK) von Berking (2010)

beruhen. Berking et al. (2008) sehen Therapiemodule zur Steigerung von Fähigkeiten zur adaptiven Emotionsregulation (Berking, 2010) als ein wichtiges direktes Behandlungsziel bei psychischen Erkrankungen im stationären klinischen Kontext, weil damit die Effektivität psychotherapeutischer Interventionen verbessert werden kann. Die Steigerung der Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) durch zusätzliche Trainings der Emotionsregulation zeigte eine Folgestudie von Berking et al. (2013), bei der 432 stationär aufgenommene depressive Patientinnen und Patienten neben der Standardbehandlung mit KVT randomisiert einer Versuchsgruppe mit zusätzlichem ER-Training und einer Kontrollgruppe ohne Training zugewiesen wurden. Die Teilnehmenden in der Versuchsgruppe zeigten zum Ende der Behandlung eine signifikant stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik und eine höhere Zunahme bei den Emotionsregulationsfähigkeiten. Die gesteigerte Effektivität von KVT durch ER-Trainings bei der Depressionsbehandlung wurde mit weiteren Arbeiten z. B. von Radkovsky et al. (2014) oder Wirtz et al. (2014) zusätzlich bestätigt.

Bei den hier beschriebenen Arbeiten sind jedoch verschiedene Schwächen zu benennen, die die Generalisierbarkeit, die Vergleichbarkeit und damit insgesamt die Aussagekraft der Ergebnisse beschränken. Zunächst fehlt überwiegend die theoretische Orientierung am Vier-Facetten-Modell der EI bzw. es wurde kein Testverfahren verwendet, das alle vier Facetten der EI erfasst. Zudem wurden zur Erfassung von EI/ER überwiegend nur Selbstberichtverfahren angewendet. Geeignete Leistungstests orientiert am Vier-Facetten-Modell oder Fremdbeobachtungen wurden bei keiner der genannten Studien eingesetzt. Eine Follow-up Nachuntersuchung erfolgte nur bei einer Untersuchung von Mühlberger und Renner (2016). Diese und weitere Einschränkungen der Studien zu EI- bzw. ER-Trainings werden auch von Groves et al. (2008) sowie Hansenne et al. (2014) bemängelt. Zudem wurde bei keiner Untersuchung die Trainingsmenge systematisch variiert. Außerdem wurde noch kein psychodynamisches Training evaluiert.

Die in den benannten Arbeiten eingesetzten EI-/ER-Trainings beruhen ausschließlich auf verhaltenstherapeutisch aufgebauten Modulen. Mit der vorliegenden Arbeit werden diese Schwächen bzw. Forschungslücken wie folgt aufgegriffen:

Zur Steigerung emotionaler Fähigkeiten wird erstmals im Rahmen einer Evaluation ein psychodynamisches Training eingesetzt. Die Konzeption der Evaluation orientiert sich primär am Vier-Facetten-Fähigkeitsmodell der EI mit psychometrischer Erfassung sowohl über einen Leistungstest, als auch über ein Selbstberichtverfahren. Wegen der oben berichteten Relevanz

von ER im stationären klinischen Kontext wurde zusätzlich ein ER-Instrument für die Evaluation verwendet. Um Dosiseffekte des angewendeten Trainings zu prüfen, wurde die Trainingsmenge in den Versuchsgruppen variiert. Um Aussagen über eine mögliche langfristige Wirkung des EK-Trainings zu machen, wurde eine Follow-up Nachuntersuchung 12 Monate nach dem Ende der stationären Behandlung durchgeführt. Im folgenden Kapitel wird nun das zu evaluierende EKT nach Steiner (2003) mit Grundlagen und theoretischen Hintergründen beschrieben.

2.3 Emotionale Kompetenz Training (EKT) nach Steiner

Wie einleitend erwähnt steht die Evaluation des Emotionale Kompetenz Training (EKT) nach Steiner (2003) im Zentrum der vorliegenden Arbeit. In diesem Kapitel werden Ziel, intendierte Wirkweise, Aufbau, Durchführung und Wirkung des EKT beschrieben sowie die konzeptionellen Hintergründe dargestellt (s. Kap. 2.3.1 und 2.3.2). Falls nicht anders durch Referenzen angezeigt wird, sind in diesem Kapitel die nachfolgenden Informationen zum Aufbau und zur Durchführung des EKT aus dem Trainingskurzinfomanual von Oberdieck (2005) entnommen. Die Informationen zum Ziel, zur intendierten Wirkweise und zur Wirkung des EKT stammen aus dem Buch „Emotional Literacy – Intelligence with a Heart“ von Steiner (2003).

Ziel und intendierte Wirkweise

Das erklärte Ziel des EKT ist es, Menschen darin zu unterstützen kooperativ mit anderen zu sein. Sie sollen Emotionen empathisch und frei von Manipulation und Zwang nutzen können, um sich mit anderen zu verbinden und die kollektive Lebensqualität zu steigern. Aufgrund des Fokus auf konstruktive und befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen ist das EKT als Erweiterung zu „reinen“ EI-Trainings um die Emotion Liebe herum aufgebaut.

Um interpersonal effektiv zu sein, wird mit dem EKT intendiert, den Kontakt zu eigenen Gefühlen und deren Kraft (wieder) herzustellen. Mit dem EKT soll gelernt werden, Gefühle bei sich selbst und anderen wahrzunehmen, diese adäquat auszudrücken und zu erkennen, wie sie auf andere wirken. Empathie soll im Zuge des Trainings zunehmend entwickelt werden, und es soll gelernt werden, Verantwortung dafür zu übernehmen, wie sich eigene Gefühle auf andere auswirken. Man soll sozusagen ein Kenner der eigenen Gefühle und der Gefühlswelt anderer werden, mit dem Ergebnis, dass rationale Fähigkeiten Hand-in-Hand mit emotionalen

Fähigkeiten funktionieren. Diese wirken sich positiv auf alles aus, was im interpersonalen Kontext steht: Erziehung, Partnerschaft, Arbeit, Spielen, Lehren und Lieben. Steiner sieht das EKT folglich als eine hocheffektive Methode, um die Lebensqualität für sich und andere im eigenen Umfeld zu steigern. Steiner sieht also einen psychotherapeutischen Nutzen dieses Trainings.

Die Verbindung zwischen Emotionen und psychischen Erkrankungen liegt für Steiner darin, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen lebensgeschichtlich meist unter emotionalem Fehlverhalten anderer Menschen gelitten haben, wie z. B. Betrug, Gewalt, Missbrauch oder Vernachlässigung. In Reaktion auf solche emotionalen Traumata entwickeln sie fehlgeleitete Emotionen (z. B. übermäßige Ängste, unkontrollierte Gefühlsausbrüche) und emotionale Schutzschilder, die bis zu emotionaler Taubheit reichen. Dadurch sind Emotionen nicht mehr so hilfreich, wie sie es sein könnten. Sie schwächen die betroffenen Personen sogar und schließlich sind weitere schmerzhaft emotionale Erfahrungen vorprogrammiert. So führt etwa die Verstärkung des emotionalen Schutzschildes zum Verlust des Kontaktes zu den eigenen Gefühlen und zur Unfähigkeit, diese wahrzunehmen oder adäquat zu kontrollieren. Durch das EKT soll ein entgegengesetzter Prozess in Gang gebracht werden, der dabei helfen soll, emotionale Schutzschilder abzubauen sowie Emotionen spürbar und kontrollierbar zu machen. Das Ziel besteht darin, emotional und interpersonal effektiv zu werden.

Um die Emotion Liebe in den Mittelpunkt zu rücken, stellt das EKT einen Rahmen für offenen, ehrlichen und liebevollen zwischenmenschlichen Kontakt sowie emotionale Nähe her. In diesem Kontext können lehrreiche und korrigierende emotionale Erfahrungen gemacht werden, um sich seine emotionalen Fähigkeiten bewusst zu machen und zu erweitern. Zusätzlich wird über eine gezielte Verbesserung der Zuwendungsbilanz der bestehende Zuwendungsmangel (letztlich ein Mangel an erlebter Liebe) verringert, der u. a. direkt im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung Depression steht (Lewinsohn, 1974). Der konkrete Aufbau des Trainings besteht aus vertrauensbildenden Voraussetzungen und drei Hauptteilen.

Voraussetzungen

Damit Emotionen offen, ehrlich und möglichst angstfrei geäußert bzw. gezeigt werden können, bedarf es einer geschützten Atmosphäre, die durch einen kooperativen Vertrag hergestellt wird. Mittels dieses Vertrages erklären die Teilnehmer am EKT freiwillig, auf manipulative Machtspiele, Abwertungen und Lügen im Rahmen des Trainings zu verzichten. Dieser Vertrag

gewährleistet somit Sicherheit und bildet die Grundlage für alle drei Teile des Trainings. Je größer das Sicherheitsgefühl bei den Teilnehmenden ist, desto besser wird die Wahrnehmung feinerer Gefühle. Für weitere Sicherheit soll vor einer Äußerung gegenüber einer anderen Person um Erlaubnis gefragt werden, so dass mögliche Grenzüberschreitungen vermieden werden.

Teil 1: Herz öffnen

Im ersten Teil des EKT wird durch den interpersonalen Austausch von Zuwendung bzw. Anerkennung eine emotional positive Atmosphäre für den offenen Umgang mit und den Austausch von Gefühlen geschaffen. Damit wird den Teilnehmenden die eigene Zuwendungsbilanz (das Geben und Bekommen/Annehmen von Zuwendung bzw. Anerkennung) mit dem Ziel bewusst gemacht, die positive Wirkung von Zuwendung in zwischenmenschlichen Beziehungen wahrzunehmen, Zuwendungsmangel bei sich selbst zu erkennen und Mechanismen zu verstehen, die Zuwendungsmangel verursachen bzw. aufrechterhalten.

Wie im anschließenden Kapitel (2.3.1) mit den theoretischen Hintergründen genauer erklärt, kommt der Instanz des kritischen Eltern-ICHs, das im Sinne eines negativen Introjektes wirkt („Ich bin nicht O.K.“, „Du bist nicht O.K.“), eine zentrale Bedeutung für den Zuwendungsmangel zu. Die Wirkung dieses Introjektes bewirkt eine Verknappung von Zuwendung über gedanken- und verhaltenssteuernde Regeln wie etwa: „Gib keine Zuwendung/Anerkennung; frag nicht nach Zuwendung/Anerkennung; nimm keine Zuwendung/Anerkennung an; weise keine Zuwendung/Anerkennung zurück, auch wenn du sie nicht haben willst; gib dir selbst keine Zuwendung/Anerkennung“. Durch den bloßen Verstoß gegen diese Regeln ist eine Öffnung des Herzens möglich: „Gib Zuwendung/Anerkennung; frag nach Zuwendung/Anerkennung; nimm Zuwendung/Anerkennung an; weise Zuwendung/Anerkennung zurück, die du nicht haben willst; gib dir selbst Zuwendung/Anerkennung“. Im Training wird dadurch oft das kritische Eltern-ICH aktiviert und in seiner Wirkung erkannt. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, den Einfluss dieses negativen Introjektes zu verringern bzw. dauerhaft zu löschen, um eine Verbesserung der Zuwendungsbilanz zu erreichen.

Dieser erste Teil des EKT erzeugt bei den Teilnehmenden unter Beachtung der zum Schutz gedachten Voraussetzungen insgesamt positive emotionale Erfahrungen. Dadurch entsteht Vertrauen für weiteren emotionalen Austausch mit anderen.

Teil 2: Emotionale Landkarte entdecken

Der zweite Teil des EKT zielt darauf ab, dass Teilnehmende lernen Gefühle bei sich und anderen zu identifizieren und diese zu benennen. Zusätzlich wird die intuitive emotionale Wahrnehmung geschärft und verbessert. Durch die zunehmende emotionale Bewusstheit entwickelt sich im interpersonalen Kontext auch die Fähigkeit zur Empathie. Konkret benennt man in diesem zweiten Teil Gefühle, die durch eine Aktion des Gegenübers ausgelöst wurden, um die Verbindung vom Verhalten anderer zur eigenen emotionalen Reaktion herzustellen. Vom Gegenüber erfolgt die Akzeptanz dieser Benennung vor dem Hintergrund, dass die Emotion des anderen subjektiv wahr ist. So entsteht Verständnis dafür, welche Gefühle das eigene Verhalten bei anderen auslöst.

In diesem Teil des Trainings können dem Gegenüber aber auch Phantasien und Intuitionen benannt werden, die interpersonal ebenfalls von Bedeutung sind. Oft treffen diese mindestens in Teilaspekten zu und können geklärt werden, was zu vertrauensvolleren Beziehungen führt. Konkret wird dem Gegenüber dazu eine Phantasie oder Intuition über Gefühle, Gedanken oder Motive des anderen geäußert. Das Gegenüber hat dann die Aufgabe den wahren Anteil, das sogenannte „Körnchen Wahrheit“ an der Phantasie bzw. Intuition, rückzumelden. Durch diese Art von emotionalem Austausch entsteht zunehmend mehr Verständnis für die eigenen emotionalen Muster bzw. Motivationen, wie auch für die der anderen. Die Gesamtheit aller emotionalen Muster und Motivationen stellt die *emotionale Landkarte* einer Person dar.

Teil 3: Verantwortung übernehmen

Im dritten Teil des EKT wird Verantwortung in Beziehungen für den Umgang mit Gefühlen und Fehlverhalten wie Lügen, Machtspiele, Gewalt oder Grenzüberschreitungen übernommen. Denn selbst beim Versuch, emotional kompetent im Sinne der Trainingsvoraussetzungen und der ersten beiden Trainingsteile zu sein, ist es menschlich, Fehler zu machen. Für eine nachhaltig positive Beziehungsgestaltung ist es jedoch wichtig, begangene Fehler zu benennen und dafür um Entschuldigung zu bitten. Konkret wird dem Gegenüber das Fehlverhalten benannt, worauf dann die Entschuldigung bzw. die Bitte um Vergebung folgt. Das Gegenüber

hat die Aufgabe, die Offenlegung zu akzeptieren, die Entschuldigung anzuhören und die Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung der Entschuldigung zu treffen. Im Falle der Ablehnung sollte ggf. eine andere Formulierung oder eine Ergänzung verlangt werden.

Durchführung des EKT

Die praktische Durchführung des EKT ist zwar im Einzelsetting möglich. Es hat sich allerdings erwiesen, dass es für die Anwendung in Gruppen besonders geeignet ist, weil in der Gruppensituation neben dem Lernen durch eigene Interaktionen multiple Lernsituationen entstehen, z. B. durch Mitfühlen mit anderen oder Lernen am Modell (Bandura & Walters, 1963).

Vor dem eigentlichen Beginn des Trainings wird bei jeder Sitzung auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen und die Einwilligung zum *kooperativen Vertrag* als nötige Schutzvoraussetzung bei aktiv Teilnehmenden abgefragt. Eine festgelegte Reihenfolge der einzelnen Trainingsteile gibt es nicht, jedoch hilft der erste Teil (Herz öffnen), meist einen positiven emotionalen Raum zu schaffen, in dem auch problematischere Gefühlslagen geäußert werden können. Zum Kennenlernen des EKT ist es in Gruppen sinnvoll, die drei Teile des Trainings kurz zu erklären und einzeln einzuüben.

Auch wenn die einzelnen Teile des EKT auf den ersten Blick simpel wirken, ist die Anwendung des Trainings in der Praxis hoch komplex und sollte nur von zertifizierten Trainern durchgeführt werden, die sich bei der Durchführung ebenfalls im Sinne des *kooperativen Vertrags* daran halten, eine wohlwollend liebevolle Haltung einzunehmen und ihre eigenen Interaktionen entsprechend der drei Trainingsteilen zu gestalten.

Ausführlichere und weiterführende Informationen zum Aufbau und zur Durchführung des EKT finden sich im Trainingsmanual von Oberdieck (2005), in den Veröffentlichungen von Steiner (2003) und Michel et al. (2007) sowie auf der Website der DGEK e. V. (Deutsche Gesellschaft für Emotionale Kompetenz e. V., o.J.).

Wirkung des EKT

Das Zusammenwirken der Trainingsteile bewirkt bei den Teilnehmenden oft eine deutliche Veränderung ihrer emotionalen Bewusstheit, ihrer Haltung anderen gegenüber und ihrer interpersonalen Effektivität. Durch diese wenigen, aber präzisen transaktionalen Übungen kann

auch die Fähigkeit (wieder)erreicht bzw. gesteigert werden, Liebe zu geben und zu bekommen. Teilnehmende lernen ihre (wahren) eigenen Gefühle kennen, entwickeln Empathie, die von Herzen kommt, sie lernen ihre emotionalen Bedürfnisse einschließlich konstruktiver Konfliktlösungen zu befriedigen, ihre Emotionen zu kontrollieren sowie Verantwortung für den emotionalen Schaden durch eigene Fehler zu übernehmen und sich effektiv dafür zu entschuldigen.

Mündliche Rückmeldungen von Teilnehmenden und klinische Katamnesebefragungen bestätigten kontinuierlich die zum Teil sehr positive Wahrnehmung des EKT unter den Teilnehmenden sowie den Nutzen auch für die Zeit nach einer klinischen Behandlung. Beim Einsatz des EKT im Gruppensetting im Rahmen ambulanter psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung wurden 113 Personen schriftlich zu Aspekten des Trainings befragt. Davon schätzen 77,87 % die Bedeutsamkeit des EKT als hoch bzw. sehr hoch ein. 74,33 % waren vom EKT ziemlich bzw. sehr emotional berührt und 81,42 % konnten davon etwas in den Alltag übertragen (Gasche, 2010).

Das EK-Training hat sich damit in seiner praktischen Anwendung bewährt. Es gibt Hinweise auf die Bedeutsamkeit und die Wirksamkeit des Trainings. Eine wissenschaftlich fundierte Evaluation im klinischen Kontext wurde jedoch bisher nicht durchgeführt.

Durch seinen Aufbau und der zugrundeliegenden theoretischen Grundlagen sollte das EKT in der Lage sein, alle vier EI-Facetten (Emotionswahrnehmung, -nutzung, -wissen und -regulation) nach dem EI-Fähigkeitsmodell zu verbessern, weil alle EI-Facetten sowohl intra- als auch interpersonal intensiv geübt werden. In Tabelle 1 werden die Verbindungen der EKT-Teile mit den vier EI-Facetten im Überblick dargestellt.

Tabelle 1.

Zusammenhang zwischen den drei EKT-Teilen und den vier EI-Facetten des EI-Fähigkeitsmodells

EK-Trainingsteil	Beteiligte EI-Facetten
1. Trainingsteil: Herz öffnen => interpersonaler Austausch von Zuwendung/Anerkennung	1. Emotionswahrnehmung intra- und interpersonal: Bspw. Freude bei sich und einem Gegenüber wahrnehmen wenn man Zuwendung ausspricht 2. Emotionswissen intra- und interpersonal: Bspw. Komplexe Emotionen (z. B. Schamgefühl) verstehen die über den Austausch von Zuwendung entstehen 3. Emotionsregulation intra- und interpersonal: Bspw. positive Stimmung bei sich und anderen durch das Aussprechen von Zuwendung/Anerkennung erzeugen
2. Trainingsteil: Emotionale Landkarte => Gefühle intra- und interpersonal identifizieren und benennen	1. Emotionswahrnehmung intra- und interpersonal: Bspw. Beim Ausdruck von Gefühlen wahrnehmen wie man selbst und ein Gegenüber fühlt 2. Emotionsnutzung intrapersonal: Bspw. Emotionen nutzen und benennen um bestimmte Sachverhalte in Beziehungen auszudrücken 3. Emotionswissen intra- und interpersonal: Bspw. Entwicklung und Veränderung komplexer Emotionen bei sich und anderen verstehen 4. Emotionsregulation intrapersonal: Bspw. starke Emotionen aushalten und einem Gegenüber adäquat mit Worten zum Ausdruck bringen
3. Trainingsteil: Verantwortung übernehmen => Verantwortung für das Wirken eigener Gefühle im Kontakt zu andern übernehmen	1. Emotionswahrnehmung intra- und interpersonal: Bspw. Erkennen einer emotionalen Verletzung bei einem Gegenüber sowie das eigene emotionale Empfinden 2. Emotionsnutzung interpersonal: Bspw. eigene Emotionen nutzen um Beziehung mit einem Gegenüber zu klären 3. Emotionswissen intra- und interpersonal: Bspw. Eigene Gefühle und die eines Gegenübers verstehen wenn es eine emotionale Verletzung im Kontakt gab 4. Emotionsregulation intra- und interpersonal: Bspw. eigenes emotionales Empfinden und das eines Gegenübers durch eine Entschuldigung verändern

Zusätzlich zur Wirkung auf die vier EI-Facetten soll auch die Emotion Liebe aktiv gestärkt werden, um insgesamt dem Ziel „EI mit Herz“ näherzukommen. Dies wird über alle drei Trainingsteile hinweg angestrebt. Im ersten Teil werden vor allem das Geben und Annehmen von Zuwendung bzw. Anerkennung als freundlich liebevolle Interaktion aufgenommen. Der zweite Teil löst über den Aufbau von Empathie und Verständnis für andere, Gefühle von Nähe

und liebevoller Verbundenheit aus. Dieser Effekt wird auch über konstruktive Konfliktklärungen erreicht, die im Gegensatz zu (früheren) dysfunktionalen Erfahrungen stehen. Mit der Übernahme von Verantwortung für eigene Fehler mit emotionalen Auswirkungen im interpersonalen Kontakt entstehen im dritten Trainingsteil ähnliche Gefühle wie im zweiten Teil, teilweise mit der Erweiterung des Empfindens von Barmherzigkeit. Personen, die die Trainingstransaktionen konsequent und regelmäßig in allen Lebensbereichen anwenden, werden oft als besonders liebevoll und liebenswert von anderen wahrgenommen.

2.3.1 Transaktionsanalytische Konzepte des EKT

Das EKT wurde von Steiner (2003) auf Basis der Transaktionsanalyse nach Berne (1961) entwickelt. Nachfolgend werden daher die Hauptkonzepte der Transaktionsanalyse (TA), die im EKT Anwendung finden, mit der konkreten Verbindung zum Training, vorgestellt. Alle beteiligten Konzepte sind am Ende dieses Kapitels in Tabelle 4 als Überblick zusammengefasst dargestellt. Im EKT ist aber auch ein weiteres bedeutsames psychologisches Konzept wirksam, das ergänzend unter Punkt 2.3.2 dargelegt wird.

Beschreibung der TA

Zum Verständnis der TA und ihrer Konzepte ist eingehend zu sagen, dass es sich um eine leicht verständliche, aber hoch entwickelte psychologische Theorie über das Denken, Fühlen und Verhalten von Menschen handelt (Steiner et al., 2003). Nach Schlegel (1997) zeichnet sich die TA als psychotherapeutisches Verfahren vor allem durch eine kreative Verbindung kognitiver und analytisch, tiefenpsychologisch oder psychodynamisch orientierter Psychotherapie aus. Die TA ist nach Schlegel zudem beziehungs- und kommunikationsorientiert.

Mit der TA sollen Menschen lernen, ihre Persönlichkeit zu entwickeln, ihre Potentiale auszuschöpfen und effektiver zu kommunizieren, um ihre Kompetenzen im privaten und beruflichen Handeln zu erhöhen. Weil die TA das Individuum immer auch in einen Beziehungskontext stellt, wird sie häufig zur Analyse, Steuerung und Entwicklung von Gruppen bzw. sozialen Systemen eingesetzt (Deutscheschweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse [DSGTA], o.J.). In diesem Gesamtkontext der TA unterstützt das EKT nach Steiner (2003) jedes Individuum in seinen Fähigkeiten, Emotionen wahrzunehmen, zu nutzen, zu regulieren und sein Wissen über Emotionen zu vergrößern, um bewusster, positiver und effektiver in der eigenen Lebensführung sowie im sozialen Leben zu werden.

Schlüsselbegriffe der TA in Verbindung mit dem EKT

Von Berne werden vier Schlüsselbegriffe als nacheinander entstandene Pfeiler der TA hervorgehoben, die auch für das EKT von wesentlicher Bedeutung sind: *ICH-Zustand*, *Transaktion*, *Spiele* und *Skript* (Schlegel, 1997). Zum besseren Verständnis werden diese Begriffe im Zusammenhang mit dem EKT nachfolgend in einer geänderten Reihenfolge erläutert. Weiter werden die Konzepte *Verträge* und *Erlaubnis* sowie *Strokes* im Rahmen der *Stroke Ökonomie* (Steiner et al., 2003) beschrieben, die ebenfalls für das EKT relevant sind. Die Informationen der folgenden Punkte sind aus der vorgenannten Quelle von Steiner et al. (2003) entnommen.

Transaktion

Die Grundeinheit der TA ist die Transaktion, worunter eine Kommunikationseinheit verstanden wird, die sich aus zwei Teilen zusammensetzt: eine verbale oder averbale Anrede (Stimulus) und eine darauf bezogene verbale oder averbale Antwort (Reaktion). Die Reaktion ist zugleich eine neue Anrede, so dass eine fortlaufende Unterhaltung aus ineinander verketteten Transaktionen besteht. Menschliche Interaktionen bestehen somit generell aus Transaktionen und selbst eine Beziehung kann auf fortlaufende Transaktionen reduziert werden.

Zur Durchführung des EKT werden bei den Voraussetzungen für das Training und in allen drei Trainingsteilen spezifische Transaktionen konkret vorgegeben (vgl. Tabelle 2). Diese bilden das transaktionale Grundgerüst des Trainings.

Tabelle 2.

Vorgegebene Transaktionen in den Trainingsvoraussetzungen und den drei EKT-Teilen

EK-Trainingsvoraussetzungen/-teil	Vorgegebene Transaktionen
Trainingsvoraussetzungen	- Annahme oder Ablehnung des Kooperativen Vertrags - nach Erlaubnis fragen für eine Äußerung oder Rückmeldung
1. Trainingsteil: Herz öffnen => interpersonaler Austausch von Zuwendung/Anerkennung	- jemandem Zuwendung/Anerkennung geben - andere nach Zuwendung/Anerkennung fragen - Zuwendung/Anerkennung von anderen annehmen bzw. zurückweisen, wenn man sie nicht möchte - sich selbst Anerkennung aussprechen
2. Trainingsteil: Emotionale Landkarte => emotionale Muster bei sich und anderen entdecken	- Benennen eines Gefühls im Zusammenhang mit einer konkreten Aktion eines Gegenübers - verbale Gefühlsäußerung einer anderen Person akzeptieren - Intuitionen, empathischen Wahrnehmungen oder Phantasien im interpersonellen Kontext äußern - Benennen des wahren Anteils von geäußerten Intuitionen, Wahrnehmungen oder Phantasien
3. Trainingsteil: Verantwortung übernehmen => Verantwortung für das Wirken eigener Gefühle im Kontakt zu andern übernehmen	- Offenlegen von Lügen, manipulativen Spielen und Grenzüberschreitungen - Akzeptanz der Offenlegung - Entschuldigung aussprechen bzw. Bitte um Vergebung - Entschuldigung/Verggebung gewähren oder ablehnen; bei Ablehnung Grund benennen und ggf. Nachbesserungen einfordern

Verträge und Erlaubnis

Zu den Trainingsvoraussetzungen ist anzumerken, dass für diese Transaktionen zwei weitere wichtige Konstrukte der TA berücksichtigt bzw. umgesetzt werden: *Verträge* schließen und *Erlaubnis* geben. In der TA werden Verträge eingesetzt, um mit Klienten konkret vereinbarte Ziele zu erreichen. Bei den Trainingsvoraussetzungen im EKT wird mit den teilnehmenden Personen der *kooperative Vertrag* geschlossen, um einen Schutzraum für offene und ehrliche Transaktionen ohne Machtspiele oder Abwertungen zu bieten. Die Zustimmung zum Vertrag erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit widerrufen werden, was eine zusätzliche Sicherheit darstellt. Schutz wird auch benötigt, um die teilweise starken kindlichen Ängste aufzufangen, die durch Veränderungsprozesse getriggert werden z. B., weil gegen alte elterliche oder soziale Forderungen gehandelt wird. In diesem Fall ist es wichtig, eine Erlaubnis für neue konstruktive Transaktionen zu geben, und gleichzeitig Schutz zu bieten, um Ängste gering zu halten. Für zusätzlichen Schutz - z. B. vor Grenzüberschreitungen - wird bei Äußerungen und

Rückmeldungen konkret um Erlaubnis gefragt. In diesem so gesicherten Rahmen ist es möglich, sich gegenseitig Erlaubnis für neue konstruktive Transaktionen zu gewähren, die anders nicht entstehen würden.

ICH-Zustand

Um bewusst, effektiv und emotional kompetent zu interagieren, ist es sehr wichtig bei jeder Transaktion auf den *ICH-Zustand* zu achten, aus dem diese entspringt und, zu erkennen, mit welchem *ICH-Zustand* sie vom Gegenüber aufgenommen wird. Ein *ICH-Zustand* ist in diesem Kontext eine spezifische Weise zu denken, zu fühlen und sich zu verhalten. *ICH-Zustände* werden als vollständige Bewusstseinszustände erlebt, nicht nur als Rollen.

Wenn Menschen (inter-)agieren, tun sie das aus einem von drei *ICH-Zuständen* heraus: Menschen können aus ihrem *Eltern-ICH-Zustand*, ihrem *Kind-ICH-Zustand* oder aus ihrem *Erwachsenen-ICH-Zustand* heraus handeln. Vereinfacht beschrieben ist das *Eltern-ICH* wie ein Kassettenrecorder. Es ist eine Sammlung von aufgezeichneten, beurteilten und vorbeurteilten Normen oder Vorschriften für das Leben. Wenn eine Person in diesem Zustand ist, dann denkt, fühlt und verhält sie sich wie einer ihrer Elternteile. Das *Eltern-ICH* entscheidet ohne Argumentation, wie man in Situationen reagiert, was gut oder schlecht ist und wie Menschen leben sollten. Es urteilt pro oder contra und kann kontrollierend, kritisch (kritisches *Eltern-ICH*) oder unterstützend (nährendes *Eltern-ICH*) sein. Im *Kind-ICH-Zustand* handelt man wie das Kind, das man einmal war. Man denkt, sieht, hört und reagiert wie ein fünf oder acht Jahre altes Kind. Wenn ein Kind hasst oder liebt, impulsiv, spontan oder spielerisch ist, benennt man dieses Verhalten als das „natürliche, freie Kind“. Wenn es nachdenklich, kreativ oder einfallsreich ist, nennt man es den „kleinen Professor“. Wenn es ängstlich, schuldig oder schamhaft ist, gilt es als „angepasst“. Das *Kind-ICH* hat alle Gefühle und wird oft dafür verantwortlich gemacht, die Quelle von Ärger zu sein, weil es egozentriert und stark emotional ist. In der TA wird das Kind jedoch auch sehr positiv als die Quelle von Kreativität, Erholung und Fortpflanzung gesehen, als die alleinige Quelle der Erneuerung von Leben. Im *Erwachsenen-ICH* funktioniert die Person wie ein menschlicher Computer. Sie funktioniert mit gesammelten und gespeicherten Daten oder trifft Entscheidungen, wie ein logisches Programm. Im *Erwachsenen-ICH* nutzen Personen logisch rationales Denken, um Probleme zu lösen und stellen sicher, dass Emotionen aus dem *Kind-* oder *Eltern-ICH* diesen Prozess nicht dysfunktional beeinträchtigen, sondern angemessen und konstruktiv integriert werden.

Nach der TA ist es ein wichtiger Prozess, das *Erwachsenen-ICH* von negativen Einflüssen des *Eltern-* bzw. *Kind-ICH* („Verunreinigungen“ wie Vorurteile oder Täuschungen) zu befreien. Andernfalls hat ein *ICH-Zustand* die Macht, eine Person zu dominieren, bis hin zum Ausschluss der anderen beiden *ICH-Zustände*. Das verursacht in der Regel große Nachteile für die Person, weil für einen reifen Erwachsenen alle *ICH-Zustände* verfügbar sein müssen. Um eine integrierte und autonome Persönlichkeit zu sein, muss folglich das *Erwachsenen-ICH* gut ausgebildet sein, damit Einflüsse und Impulse von *Kind-* und *Eltern-ICH* erkannt und bewusst, an der Realität orientiert und konstruktiv in den interpersonalen Bereich eingebracht werden.

Beim EKT wird deshalb mit den Teilnehmenden trainiert, darauf zu achten, welchen *ICH-Zuständen* die ausgeführten Transaktionen entspringen, um die emotionale Situation der sendenden und der empfangenden Person zu verstehen. Damit wird die EI-Facette Emotionswissen unterstützt, indem die Fähigkeit Emotionen zu erkennen und voneinander zu unterscheiden, gestärkt wird. Auf diese Weise entsteht eine Basis um auch die Entwicklung von komplexen Emotionen zu verstehen und zu antizipieren. Durch das EKT soll vor allem das *Erwachsenen-ICH* nachhaltig gestärkt werden, weil es das Kernstück der Emotionsregulation darstellt. Mit einem gut funktionierenden *Erwachsenen-ICH* wächst die Fähigkeit, emotional schwierige Situationen im interpersonalen Kontext zu meistern, was im Rahmen des EKT geübt werden kann. Die bewusste Auseinandersetzung mit den *ICH-Zuständen* im EKT ist zusätzlich wichtig, weil darin negative Lebensskripte abgespeichert sein können, wie im Folgenden erklärt wird.

Skripte

Lebensskripte oder auch kurz *Skripte* genannt, sind nach dem Verständnis der TA in der Kindheit verinnerlichte Überzeugungen über das eigene Leben, die von Eltern oder anderen Bezugspersonen geprägt wurden.

Wenn Kinder psychischer oder physischer Gewalt, negativen Attributionen, Abwertungen oder Deprivation ausgesetzt waren, können daraus negative Langzeitwirkungen entstehen, weil sie aufgrund dieser Erfahrung introjizieren (negative Introjekte bilden), dass sie schlecht sind und sich ihr Leben schlecht entwickeln wird. Das ist verbunden mit vielen und verschiedenartigen negativen Selbstzuschreibungen. Die vor allem im kritischen *Eltern-ICH* abgespeicherte Grundüberzeugung über sich selbst lautet dann pauschal: „Ich bin nicht O.K.“. Diese negative Grundbotschaft zeigt sich in verschiedenen spezifischeren negativen Selbstüberzeugungen wie

z. B. „Ich bin dumm“, „ich bin hässlich“, „ich bin nicht liebenswert“, „ich bin wertlos“, usw., was wiederum in selbstschädigenden Verhaltensweisen resultiert. Im EKT werden solche negativen *Skripte* mit ihren diversen negativen Botschaften aus dem kritischen *Eltern-ICH* identifiziert und bewusst gemacht. In der Regel wird das Wirken negativer *Skripte* erkennbar, wenn bei Trainingsteilnehmenden Schwierigkeiten bestehen, Anerkennung bzw. Zuwendung auszudrücken oder anzunehmen. Die positive Transaktion im Außen steht dann im Widerspruch zur negativen inneren Selbstüberzeugung. Ebenso ergeben sich Hinweise auf negative Introjekte, wenn Gefühle nur schwer oder nicht ausgedrückt werden können. Zur Exploration und konkreten Identifikation negativer Introjekte kommt den trainingsanleitenden Personen eine wichtige Rolle zu. Wenn die konkreten Botschaften herausgearbeitet und bewusst gemacht worden sind, ist eine kognitive und emotionale Umschreibung möglich, so dass sie an Einfluss auf das Denken, Handeln und die Emotionen verlieren. Dieser Prozess wird durch die Anteilnahme der anderen Gruppenmitglieder verstärkt. In Folge fällt der Austausch von Anerkennung und Zuwendung zunehmend leichter, ebenso das freie und ehrliche Äußern aller Emotionen vor anderen. Langfristig wandelt sich die abgespeicherte Grundüberzeugung von „Ich bin nicht O.K.“ in „Ich bin O.K.“ um. Damit ist ein positiveres Selbstbild und ein wertschätzenderer Selbstumgang möglich, was letztlich zu mehr Lebenszufriedenheit führt.

Der gleiche Prozess der Umwandlung ist auch für den interpersonalen Bereich enorm wichtig, weil z. B. in einem dysfunktionalen Familienumfeld die negative Grundüberzeugung gelernt wurde: „Andere sind nicht O.K.“. Diese im kritischen *Eltern-ICH* abgespeicherte Grundeinstellung anderen gegenüber kann erhebliche zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursachen, wie z.B. Misstrauen, sozialen Rückzug, Isolation oder auch Aggression. Im Trainingsgruppenkontext besteht auch auf dieser Ebene die Möglichkeit, negative Grundeinstellungen zu identifizieren und ihre Wirkung auf das eigene Verhalten und auf den Kontakt zu anderen zu verstehen. Insbesondere eignet sich der zweite Teil des EKT („Emotionale Landkarte“) dazu. Durch das Überprüfen von Phantasien und Intuitionen bzgl. der Gedanken und Motive eines Gegenübers findet ein Realitätsabgleich statt, der negative und meist irrationale Introjekte nicht bestätigt. Regelmäßige Anwendung des zweiten EK-Trainingsteils hilft auf Dauer, negative Introjekte abzumildern bzw. auch ganz zu löschen. Offener und ehrlicher emotionaler Austausch hilft zusätzlich dabei, positive und korrigierende emotionale Erfahrungen im zwischenmenschlichen Erleben zu machen, so dass sich die Grundeinstellung von „Andere sind nicht O.K.“ auf „Andere sind O.K.“ ändert. Auf diese

Weise werden befriedigendere Beziehungserfahrungen mit anderen Menschen möglich, die den Aufbau von positiven Grundüberzeugungen dauerhaft unterstützen. In Tabelle 3 ist der Ablauf von Lebensskriptveränderungen schematisch dargestellt.

Tabelle 3.

Durch das EKT angestrebte Skriptveränderungen intra- und interpersonal (schematisch)

Ablauf intrapersonal	Ablauf interpersonal
1. Ausgangspunkt pauschales negatives Skript: „Ich bin nicht O.K.“	1. Ausgangspunkt pauschales negatives Skript: „Andere sind nicht OK“
2. Spezifische Botschaft z.B. „Ich bin nicht liebenswert“	2. Spezifische Botschaft z.B. „Du kannst anderen nicht vertrauen“
3. Auswirkung des negativen Skriptes z. B. Zuwendung kann nicht angenommen werden, andauernde negative Emotionen	3. Auswirkung des negativen Skriptes z. B. Misstrauen anderen gegenüber, sozialer Rückzug, Isolation
4. Korrekturprozess über das EKT: - Identifikation der irrealen negativen Botschaft und Bewusstmachung der Auswirkungen - Kognitive und emotionale Umdeutung - Annahme von Zuwendung und Anerkennung - Aufbau positiver Emotionen - Abnahme der Wirkung des negativen Skriptes	4. Korrekturprozess über das EKT: - Identifikation der irrealen negativen Botschaft und Bewusstmachung der Auswirkungen - Überprüfen von Phantasien und Intuitionen zum Realitätsabgleich - Kognitive und emotionale Umdeutung - Annahme von Zuwendung und Anerkennung - Aufbau positiver Emotionen - Abnahme der Wirkung des negativen Skriptes
5. Dauerhaftes Resultat: „Ich bin O.K.“	5. Dauerhaftes Resultat: „Andere sind O.K.“

Strokes

Eine besondere und wichtige Form von Transaktionen sind sogenannte *Strokes*. Dies sind Zuwendungen oder Anerkennungen, die eine Person einer anderen gibt. Es gibt viele Arten von positiven *Strokes* die verbal oder auch physisch sein können. Physische *Strokes* sind Umarmungen, Küsse, Liebkosungen, Berührungen usw., die fest oder leicht, sinnlich, lustvoll, freundschaftlich, nährend oder leicht neckend usw. sein können. Verbale *Strokes* können auf das Äußere von anderen bezogen sein (z. B. Gesicht, Körper, Haltung, Bewegung) oder auf die Persönlichkeit (z. B. Intelligenz, Liebenswürdigkeit, Sensitivität oder Mut). Neben positiven *Strokes* besteht die negative Ausprägung z. B. in Sarkasmus, Ohrfeigen oder Abwertungen.

Insgesamt sind *Strokes* auf biologischer und psychosozialer Ebene für alle Menschen lebensnotwendig (Bauer, 2007). Für Kleinkinder ist physische Zuwendung überlebenswichtig.

Erwachsene können mit weniger physischer Zuwendung leben, weil sie verbale Zuwendung austauschen. Insofern gehört der Austausch von *Strokes* zu den wichtigsten Interaktionen, die Menschen - oft unbewusst - in ihrem Alltag austauschen. Menschen bemühen sich im Alltag auf verschiedene Arten darum, *Strokes* zu erhalten, z. B. durch Rituale (freundliche Begrüßung, Umarmung, etc.), Small Talk-Konversationen (Wetter, Sport, etc.), Intimität, Arbeit und Spiele. Im EKT finden ausschließlich positive *Strokes* Anwendung.

Spiele

Spiele sind in der TA gefasst als unterschwellige bzw. indirekte Transaktionen, um *Strokes* zu provozieren, indem das eine gesagt wird, aber etwas anderes gemeint ist. Zum Beispiel spricht eine Person darüber, dass es ihr sehr schlecht geht, anstatt zu sagen, dass sie Zuwendung, Trost oder Hilfe braucht. Das Gegenüber kennt bei dieser indirekten Anfrage nicht das wahre Bedürfnis der Person, fühlt sich ggf. manipuliert und kann nicht adäquat reagieren. Als Reaktion ist sowohl Mitleid, wie auch Ablehnung möglich. Damit hat die anfragende Person zwar ihr Ziel insoweit erreicht, als sie *Strokes* erhalten hat, aber nicht immer in der gewollten Form.

Im EKT hilft der *kooperative Vertrag*, auf solche manipulativen Spiele zu verzichten. Die Teilnehmenden werden stattdessen angeleitet und ermutigt bezüglich ihrer Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte ehrlich und offen zu sein. Auf diese Weise können sie herausfinden, was sie wirklich wollen, wie sie danach fragen und wie sie es adäquat erhalten können. Dieser Teil des EKT unterstützt damit alle vier EI-Facetten: Emotionen müssen wahrgenommen und in ihrer Entwicklung bzw. Auswirkung verstanden werden; sie werden genutzt, um kognitive Prozesse zu unterstützen und müssen intra- sowie interpersonal reguliert werden.

Stroke Ökonomie

Ein wesentliches Ziel des EKT besteht unter Berücksichtigung aller beschriebenen TA-Konzepte darin, die *Stroke Ökonomie* zu verbessern. Darunter wird in diesem Kontext die schädliche Wirkung des kritischen *Eltern-ICHs* verstanden, über negative Introjekte und daraus folgenden Verknappungsregeln das Geben und Annehmen von *Strokes* zu restringieren.

Strokes verknappende Botschaften lauten: „Gib keine Zuwendung/Anerkennung“; „frag nicht nach Zuwendung/Anerkennung“; „nimm keine Zuwendung/Anerkennung an“; „weise keine

Zuwendung/Anerkennung zurück, auch wenn du sie nicht haben willst“; „gib dir selbst keine Zuwendung/Anerkennung“. Die Auswirkung solcher Regeln besteht darin, dass Menschen davon abgehalten werden sich gegenseitig auf freie Art und Weise *Strokes* zu geben und bewusst auf die eigenen Bedürfnisse nach *Strokes* zu achten. Als Konsequenz leben viele Menschen meist unbewusst in einem Mangelzustand hinsichtlich Zuwendung und Anerkennung, vergleichbar mit einem Hungergefühl infolge Unterversorgung mit Nahrung.

Nährend sind positive *Strokes*, die der empfangenden Person das Gefühl geben, O.K. zu sein. Im Gegensatz dazu stehen schmerzhaft negative *Strokes*, die der empfangenden Person das Gefühl geben, nicht O.K. zu sein. Auch wenn negative *Strokes* unangenehm sind, werden sie doch in Kauf genommen, weil es noch unangenehmer ist, überhaupt keine zu erhalten. Das erklärt, warum sich Menschen in dysfunktionalen Beziehungen beständig verletzen lassen. Wenn aufgrund der verknappenden Regeln nur wenige positive *Strokes* verfügbar sind, akzeptieren sie lieber negative *Strokes*, als ganz ohne Reaktionen aus der Umwelt emotional zu verhungern.

Mit dem EKT werden die Teilnehmenden sensibilisiert, die Wirkung der *Stroke Ökonomie* auf negative Introjekte und die Verknappungsregeln zu erkennen. Auch negative *Strokes* werden identifiziert und können mit dem so entwickelten Bewusstsein vermieden werden. Gleichzeitig wird im ersten Trainingsteil angeregt, positive *Strokes* ohne Schamgefühle oder Peinlichkeit freien Herzens zu geben und anzunehmen. Auf dieser Basis sind Menschen in der Lage, ihre *Stroke Ökonomie* dauerhaft zu verbessern und negative Lebensskripte langfristig positiv zu verändern. Insgesamt fördert das EKT damit, systematisch positive Emotionen auf intra- und interpersonaler Ebene zu generieren. Aus diesem Grund wird eine positive Wirkung auf affektive Störungen erwartet, weil diese oft über die Wirkung negativer Emotionen aufrechterhalten werden, v. a. bei depressiven Erkrankungen.

Die Transaktionsanalyse bildet das wesentliche theoretische Fundament für das EKT. In Tabelle 4 sind die relevanten Konzepte mit ihrem jeweiligen Bezug zum EKT im Überblick aufgeführt. Im EKT werden diese Konzepte praktisch umgesetzt und tiefgreifende intra- und interpersonale Prozesse angestoßen, die den teilnehmenden Personen helfen, bewusster, achtsamer und folglich effektiver mit ihren Gefühlen umzugehen. Dabei werden alle vier Facetten nach dem EI-Fähigkeitsmodell trainiert und verbessert.

Tabelle 4.

Gesamtüberblick über die Verbindungen zwischen transaktionsanalytischen Konzepten und dem EKT

Transaktionsanalytisches Konzept	Verbindung zum EKT
1. Transaktion	Grundgerüst des EKT sind insgesamt wenige aber spezifische Transaktionen die im Rahmen der Trainingsvoraussetzungen und der drei Trainingsteile gelernt und konsequent angewendet werden.
2. Verträge	Ein Kooperativer Vertrag wird mit dem Ziel geschlossen im Training einen Schutzraum für die offene und ehrliche Entfaltung von Emotionen und Gefühlsäußerungen zu etablieren.
3. Erlaubnis	Durch das Fragen nach Erlaubnis für jede interpersonelle Transaktion im EKT entsteht ein zusätzlicher Schutz vor Grenzüberschreitungen. Des Weiteren sind neue konstruktive Transaktionen möglich, die noch ungewohnt und schambehaftet sind, wenn dafür von außen Erlaubnis besteht bzw. explizit erteilt wird.
4. ICH-Zustand	Mit dem EKT werden die drei ICH-Zustände (Eltern-, Kind- und Erwachsenen-ICH) bewusst gemacht als Grundlage für das Verständnis vom Wirken von Emotionen im interpersonellen Kontakt und von komplexen Emotionen.
5. Skripte	(Lebens-) Skripte sind innere Überzeugungen (Introjekte) über sich selbst und andere. Negative Skripte werden mit dem EKT dem Bewusstsein zugänglich gemacht und positiv verändert: Die generelle Grundbotschaft wird von „Ich bin nicht O.K.“ zu „Ich bin O.K.“ transformiert.
6. Strokes	Positive Strokes sind im EKT spezifische Transaktionen bei denen einem Gegenüber Zuwendung bzw. Anerkennung verbal und/oder physisch gegeben wird. Abwertungen, Bedrohungen o. Ä. stellen eine negative Form von Strokes dar. Im EKT wird gelernt negative Strokes zu erkennen und zurückzuweisen. Strokes sind lebensnotwendig.
7. Spiele	Spiele sind indirekte Transaktionen mit manipulativem Charakter. Das EKT hilft bei der Bewusstmachung von Spielen im interpersonellen Kontakt mit dem Ziel diese zu vermeiden und stattdessen Gefühle und Bedürfnisse offen und ehrlich zu äußern.
8. Stroke Ökonomie	Die Stroke Ökonomie bewirkt über negative Lebensskripte bzw. Introjekte und Verknappungsregeln einen Mangel an Strokes der eine schädigende Wirkung auf die jeweilige Person hat. Mit dem EKT wird die Stroke Ökonomie kurz- und langfristig über den Aufbau von positiver Emotionalität und die positive Veränderung negativer Lebensskripte verbessert. Insgesamt soll damit eine nachhaltige Verbesserung der psychischen Gesundheit erreicht werden.

Neben den transaktionsanalytischen Konzepten gibt es ein weiteres theoretisches Konstrukt, auf das sich das EKT stützt. Dieses wird im folgenden Punkt vorgestellt.

2.3.2 Verstärker-Verlust-Theorie und EKT

Die Verstärker-Verlust-Theorie nach Lewinsohn (1974) greift den Zusammenhang zwischen positiver Verstärkung und Depression auf. Nach Lewinsohn kann eine geringe Rate an verhaltenskontingenten positiven Verstärkern, die eine depressive Person in andauernde Lösungsbedingungen bringt, aufgelöst werden.

Menschen mit Depressionen leiden prämorbid und verstärkt im Krankheitsfall häufiger an geringem Selbstwertgefühl, Schuldgefühlen, Pessimismus und verringerten sozialen Fähigkeiten, was die erreichbare Menge an verhaltenskontingenter positiver Verstärkung potentiell verringert. Bei Ereignissen wie Verlust oder Krankheit sowie durch negative Effekte des Alterns (z. B. weniger Aktivität, mehr Introvertiertheit) wird diese Dynamik noch verstärkt. Insgesamt hängt die erreichbare Menge an positiver Verstärkung für ein Individuum von der verfügbaren Menge an positiver Verstärkung ab, von Aktivitäten und Ereignissen, die potentiell verstärkend sind und von der Fähigkeit sein Verhalten so zu organisieren, dass die Verstärker darauf wirken können. Lewinsohn et al. (1984) haben deshalb ein Therapieprogramm für Depressionen entwickelt, das angenehme Aktivitäten im Sinne von positiver Verstärkung für nichtdepressives Verhalten und damit ein befriedigendes Verstärkerniveau in sozialen Interaktionen fördern soll.

Ganz ähnlich sieht Steiner auch einen Zusammenhang zwischen dem Mangel an Zuwendung bzw. Anerkennung (positiver Verstärkung) und geringer Lebensqualität, der bis zur psychischen Erkrankung führen kann (s. Kap. 2.3). Das EKT soll Individuen deshalb - ganz im Sinne Lewinsohns - in die Lage versetzen, ihre emotionalen bzw. sozialen Fähigkeiten zu verbessern, um die erreichbare Gesamtmenge an verhaltenskontingenter positiver Verstärkung langfristig zu erhöhen. Durch die regelmäßige Ausführung der oben beschriebenen Transaktionen im EKT wird die positive Verstärkerrate dauerhaft gesteigert. Das geschieht aber auch unmittelbar über das Geben und Annehmen von Zuwendung und Anerkennung (positive *Strokes*). Insgesamt sollte damit auch eine Verbesserung von depressiven Erkrankungen möglich sein.

2.4 Zielsetzung und Fragestellungen

Die vorliegende Studie evaluiert die Wirksamkeit des Emotionale Kompetenz Training (EKT) nach Steiner im stationären klinischen Kontext. Die Kernfragen dabei sind,

- (1) ob das EKT emotionale Fähigkeiten (dauerhaft) steigern kann,
- (2) ob die Teilnahme am Training bei der Behandlung von Depressionen eine zusätzliche Wirkung zeigen kann und
- (3) ob durch das EKT depressive Rezidive vermieden bzw. abgemildert werden können.

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen werden die folgenden vier Hypothesen getestet:

Hypothese 1

Durch das EKT sind die emotionalen Fähigkeiten bei einer klinischen Versuchsgruppe mit EKT am Ende der stationären Behandlung höher, als bei einer klinischen Kontrollgruppe ohne EKT.

Im Vergleich zur klinischen Kontrollgruppe ohne EKT sind die emotionalen Fähigkeiten am Behandlungsende noch höher, wenn bei der klinischen Versuchsgruppe mit EKT die Trainingsdosis des EKT verdoppelt wird.

Der 1. Hypothese liegen die Erkenntnisse zugrunde, dass verschiedene EI- bzw. ER-Trainings bereits wirksam emotionale Fähigkeiten steigern konnten. Allerdings wurde bisher kein psychodynamisches Training emotionaler Fähigkeiten auf Basis der Transaktionsanalyse im stationären klinischen Kontext evaluiert. Außerdem wurden bis heute auch noch keine Dosiseffekte von Trainings emotionaler Fähigkeiten durch eine systematische Variation der Trainingsmenge untersucht.

Hypothese 2

Durch die Anwendung des EKT verbessern sich in einer klinischen Versuchsgruppe die emotionalen Fähigkeiten dauerhaft im Vergleich zu einer klinischen Kontrollgruppe ohne EKT.

Als Erweiterung der 1. Hypothese soll mit Hypothese 2 überprüft werden, ob durch das EKT emotionale Fähigkeiten nachhaltig verbessert werden. Dafür wurde ein Jahr nach der stationären Behandlung eine Follow-up Untersuchung durchgeführt, was bei den meisten vorangegangenen Studien nicht der Fall war.

Hypothese 3

Durch das EKT bzw. die damit verbundene Steigerung der emotionalen Fähigkeiten verbessert sich bei klinischen Versuchsgruppen mit EKT das Ergebnis der stationären Behandlung bzgl. Depressionsschwere im Vergleich zu einer klinischen Kontrollgruppe ohne EKT.

Bisher konnte im stationären klinischen Kontext nur bei ER-Trainings ein zusätzlicher Nutzen für die Depressionsbehandlung am Behandlungsende nachgewiesen werden. Für ein EK-Training steht dieser Beleg noch aus. Auf Basis der beschriebenen theoretischen Hintergründe des EKT wird eine zusätzliche Wirkung zur Verringerung von depressiver Symptomatik durch das Training erwartet.

Hypothese 4

Das EKT bzw. die dadurch bewirkte Steigerung der emotionalen Fähigkeiten wirkt als protektiver Faktor im Hinblick auf depressive Symptomatik ein Jahr nach der stationären klinischen Behandlung (Rezidivprophylaxe).

Wie zur Hypothese 3 beschrieben, ist davon auszugehen, dass das EKT eine depressive Symptomatik positiv beeinflusst. Nachdem von vielen Teilnehmenden in den bereits vorliegenden Ergebnissen das EKT als sehr wichtig für die Zeit nach ihrer stationären Behandlung eingeschätzt wurde, sollte der positive Effekt des Trainings auf die depressive Symptomatik auch langfristig über die Behandlung hinaus Wirkung zeigen.

Bei der Konzeption der vorliegenden Studie wurde darauf geachtet, Mängel in bereits existierenden Evaluationen von Trainings emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Setting aufzugreifen. Deshalb wurde u. a. Wert auf die Erfassung von EI als Fähigkeit mittels Fähigkeitstest und Selbstbericht gelegt. Zudem wurden EI-Unterskalen für detailliertere Ergebnisse ausgewertet und die Daten an einer großen klinischen Stichprobe mit Follow-up Messung erhoben.

3 Empirische Evaluation des EKT im stationären klinischen Kontext

Im Folgenden werden zunächst die notwendigen Details zur Durchführung der Evaluation beschrieben, um dann darauf aufbauend die Hypothesen empirisch zu testen. Weil für die Evaluation Längsschnittdaten erhoben wurden, konnte zusätzlich als Nebenergebnis geprüft werden, ob ein prädiktiver Zusammenhang zwischen EI-/ER-Maßen und Depression besteht.

3.1 Methode

3.1.1 Durchführung und Datenerhebung

Die vorliegenden Daten wurden an stationären Patientinnen und Patienten der HELIOS-Klinik Bad Grönenbach in den psychosomatischen Abteilungen 1 und 2 mittels Fragebögen und computerunterstützten Testverfahren erhoben. Alle soziodemographischen Informationen der teilnehmenden Personen entstammen der Basisdokumentation der Klinik. Das Studiendesign wurde aufgrund klinischer Abläufe quasi-experimentell gewählt mit querschnittlichem Vergleich (between-subject) von zwei klinischen Versuchsgruppen und einer klinischen Kontrollgruppe. Nach der Eingangstestung zu T0 wurden von den Teilnehmenden Längsschnittdaten (within-subject) durch Messwiederholungen zu den Zeitpunkten T1 und T2 erfasst (vgl. Abbildung 4).

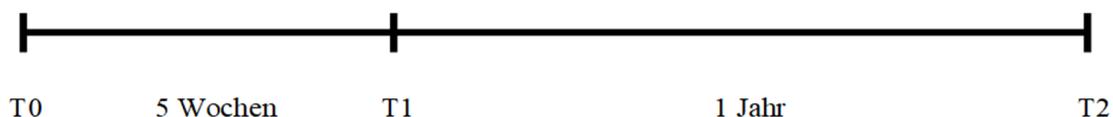


Abbildung 4. Messzeitpunkte.

Die Daten für die Messzeitpunkte T0 und T1 wurden von September 2011 bis Juni 2012 erhoben und für T2 von Oktober 2012 bis August 2013. Die erste Datenerhebung zu T0 erfolgte innerhalb der ersten fünf Behandlungstage nach der stationären Aufnahme, während die Erhebung zu T1 innerhalb der letzten fünf Behandlungstage vor Entlassung aus der stationären Behandlung stattfand. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 42.17 ($SD = 11.16$) Tage, so dass zwischen T0 und T1 im Durchschnitt ein Zeitraum von 5 Wochen lag. Die Erhebung

zu T2 fand als Ein-Jahres-Katamnese statt. Dazu wurden den ehemaligen Patientinnen und Patienten Fragebögen auf dem Postweg zugeschickt. Tabelle 6 bietet einen vollständigen Überblick über alle Daten, die zu T0, T1 und T2 abgefragt wurden (s. Kap. 3.1.4).

Die Studie wurde unter Beachtung der erforderlichen ethischen Standards und der Kontrolle der ärztlichen Klinikleitung vorbereitet und durchgeführt. Alle Personen nahmen freiwillig teil, sie wurden vorab über das Forschungsvorhaben aufgeklärt. Für die Teilnahme wurde allen Teilnehmenden eine Vergütung im Wert von fünf Euro angeboten. Es war jederzeit möglich, die Teilnahme abubrechen.

3.1.2 Stichprobe

Es wurden insgesamt 476 Patientinnen und Patienten aus zwei psychosomatischen Abteilungen angefragt. Von diesen erklärten sich 338 Personen zur Teilnahme bereit (Teilnahmequote 71.01 %). Wegen des speziellen Interesses am Zusammenhang zwischen dem EKT und Depression wurden jedoch nur 293 Personen (61.56 %) der ursprünglich angefragten Personen in die Studie eingeschlossen, die nach den ICD-10 Kriterien (Dilling et al., 2010) an einer Major Depression (F32/F33; vgl. Abbildung 5) litten. Nicht als Major Depression galten die ICD-10 Diagnosen Anpassungsstörungen (F43.2), Dysthymia (F34.1) und bipolare affektive Störungen (F31).

Von den 293 Teilnehmenden litten 217 Personen an komorbiden psychischen Störungen nach ICD-10. Komorbide ICD-10 Diagnosen waren bei 73 Teilnehmenden (33.64 %) Belastungs- und Anpassungsstörungen, bei 55 (25.35 %) Angststörungen, bei 53 (24.42 %) Essstörungen, bei 47 (21.66 %) somatoforme Störungen, bei 25 (11.52 %) Störungen durch psychotrope Substanzen, bei 19 (8.76 %) Persönlichkeitsstörungen, bei 19 (8.76 %) andere Störungen, bei 11 (5.07 %) Zwangsstörungen und bei 11 (5.07 %) weitere affektive Störungen.

Das Alter der teilnehmenden 220 (75.1 %) Frauen und 73 (24.9 %) Männer betrug durchschnittlich 45.44 Jahre ($SD = 10.45$). Als höchste Schulbildung nannten 132 Teilnehmende (45.1 %) die Hochschulreife, 106 (36.2 %) Realschule/Mittlere Reife, 23 (7.8 %) Hauptschule, 9 (3.1 %) keine oder sonstige Abschlüsse und 23 (7.8 %) machten keine Angaben.

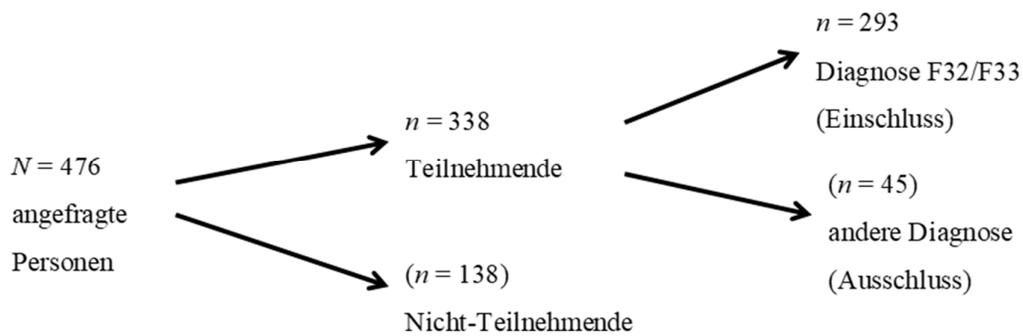


Abbildung 5. Stichprobengenerierung.

Die teilnehmenden Personen wurden in drei Gruppen mit unterschiedlichen Bedingungen eingeteilt (vgl. Abbildung 6). Zwei Versuchsgruppen (VG1 + VG2) in der psychosomatischen Abteilung 1 durchliefen das psychodynamische EKT, während die dritte Gruppe in der psychosomatischen Abteilung 2 als Kontrollgruppe (KG) fungierte. Der Vergleich von Gruppen aus zwei Abteilungen wurde bewusst gewählt, damit Teilnehmende der Kontrollgruppe (Abteilung 2) keinen Kontakt zum EKT hatten, an dem in Abteilung 1 alle Patientinnen und Patienten mindestens mit einer Gruppensitzung (90 Minuten) pro Woche teilnahmen.

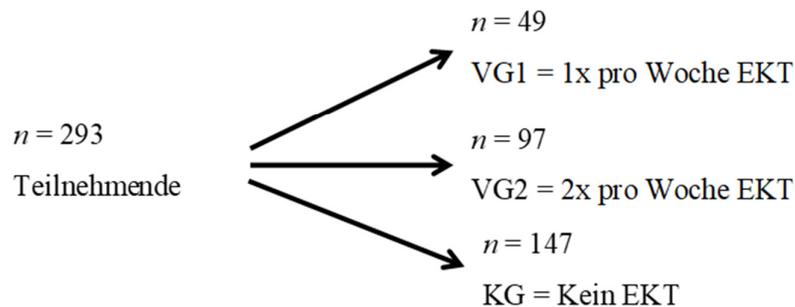


Abbildung 6. Verteilung der klinischen Stichprobe mit $n = 293$ auf zwei Versuchsgruppen (VG1 und VG2) und eine Kontrollgruppe (KG).

3.1.3 Interventionen

Die nachfolgend beschriebenen Interventionen für die beiden Versuchsgruppen und die Kontrollgruppe waren eingebettet in das multimodale Gesamtbehandlungskonzept der psychosomatischen Klinik.

Das Basistherapieprogramm für alle Patientinnen und Patienten bestand aus täglichem Frühsport (30 Minuten), zwei psychotherapeutischen Gruppentherapien pro Woche (je 90 Minuten), drei psychotherapeutischen Großgruppentherapien (je 60 Minuten), einem psychoedukativen Gesundheitsvortrag (60 Minuten) und einem therapeutischen Einzelgespräch (30 Minuten) mit den zuständigen Bezugstherapeutinnen und -therapeuten. Je nach therapeutisch-medizinischer Indikation erfolgte die Zuwahl aus weiteren Therapiemodulen: Körpertherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie, symptombezogene Gruppen (Sucht, Essen/Ernährung, Schmerz, Angst, Trauma), körpermedizinische Behandlungen, Fitness-/Bewegungstraining, Physiotherapie/Massagen, Rückenfit, Aquatraining, Entspannung (Progressive Muskelrelaxation), Frauengruppe, Skillstraining, Stabilisierungsgruppe, Bondingpsychotherapie, Yoga/Qigong, Selbsthilfeangebote, spirituelle Angebote/Klinikseelsorge, Klinikchor, Sozialtherapie/Nachsorge, Paar-/Familiengespräche und therapeutische Krisengespräche. Für die Evaluierung bestand auf der Interventionsebene der Hauptunterschied zwischen den beiden Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe darin, dass die Versuchsgruppen am EKT nach Steiner in unterschiedlicher Dosierung (90 oder 180 Minuten) teilnahmen, während in der Kontrollgruppe stattdessen die Teilnahme an der kognitiven Depressionsgruppe oder der Stressbewältigung durch Achtsamkeit (je 90 Minuten) möglich war (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5.

Überblick über die unterschiedlichen Interventionen in den beiden Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe

Versuchsgruppe 1 (VG1)	1x / Woche 90 Minuten Gruppe EKT
Versuchsgruppe 2 (VG2)	1x / Woche 90 Minuten Gruppe EKT und 1x / Woche 90 Minuten EKT Zusatzgruppe
Kontrollgruppe (KG)	1x / Woche 90 Minuten Kognitive Depressionsgruppe oder Stressbewältigung durch Achtsamkeit

3.1.3.1 Emotionale Kompetenz Training (EKT)

Das EKT nach Steiner ist unter Punkt 2.3 ausführlich beschrieben worden. Für die Versuchsgruppen 1 und 2 (VG1 und VG2) fand das EKT einmal pro Woche für 90 Minuten im Gruppensetting mit ca. 20 teilnehmenden Personen statt. Teilnehmende der Versuchsgruppe 2 (VG2) nahmen zusätzlich einmal pro Woche an einem EKT mit ca. 15 Personen und zusätzlichen 90 Minuten Dauer teil. Therapeutisch angeleitet wurden die Gruppen jeweils von einer Person. Dafür standen im Wechsel ein Therapeut und zwei Therapeutinnen zur Verfügung.

3.1.3.2 Achtsamkeitstraining

Personen in der Kontrollgruppe hatten statt der Teilnahme am EKT die Möglichkeit, an einer Achtsamkeitsgruppe zur Stressbewältigung teilzunehmen. Einmal wöchentlich wurde dazu eine 30-minütige Gruppentherapie mit therapeutischer Anleitung angeboten. Weitere zwei Termine ohne therapeutische Anleitung mit jeweils 30 Minuten Dauer, verfolgten das Ziel, verschiedene Achtsamkeitsübungen zu üben bzw. zu praktizieren.

Konzeptionell orientiert sich dieses therapeutische Angebot an der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR) nach Kabat-Zinn (2013). Die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion ist ein wissenschaftlich geprüftes Training, bestehend aus Meditationen sowie Atem- und Yogaübungen. Es ist unter anderem nachweislich wirksam bei der Behandlung akuter Depressionssymptome (Strauss et al., 2014) sowie bei der Rückfallprophylaxe von Depressionen (Piet & Hougaard, 2011). Ziel des Achtsamkeitstrainings ist es zu lernen, mit nicht wertender Aufmerksamkeit ganz in der

Gegenwart zu sein und sich selbst zu begegnen, um Mitgefühl, Toleranz, Akzeptanz und Liebe sich selbst und anderen gegenüber zu entwickeln.

Als Therapieprogramm wurden unter therapeutischer Anleitung die Module Atemübung, Sitzmeditation, achtsame Yogastellungen, achtsame Körperwahrnehmung (Body-Scan) sowie die Achtsamkeit im Alltag eingesetzt. Bei allen Modulen ist es zentral, ohne Wertung anzunehmen, was im Augenblick wahrgenommen wird, z. B. Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen oder Sinneseindrücke. Das Achtsamkeitstraining wirkt über körperliche und psychische Faktoren, indem die Erregung des vegetativen Nervensystems abnimmt und dadurch zur Reduktion von Stress führt. Die positiven Auswirkungen zeigen sich z. B. am Blutdruck oder dem Immunsystem.

3.1.3.3 Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen

Teilnehmende der Kontrollgruppe hatten neben der Teilnahme am Achtsamkeitstraining die Möglichkeit, an einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen teilzunehmen. Diese fand als Gruppentherapie wöchentlich unter therapeutischer Anleitung über 60 Minuten hinweg statt. Ergänzt wurde diese Gruppe mit einer auf ca. 30 Minuten angelegten Hausaufgabe in Form von Beobachtungsbögen, Fragebögen und Übungsaufgaben, um die Inhalte des ausgegebenen Manuals zu vertiefen. Therapeutisches Ziel der Gruppe war es, den teilnehmenden Patientinnen und Patienten typische dysfunktionale Kognitionen bei depressiven Erkrankungen bewusst zu machen, um reflektiertes Denken zu fördern und damit die depressive Erkrankung positiv zu beeinflussen.

Nach Hautzinger (1993) gibt es klare Belege dafür, dass kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen wirksam ist. Inhaltlich wurde das kognitive Modell der Depression nach Beck et al. (1979) in Kombination mit dem Manual „Depression verstehen und bewältigen“ nach Hautzinger (1997) vermittelt. Psychoedukative Inhalte des Manuals sind Informationen über Symptome und Häufigkeit von Depressionen, Suizidalität im Zusammenhang mit Depressionen, Ursachen von Depressionen, dysfunktionale Denkmuster, Behandlung von Depressionen mit (kognitiver) Verhaltenstherapie, Umgang von Angehörigen mit depressiven Personen, positives Verhalten und Prophylaxe sowie die konkrete Veränderung von Kognitionen bei Depressionen.

3.1.4 Erhebungsinstrumente

Für die Basisdokumentation der Klinik wurden soziodemographische Daten routinemäßig bei allen aufgenommenen Patientinnen und Patienten abgefragt. Folgende Parameter wurden davon im Rahmen der Datenanalyse verwendet: Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, höchster Schulabschluss, höchster Berufsabschluss, aktuelle Erwerbssituation und Behandlungsmotivation.

Für die Erfassung von EI und ER sowie der depressiven Symptomatik kamen die untenstehenden Messinstrumente zum Einsatz. Wegen möglicher Unterschiede bei der Messung von EI mit Selbstbericht oder Fähigkeitstest wurden beide Messarten angewendet. Zusätzlich erfolgte eine Messung von zwei Emotionsregulationsstilen mit einem Selbstberichtfragebogen. Tabelle 6 bietet einen vollständigen Überblick über alle relevanten Parameter, die zu T0, T1 und T2 zur Datenanalyse abgefragt wurden.

Tabelle 6.

Überblick über die zu den drei Messzeitpunkten erhobenen Daten und die Erhebungsarten

Messzeitpunkt	Parameter	Art der Erhebung	
T0	Alter Geschlecht Familienstand Partnersituation Höchster Schulabschluss Höchster Berufsabschluss Erwerbssituation Behandlungsmotivation	} Klinische Basisdokumentation	
	Emotionale Intelligenz Emotionsregulation		Fragebogen MSCEIT und SREIS Fragebogen ERQ
	Depressive Symptomatik		Computergestützte Testung BDI II
T1	Emotionale Intelligenz Emotionsregulation	Fragebogen MSCEIT und SREIS Fragebogen ERQ	
	Depressive Symptomatik	Computergestützte Testung BDI II	
T2	Emotionale Intelligenz Emotionsregulation	Fragebogen MSCEIT und SREIS Fragebogen ERQ	
	Depressive Symptomatik	Fragebogen BDI II	

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz; SREIS-D = Self-Rated Emotional Intelligence Scale – deutsche Version; ERQ = Emotion Regulation Questionnaire; BDI II = Beck Depressions-Inventar – 2. Auflage.

Als Fähigkeits- bzw. Leistungstest zur Erfassung von EI wurde der *Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz* eingesetzt (MSCEIT™; Mayer et al., 2003; deutschsprachige Adaptation von Steinmayr et al., 2011). Damit wird EI nach dem Vier-Facetten-Modell (Mayer & Salovey, 1997) erfasst. Wegen der hohen Bearbeitungsdauer wurden nur die beiden Subskalen *Emotionswissen* (32 Items) und *Emotionsregulation* (29 Items) abgefragt, um die Compliance der Teilnehmenden zu erhalten. Diese beiden komplexeren Unterfacetten wurden deshalb ausgewählt, weil sie auf die eher basalen Fähigkeiten *Emotionswahrnehmung* und *-nutzung* aufbauen, die damit folglich in den verwendeten beiden Skalen enthalten sein sollten. Die Subskala *Emotionswissen* besteht aus den Unterskalen *Veränderungen* und *komplexe Emotionen*, während sich die Subskala *Emotionsregulation* aus den Unterskalen *Umgang mit eigenen Emotionen* und *Emotionen in Beziehungen* zusammensetzt. Mit dieser Unterskalenebene können differenziertere Zusammenhänge erkannt werden. Ein EI-Gesamtscore kann mit der Auswahl von nur zwei Unterfacetten jedoch nicht berechnet werden. Die Auswertung basiert auf der Konsensusmethode, d. h. die gewählten Antworten werden zur Scorebildung anhand der Ergebnisse einer Normstichprobe bewertet. Die Reliabilität gemessen mit Cronbachs Alpha beträgt jeweils $\alpha = .72$ für die Skala *Emotionswissen* und die Skala *Emotionsregulation*.

Als Selbstberichtsinstrument zur Erfassung von EI kam die *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* (SREIS; Brackett et al., 2006) als deutsche Version zum Einsatz (SREIS-D; Vöhringer et al., 2020; vgl. Anhang A). Diese Skala wurde für die vorliegende Untersuchung aus dem Englischen übersetzt, weil bisher noch kein Selbstberichtsinstrument in deutscher Sprache zur Erfassung aller vier Facetten nach dem EI-Fähigkeitsmodell von Mayer und Salovey (1997) zur Verfügung stand. Die SREIS-D besteht wie das englische Original aus 19 Items, die die folgenden fünf Subskalen bilden: (a) *Emotionswahrnehmung*, (b) *Emotionsnutzung*, (c) *Emotionswissen*, (d) *ER intrapersonal* und (e) *ER interpersonal*. Als Antwortformat für die emotionsbezogenen Fragen zur Selbsteinschätzung dient eine fünfstufige Skala mit Werten von 1 = *unzutreffend* bis 5 = *zutreffend*. Cronbachs Alpha beträgt für die Subskalen (a) bis (e) der Reihenfolge nach $\alpha = .64$, $\alpha = .77$, $\alpha = .83$, $\alpha = .69$ und $\alpha = .73$. Für die Gesamtskala beträgt $\alpha = .84$.

Als Maß für zwei spezifische Emotionsregulationsstrategien (*Unterdrückung* und *Neubewertung*) fand die deutschsprachige Version des *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross & John, 2003; Abler & Kessler, 2009) Anwendung. Die 10 Items sind inhaltlich

auf die Kontrolle bzw. Regulation von Gefühlen ausgerichtet und werden mittels einer siebenstufigen Skala mit Werten von 1 = *stimmt überhaupt nicht* bis 7 = *stimmt vollkommen* beantwortet. Cronbachs Alpha beträgt für die Skala *Neubewertung* $\alpha = .78$ und $\alpha = .75$ für die Skala *Unterdrückung*.

Zur Messung der depressiven Symptomatik wurde das bewährte *Beck Depressions-Inventar* – 2. Auflage verwendet (BDI II; Beck et al., 1996; Hautzinger et al., 2009). Es ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere von depressiver Symptomatik. Die 21 Items stehen inhaltlich in Bezug zu den Depressionskriterien des DSM IV. Die Einzelitems sind jeweils mit Werten von 0 bis 3 zu beantworten, woraus durch Addition aller Antwortwerte ein Gesamtsummenscore gebildet wird, der die Depressionsschwere abbildet: Unter einem Score von 14 Punkten besteht keine klinische Auffälligkeit, 14 – 19 Punkte stehen für eine leichte depressive Symptomatik, 20 - 28 Punkte für eine mittelschwere depressive Symptomatik und 29 – 63 Punkte für eine schwere depressive Symptomatik. Cronbachs Alpha beträgt $\alpha = .90$.

3.1.5 Vorgehensweise bei der Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte nach dem Grundsatz der Intention-to-treat-Analyse, d. h. alle Daten der zu Beginn teilnehmenden Personen wurden berücksichtigt, auch wenn die Teilnahme vorzeitig beendet wurde, die Daten nicht vollständig waren oder die Bedingung gewechselt wurde.

Vorbereitende Analysen

Fehlende Werte wurden für alle drei Messzeitpunkte erfasst und berichtet. Für alle verwendeten Variablen wurde der MCAR-Test nach Little (1988) angewendet, um sicherzustellen, dass ein Datenausfall aufgrund fehlender Werte rein zufällig ist. Fehlende Werte in der Datenmatrix wurden nicht durch multiple Imputation vervollständigt, weil der Datenausfall absolut zufällig war und deshalb keinen Bias im Ergebnis erzeugt (Lüdtke et al., 2007). Zudem war die Zahl der fehlenden Werte insgesamt niedrig (vgl. Punkt 3.2.1). Um trotz fehlender Werte die größtmögliche Analysetichprobe verwenden zu können, wurde bei den Berechnungen jeweils ein paarweiser Fallausschluss angewendet. Vorhandene Ausreißerwerte mit einem Abweichungsbetragswert > 3 vom Mittelwert der Standardabweichung, wurden einzeln überprüft und mussten wegen gegebener Plausibilität nicht entfernt werden.

Zu Beginn der Datenauswertung wurde eine Ausfallanalyse durchgeführt über einen Datenvergleich bzgl. Soziodemographie, Depressionsschwere und Behandlungsmotivation der 138 Nichtteilnehmenden mit den 293 für die Datenanalyse ausgewählten Personen. Für metrische skalierte Merkmale wurden dafür t-Tests angewendet und für diskrete Merkmale Chi-Quadrat-Tests. Anschließend wurden die gleichen Parameter der beiden Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe nach den gleichen statistischen Verfahren miteinander verglichen, um die Prätestäquivalenz der drei Gruppen zu überprüfen. Vor den Hypothesentests wurde dann noch ein Baseline-Datenvergleich der EI- bzw. ER-Maße für die drei Gruppen vorgenommen. Auf dem Hintergrund dieser Anfangsanalysen folgte dann die konkrete Testung der Hypothesen.

Testung der Hypothesen 1 bis 4

Bei der 1. Hypothese (Steigerung von EI/ER durch EKT) wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung (Messzeitpunkte T0 und T1) unter Kontrolle der Kovariaten Geschlecht und Alter durchgeführt. Bei signifikanten Interaktionen zwischen den Bedingungen *Zeit* und *Gruppe* wurden über Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur Unterschiede zwischen den drei Gruppen VG1 (Versuchsgruppe 1), VG2 (Versuchsgruppe 2) und KG (Kontrollgruppe) paarweise betrachtet.

Zur Prüfung der 2. Hypothese (Langzeitsteigerung von EI/ER durch EKT) wurde das gleiche Auswertungsverfahren wie bei der 1. Hypothese angewendet, allerdings mit dem Unterschied, dass hier die Werte der Messzeitpunkte T0 und T2 Anwendung fanden.

Für die Klärung der Fragestellung von Hypothese 3 (EKT bzw. Steigerung von EI/ER verbessert das Behandlungsergebnis bzgl. Depressionsschwere) und Hypothese 4 (EKT wirkt als Rezidivprophylaxe bzgl. depressiver Symptomatik nach der klinischen Behandlung) wurden zunächst die Mittelwerte der Depressionsschwere zu T1 und die Veränderungen der Depressionsschwere (T1-T0) mit einfaktoriellem Varianzanalysen und Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur zwischen den Gruppen VG1, VG2 und KG verglichen. Für die Hypothese 4 wurden die Mittelwerte getrennt nach Geschlecht berechnet, um mögliche Unterschiede sichtbar zu machen. Anschließend wurden für jede Unterskala des MSCEIT, SREIS-D und ERQ jeweils multiple, lineare Regressionsmodelle berechnet, mit der Veränderung der Depressionsschwere T1-T0 bzw. T2-T0 und T2-T1 als abhängige Variable. Alle Modelle wurden mit der Einschlußmethode berechnet unter Aufnahme der folgenden sieben Variablen: Veränderung der jeweiligen EI-/ER-Unterskala (T1-T0, T2-T0 und T2-T1),

zwei dichotome Dummy-Variablen, um Gruppenunterschiede zwischen VG1, VG2 und KG anzuzeigen, zwei Variablen, um Interaktionen anzuzeigen (jeweilige EI-/ER-Skala verbunden mit Dummy-Variablen der VG1 und VG2) sowie die beiden Variablen Alter (zu T0) und Geschlecht, um mögliche konfundierende Einflüsse zu berücksichtigen. Die Voraussetzungen der multiplen linearen Regression bzgl. Ausreißer, Normalverteilung und Unabhängigkeit der Residuen, Linearität und Homoskedastizität sowie Ausschluss von Multikollinearität wurden bei jedem Modell einzeln überprüft.

Für das unter Punkt 3.3 aufgeführte Nebenergebnis und die Zusatzevaluation unter Punkt 4 werden die konkreten Vorgehensweisen bei der Datenauswertung jeweils im Zusammenhang mit der Fragestellung beschrieben.

Für alle Datenanalysen wurde IBM SPSS Statistics 21 verwendet.

3.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden die vorbereitenden Analysen, Hypothesentestungen und das Nebenergebnis vorgestellt.

3.2.1 Vorbereitende Analysen

Fehlende Werte

Die Analyse fehlender Werte aller in den Analysen berücksichtigten Daten unter Punkt 3.2 und 3.3 ergab zu T0 eine Quote von 3.72 % fehlenden Werten, zu T1 von 13.66 % und zu T2 von 27.92 %. Über alle Variablen und Messzeitpunkte hinweg liegt die Quote fehlender Werte bei insgesamt 14.74 %. Das Ergebnis des MCAR-Tests (Little, 1988) wird mit $p = .097$ ($\text{Chi}^2 = 13148,48$; $df = 12939$) nicht signifikant. Insofern ist davon auszugehen, dass die fehlenden Werte rein zufällig sind.

Ausfallanalyse

Um mögliche Selektionseffekte bei der verwendeten Stichprobe zu überprüfen, wurden aus den 476 um Teilnahme angefragten Patientinnen und Patienten zwei Analysegruppen gebildet. Diese bestanden aus 138 Personen, die sich gegen eine Teilnahme entschieden hatten und 293 teilnehmenden Personen, die mit der Diagnose Major Depression (F32/F33) in die Analysen

eingeschlossen wurden. Die Ergebnisse des Vergleichs beider Gruppen bezüglich soziodemographischer Merkmale, Depressionsschwere und Behandlungsmotivation sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7.

Ausfallanalyse - Vergleich von teilnehmenden und nichtteilnehmenden Personen anhand von demographischen Merkmalen, depressiver Symptomatik und Behandlungsmotivation mit t-Tests für unabhängige Stichproben sowie Chi²-Tests

	TN ^{a, b} <i>n</i> = 293	NTN ^{a, b} <i>n</i> = 138	Teststatistik ^c	Signifikanz <i>p</i>
Alter (Jahre)	45.4	43.6	<i>T</i> (429) = -1.67	.10
Geschlecht				
weiblich (%)	75.1	68.8	χ^2 (1) = 1.86	.17
Familienstand ^d				
ledig (%)	39.3	40.6	χ^2 (5) = 0.96	.97
verheiratet (%)	30.4	29.0		
geschieden (%)	13.7	15.2		
Partnersituation				
ohne feste Partnerschaft (%)	38.9	45.8	χ^2 (4) = 8.66	.07
feste Partnerschaft (%)	61.1	54.2		
Höchster Schulabschluss ^d				
Hauptschule (%)	7.8	14.5	χ^2 (5) = 11.19*	.05
Mittlere Reife (%)	36.2	38.4		
(Fach-) Abitur (%)	45.1	39.9		
Höchster Berufsabschluss ^d				
Lehre/Fachschule (%)	45.4	55.1	χ^2 (5) = 6.98	.22
Fachhochschule/Universität (%)	30.7	23.2		
Erwerbssituation ^d				
Vollzeitbeschäftigung (%)	47.1	42.0	χ^2 (8) = 10.7	.22
Teilzeitbeschäftigung (%)	24.2	24.6		
ohne Beschäftigung (%)	10.6	14.5		
Depressionsschwere (BDI II-Score)	21.9	19.9	<i>T</i> (399) = -1.98*	.05
Behandlungsmotivation	4.01	3.93	<i>T</i> (406) = -0.96	.34

Anmerkungen. ^a TN steht für Teilnehmende, NTN für Nichtteilnehmende. ^b Angaben für NT und NTN sind Mittelwerte oder relative Häufigkeiten in Prozent. ^c Prüfgrößen *T* und χ^2 sind Ergebnisse aus t-Tests bzw. Chi²-Tests mit Angabe der Freiheitsgrade (*df*). ^d weitere Kategorien unter 5 %, wie z. B. „noch im Studium“ bei „Höchster Berufsabschluss“ werden hier zum Zwecke der Übersichtlichkeit nicht dargestellt. Deshalb ergeben die dargestellten Teilkategorien in Summe nicht 100 %. * Signifikanzniveau $p \leq .05$.

Die Ausfallanalyse zeigt, dass teilnehmende Personen einen höheren Schulabschluss besitzen und einen um zwei Punkte höheren Summenscore bei der Depressionsschwere erreichen. Auf eine Korrektur für multiples Testen wurde bei diesen Berechnungen verzichtet, so dass die Ergebnisse deshalb eher konservativ sind. Unter Umständen handelt es sich um Fehler erster Art und die Unterschiede sind nur zufälliger Natur.

Prätestäquivalenz

Innerhalb der Gruppe der 293 teilnehmenden Personen wurde überprüft, ob zwischen den beiden Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe Unterschiede bestehen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8 im Überblick dargestellt.

Tabelle 8.

Prätestäquivalenz - Vergleich der beiden Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe bezüglich demographischer Merkmale, depressiver Symptomatik und Behandlungsmotivation mit einfaktoriellen Varianzanalysen (ANOVA) und Chi²-Tests

	VG1 ^{a, b} n = 49	VG2 ^{a, b} n = 97	KG ^{a, b} n = 147	Teststatistik ^c	Signifikanz
Alter (Jahre)	47.3	44.5	45.5	$F(2) = 1.14$	.32
Geschlecht					
weiblich (%)	63.3	68.0	83.7	$\chi^2(2) = 12.03^*$	.00
Familienstand ^d					
ledig (%)	36.7	47.7	41.3	$\chi^2(10) = 9.78$	.46
verheiratet (%)	36.7	32.6	31.9		
geschieden (%)	13.0	10.5	18.1		
Partnersituation					
ohne feste Partnerschaft (%)	26.1	45.3	39.1	$\chi^2(8) = 9.77$	.28
feste Partnerschaft (%)	73.9	54.7	60.9		
Höchster Schulabschluss ^d					
Hauptschule (%)	6.5	5.8	10.9	$\chi^2(8) = 4.97$	.76
Mittlere Reife (%)	41.3	41.9	37.0		
(Fach-) Abitur (%)	52.2	48.9	47.8		
Höchster Berufsabschluss ^d					
Lehre/Fachschule (%)	52.2	46.5	50.0	$\chi^2(10) = 8.43$	.59
Fachhochschule/Universität (%)	32.6	31.4	34.8		
Erwerbssituation ^d					
Vollzeitbeschäftigung (%)	54.4	54.7	47.8	$\chi^2(16) = 12.5$	.71
Teilzeitbeschäftigung (%)	28.3	20.9	29.0		
ohne Beschäftigung (%)	10.9	14.0	10.2		
Depressionsschwere (BDI II-Score)	22.3	20.8	22.5	$F(2) = 0.81$	.45
Behandlungsmotivation	4.00	4.08	3.97	$F(2) = 0.54$	.58

Anmerkungen. ^a VG steht für Versuchsgruppe, KG für Kontrollgruppe. ^b Angaben für VG und KG sind Mittelwerte oder relative Häufigkeiten in Prozent. ^c Prüfgrößen F und χ^2 sind Ergebnisse aus einfaktoriellen Varianzanalysen bzw. Chi²-Tests mit Angabe der Freiheitsgrade (df). ^d weitere Kategorien unter 5 %, wie z. B. „noch im Studium“ bei „Höchster Berufsabschluss“ werden hier zum Zwecke der Übersichtlichkeit nicht dargestellt. Deshalb ergeben die dargestellten Teilkategorien in Summe nicht 100 %. * Signifikanzniveau $p \leq .05$.

Tabelle 8 zeigt, dass sich die beiden Versuchsgruppen und die Kontrollgruppe im Merkmal Geschlecht unterscheiden. In der Kontrollgruppe sind im Verhältnis zu den beiden Versuchsgruppen mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer.

EI-/ER-Baselinemittelwertvergleich

Tabelle 9 stellt die Ergebnisse des Vergleichs der EI-/ER-Maße beider Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe zu T0 dar.

Tabelle 9.

Baselinemittelwertvergleich der beiden Versuchsgruppen (VG) und der Kontrollgruppe (KG) der EI-/ER-Maße vor der EK-Trainingsintervention zu T0 mittels einfaktorieller Varianzanalysen (ANOVA)

	VG1 ^a <i>M (SD)</i>	VG2 ^a <i>M (SD)</i>	KG ^a <i>M (SD)</i>	Teststatistik ^b	Signifikanz
MSCEIT					
Veränderungen	54.33 (8.56)	54.75 (8.64)	52.48 (10.22)	$F(2) = 1.82$	.17
Komplexe Emotionen	45.83 (6.85)	45.33 (7.18)	44.48 (7.60)	$F(2) = 0.76$	.47
ER eigene Emotionen	35.34 (5.98)	36.07 (5.64)	35.37 (5.15)	$F(2) = 0.53$	.59
ER in Beziehungen	44.53 (10.85)	45.42 (9.63)	44.90 (9.86)	$F(2) = 0.14$	.87
WISSEN	49.96 (6.54)	50.13 (6.96)	48.61 (7.37)	$F(2) = 1.47$	.23
EMOTIONSREGULATION	39.78 (7.16)	40.76 (6.82)	40.11 (6.63)	$F(2) = 0.41$	.67
SREIS-D					
Emotionswahrnehmung	3.40 (0.70)	3.48 (0.66)	3.56 (0.60)	$F(2) = 1.27$	.28
Emotionsnutzung	3.33 (0.92)	3.58 (0.84)	3.46 (0.95)	$F(2) = 1.37$	.26
Emotionswissen	2.86 (0.98)	2.73 (0.88)	2.91 (0.89)	$F(2) = 1.16$	.32
ER intrapersonal	2.50 (0.86)	2.36 (0.82)	2.58 (0.92)	$F(2) = 1.78$	.17
ER interpersonal	3.17 (0.75)	3.20 (0.88)	3.38 (0.78)	$F(2) = 2.06$	.13
SREIS-D gesamt	3.03 (0.56)	3.07 (0.52)	3.18 (0.56)	$F(2) = 1.77$	.17
ERQ					
Neubewertung	3.54 (1.18)	3.72 (1.17)	3.99 (1.07)	$F(2) = 3.46^c$	.03
Unterdrückung	3.49 (1.60)	3.88 (1.22)	3.85 (1.30)	$F(2) = 1.64$	.20

Anmerkungen. MSCEIT = *Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz*; SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale – deutsche Version*; ERQ = *Emotion Regulation Questionnaire*; ER = *Emotionsregulation*. ^aAngaben für VG und KG sind Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*). ^bPrüfgröße *F* ist das Ergebnis aus einfaktoriellen Varianzanalysen mit Angabe der Freiheitsgrade (*df*). ^cDer in der ANOVA festgestellte Gruppenunterschied ist nach dem Post-hoc-Test mit Bonferroni-Korrektur nicht mehr signifikant bei einem Signifikanzniveau von $p \leq .05$.

Bis auf den in der ANOVA angezeigten Unterschied bei der Unterskala *Neubewertung* des ERQ gibt es im Baselinevergleich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Dieser ist jedoch nach dem Post-hoc-Test (Bonferroni-Korrektur) mit $p = .052$ nicht stabil signifikant. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass sich die drei Gruppen zu T0 in den Werten der EI-/ER-Maße nicht bedeutsam unterscheiden.

3.2.2 Hypothesentestungen

Testung der 1. Hypothese

Durch das EKT sind die emotionalen Fähigkeiten bei einer klinischen Versuchsgruppe mit EKT am Ende der stationären Behandlung höher, als bei einer klinischen Kontrollgruppe ohne EKT.

Im Vergleich zur klinischen Kontrollgruppe ohne EKT sind die emotionalen Fähigkeiten am Behandlungsende noch höher, wenn bei der klinischen Versuchsgruppe mit EKT die Trainingsdosis des EKT verdoppelt wird.

Die Ergebnisse zur 1. Hypothese sind in Tabelle 10 im Überblick dargestellt.

Tabelle 10.

Varianzanalysen (ANOVA) zur Prüfung der Behandlungseffekte von T0 zu T1 auf die Maße emotionaler Intelligenz bzw. der Emotionsregulation unter Einbezug der Kovariaten Alter und Geschlecht

Variablen	n	Zeit			Zeit*KG vs. VG		
		F	p	η^2	F	p	η^2
MSCEIT							
Veränderungen	242	3.95*	.05	.016	1.64	.20	.014
Komplexe Emotionen	245	0.11	.74	.000	1.55	.22	.013
ER eigene Emotionen	242	12.89*	.00	.052	0.22	.80	.002
ER in Beziehungen	246	0.06	.81	.000	0.15	.86	.001
WISSEN	236	3.13	.08	.013	1.45	.24	.012
EMOTIONSREGULATION	238	3.30	.07	.014	0.23	.80	.002
SREIS-D							
Emotionswahrnehmung	248	11.24*	.00	.044	0.30	.74	.002
Emotionsnutzung	250	3.43	.07	.014	0.55	.58	.004
Emotionswissen	247	7.99*	.01	.032	0.61	.54	.005
ER intrapersonal	244	4.70*	.03	.019	0.77	.46	.006
ER interpersonal	248	7.55*	.01	.030	0.38	.68	.003
SREIS gesamt	234	17.22*	.00	.070	0.34	.71	.003
ERQ							
Neubewertung	238	3.59	.06	.015	0.46	.63	.004
Unterdrückung	244	4.80*	.03	.020	4.60 ^a	.01	.037

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz; SREIS-D = Self-Rated Emotional Intelligence Scale – deutsche Version; ERQ = Emotion Regulation Questionnaire. Signifikanzniveau * $p \leq .05$. ^a Die in der ANOVA festgestellte Interaktion ergibt nach Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur keinen Haupteffekt zwischen den Gruppen.

In Tabelle 10 ist zu erkennen, dass in allen eingesetzten EI-/ER-Testverfahren signifikante Veränderungen der EI/ER-Werte von T0 zu T1 angezeigt werden.

Bei Betrachtung der deskriptiven Statistiken weisen die Subskalen *Veränderungen* und *ER eigene Emotionen* zu T1 beim MSCEIT signifikant höhere Mittelwerte auf. Bei der SREIS-D

weisen alle Skalen inklusive der Gesamtskala, mit Ausnahme der Subskala *Emotionsnutzung*, ebenfalls signifikant höhere Werte auf. Allerdings bestehen bei den Mittelwertsteigerungen keine Unterschiede zwischen den Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe.

Bezüglich der beiden Emotionsregulationsstile des ERQ besteht bei der Skala *Unterdrückung* eine signifikante Verbesserung der Mittelwerte von T0 zu T1. Hier wird in der ANOVA zusätzlich eine signifikante Interaktion zwischen der *Zeit* und den *Gruppen* angezeigt, die jedoch bei paarweisen Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur keinen Haupteffekt zwischen den Gruppen ergibt. Die Hypothese 1 muss auf dem Hintergrund dieser Ergebnisse abgelehnt werden.

Testung der 2. Hypothese

Durch die Anwendung des EKT verbessern sich in einer klinischen Versuchsgruppe die emotionalen Fähigkeiten dauerhaft im Vergleich zu einer klinischen Kontrollgruppe ohne EKT.

Die Ergebnisse zur 2. Hypothese sind in Tabelle 11 im Überblick dargestellt.

Tabelle 11.

Varianzanalysen (ANOVA) zur Prüfung der Behandlungslangzeiteffekte von T0 zu T2 auf die EI-/ER-Maße unter Einbezug der Kovariaten Alter und Geschlecht

Variablen	n	Zeit			Zeit*KG vs. VG		
		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
MSCEIT							
Veränderungen	201	0.58	.45	.003	1.49	.23	.015
Komplexe Emotionen	205	0.00	.99	.000	2.26	.11	.022
ER eigene Emotionen	200	7.98*	.01	.039	0.05	.95	.001
ER in Beziehungen	206	0.84	.36	.004	1.22	.30	.012
WISSEN	197	0.42	.52	.002	0.17	.84	.002
EMOTIONSREGULATION	197	0.31	.58	.002	0.52	.60	.005
SREIS-D							
Emotionswahrnehmung	210	4.63*	.03	.022	0.49	.61	.005
Emotionsnutzung	212	0.70	.41	.003	0.10	.90	.001
Emotionswissen	207	2.32	.13	.011	2.22	.11	.021
ER intrapersonal	209	7.83*	.01	.037	0.15	.86	.001
ER interpersonal	210	3.60	.06	.017	0.80	.43	.008
SREIS gesamt	201	10.05*	.00	.049	0.38	.68	.004
ERQ							
Neubewertung	203	1.29	.26	.006	0.50	.61	.005
Unterdrückung	209	0.89	.35	.004	4.94 ^a	.01	.046

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz; SREIS-D = Self-Rated Emotional Intelligence Scale – deutsche Version; ERQ = Emotion Regulation Questionnaire. Signifikanzniveau * $p \leq .05$. ^a Die in der ANOVA festgestellte Interaktion ergibt nach Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur keinen Haupteffekt zwischen den Gruppen.

Wie bei Hypothese 1 zeigen sich auch bei der Einjahreskatamnese zu T2 noch signifikante Veränderungen der EI-Werte im Vergleich zu T0. Die Verbesserungen der Mittelwerte sind allerdings etwas geringer als von T0 zu T1.

Bezüglich der Emotionsregulationsstile des ERQ ist keine Verbesserung über die Zeit mehr nachzuweisen (vgl. Tabelle 11). Die Interaktion zwischen den Bedingungen *Zeit* und *Gruppe* bei der Subskala *Unterdrückung* besteht in gleicher Weise wie bei Hypothese 1 (vgl. Tabelle 10), ergibt jedoch bei paarweisen Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur weiterhin keinen Haupteffekt zwischen den Gruppen. Die Hypothese 2 muss auf Basis dieser Ergebnisse abgelehnt werden.

Testung der 3. Hypothese

Durch das EKT bzw. die damit verbundene Steigerung der emotionalen Fähigkeiten verbessert sich bei klinischen Versuchsgruppen mit EKT das Ergebnis der stationären Behandlung bzgl. Depressionsschwere im Vergleich zu einer klinischen Kontrollgruppe ohne EKT.

Erwartungsgemäß verringerte sich die Depressionsschwere - gemessen mit dem BDI-II - für alle Gruppen während der Behandlungsdauer von T0 zu T1. Die konkreten Mittelwerte sind in Tabelle 12 zum Vergleich im Überblick dargestellt.

Tabelle 12.

BDI-II Mittelwerte der beiden Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe zu Messzeitpunkten T0 und T1

	VG1 <i>M (SD)</i>	VG2 <i>M (SD)</i>	KG <i>M (SD)</i>
BDI-II Score zu T0	22.3 (12.5)	20.8 (9.2)	22.5 (9.5)
zu T1	13.4 (11.4)	12.1 (10.1)	9.6 (8.2)

Anmerkungen. *M* = Mittelwert. *SD* = Standardabweichung. VG1 = Versuchsgruppe 1; VG2 = Versuchsgruppe 2; KG = Kontrollgruppe.

Zu T0 zeigten die Mittelwerte mit > 20 in allen Gruppen eine mittelschwere depressive Symptomatik an. Ein signifikanter Gruppenunterschied bestand nicht (vgl. Tabelle 8). Bei der Messung zu T1 wiesen die drei Gruppen einen Mittelwert < 14 auf, so dass alle Gruppenmittelwerte unter der Grenze für klinisch auffällige depressive Symptomatik lagen.

Entgegen der Hypothese 3 zeigt die Kontrollgruppe im Durchschnitt die niedrigste Depressionsschwere. Die Unterschiede in den BDI-II Mittelwerten der drei Gruppen zu T1

waren in der Berechnung mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse zunächst mit $F(2) = 3.26$ signifikant ($p = .04$). Bei paarweisen Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur bestand jedoch kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den Gruppen. Beim Gruppenvergleich der BDI-II Veränderungen T1-T0 zeigt sich entgegen der Hypothese 3, dass die KG zu T1 ein signifikant besseres Behandlungsergebnis mit $F(2) = 7.52$ ($p < .01$) erreicht hat, als die beiden Versuchsgruppen. Konkret betragen die Mittelwerte der BDI-II Veränderungen T1-T0 bei den drei Gruppen $M = -8.71$ ($SD = 8.86$) für die Versuchsgruppe 1, $M = -8.61$ ($SD = 8.65$) für die Versuchsgruppe 2 und $M = -12.92$ ($SD = 8.36$) für die Kontrollgruppe.

Zur weitergehenden Überprüfung der 3. Hypothese unter Einbezug der eingesetzten EI-/ER-Maße und Kovariaten wurde die Veränderung des BDI-II Mittelwertes (T1-T0) als abhängige Variable in multiplen linearen Regressionsmodellen verwendet. Nachfolgend die Ergebnisse für diese Regressionsmodelle.

Beim Fähigkeitstest MSCEIT waren alle Regressionsmodelle signifikant (Modellgüte von $R^2_{\text{koriert}} = .04$ bis $.06$), jedoch ergab sich bei keinem Modell eine signifikante Interaktion zwischen der EI-/ER-Maß-Veränderung T1-T0 und der BDI-II Wertveränderung T1-T0. Als Modellerggebnisbeispiel werden die relevanten Modellparameter für die MSCEIT-Unterskala *Emotionsregulation* berichtet. Das Modell erreicht eine Güte von $.06$ (R^2_{koriert}) und ist mit $F(7) = 2.86$, $p < .01$ signifikant.

Tabelle 13.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T1-T0 der Unterskala *Emotionsregulation* (ER) des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T1-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-6.35 (-13.98, 1.28)		.10
MSCEIT ER T1-T0	-0.35* (-0.69, -0.01)	-.21*	.05
Dummy-Variable VG1	3.33 (-0.14, 6.80)	.14	.06
Dummy-Variable VG2	3.55* (0.74, 6.37)	.19*	.01
Interaktionsvariable MSCEIT ER T1-T0*VG1	0.40 (-0.26, 1.06)	.10	.23
Interaktionsvariable MSCEIT ER T1-T0*VG2	0.29 (-0.26, 0.84)	.10	.29
Alter zu T0	-0.04 (-0.15, 0.07)	-.05	.49
Geschlecht	-2.32 (-5.11, 0.48)	-.12	.10

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. VG1 = Versuchsgruppe 1; VG2 = Versuchsgruppe 2. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Die Ergebnisse in der Tabelle 13 zeigen, dass nur die Koeffizienten für den Einfluss der Veränderung der MSCEIT Unterskala *Emotionsregulation* und der Dummy-Variablen für die Versuchsgruppe 2 signifikant werden. Bei allen anderen Modellen mit den MSCEIT-Unterskalen wird nur noch die Veränderung T1-T0 der Unterskala *Emotionsregulation in Beziehungen* als Koeffizient signifikant, sowie die Koeffizienten für die Dummy-Variable der Versuchsgruppe 1 und/oder Versuchsgruppe 2, ansonsten keine weiteren Koeffizienten. Damit wird lediglich der oben beschriebene nicht hypothesenkonforme Gruppenunterschied bei der BDI-II Veränderung T1-T0 bestätigt ohne Interaktion mit der MSCEIT Veränderung T1-T0. Alter und Geschlecht haben in diesen Modellen neben den anderen Variablen keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Depressionsschwere.

Bei den Selbstberichtsinstrumenten SREIS-D und ERQ sind die Ergebnisse analog zu den vorangegangenen MSCEIT-Ergebnissen. Alle berechneten Regressionsmodelle sind signifikant und zeigen eine Modellgüte von $R^2 = .04$ bis $.07$. Jedoch werden nur die Koeffizienten der Dummy-Variablen für VG1 und/oder VG2 signifikant, die Veränderungen T1-T0 der SREIS-D- bzw. ERQ-Skalen dagegen nicht. Bezüglich Alter und Geschlecht ergeben sich ebenfalls keine signifikanten Koeffizienten.

In Anbetracht dieser Ergebnisse muss die Hypothese 3 abgelehnt werden.

Testung der 4. Hypothese

Das EKT bzw. die dadurch bewirkte Steigerung der emotionalen Fähigkeiten wirkt als protektiver Faktor im Hinblick auf depressive Symptomatik ein Jahr nach der stationären klinischen Behandlung (Rezidivprophylaxe).

In Tabelle 14 wird zunächst die Entwicklung der Depressionsschwere über die Zeitpunkte Behandlungsbeginn (T0), Behandlungsende (T1) und ein Jahr nach der Behandlung (T2) im Überblick dargestellt.

Tabelle 14.

BDI-II Mittelwerte der beiden Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe zu T0, T1 und T2

	BDI-II zu T0 <i>M (n; SD)</i>	BDI-II zu T1 <i>M (n; SD)</i>	BDI-II zu T2 <i>M (n; SD)</i>
VG1	22.3 (47; 12.5)	13.4 (42; 11.4)	17.4 (32; 13.1)
VG2	20.8 (85; 9.2)	12.1 (88; 10.1)	13.7 (81; 11.4)
KG	22.5 (139; 9.5)	9.6 (127; 8.2)	15.0 (96; 12.3)

Anmerkungen. *M* = Mittelwert. *n* = Personenanzahl. *SD* = Standardabweichung. VG1 = Versuchsgruppe 1; VG2 = Versuchsgruppe 2; KG = Kontrollgruppe.

Während zu T1 im Durchschnitt über alle Gruppen hinweg keine klinisch relevante depressive Symptomatik mehr bestand, ergab sich im Verlauf zu T2 eine klinisch relevante Verschlechterung für die Versuchsgruppe 1 und die Kontrollgruppe hin zu einer leichten depressiven Symptomatik (BDI-II Werte > 14). Nur die Versuchsgruppe 2 (EKT mit doppelter Trainingsdosis) bleibt im nicht-klinischen Symptombereich. Um evtl. Auswirkungen der Variable Geschlecht darzustellen, folgt in Tabelle 15 der Mittelwertverlauf über die drei Messzeitpunkte mit der Aufteilung in die Ausprägungen *weiblich* und *männlich*.

Tabelle 15.

BDI-II Mittelwerte aller Gruppen zu T0, T1 und T2 aufgeteilt nach Geschlecht

	BDI-II zu T0 <i>M (n; SD)</i>	BDI-II zu T1 <i>M (n; SD)</i>	BDI-II zu T2 <i>M (n; SD)</i>
VG1			
weiblich	25.7* (18; 12.2)	16.7* (16; 12.0)	21.4* (12; 14.6)
männlich	16.8* (29; 11.3)	8.1* (26; 8.1)	10.8* (20; 6.1)
VG2			
weiblich	22.5* (57; 8.5)	13.2 (61; 9.8)	15.0 (55; 11.9)
männlich	17.3* (28; 9.7)	9.6 (27; 10.7)	11.1 (26; 9.8)
KG			
weiblich	22.9 (117; 9.4)	9.7 (105; 8.5)	14.8 (82; 11.7)
männlich	20.5 (22; 10.0)	9.1 (22; 6.6)	16.0 (14; 16.0)

Anmerkungen. *M* = Mittelwert. *n* = Personenanzahl. *SD* = Standardabweichung. VG1 = Versuchsgruppe 1; VG2 = Versuchsgruppe 2; KG = Kontrollgruppe. * Unterschied zwischen den jeweiligen Vergleichspaaren ist signifikant mit $p \leq .05$.

Tabelle 15 zeigt, dass es signifikante Unterschiede bei der Variable Geschlecht bei der Versuchsgruppe 1 zu allen drei Messzeitpunkten gibt und bei Versuchsgruppe 2 zu T0. Bis auf den Unterschied bei der Kontrollgruppe zu T2 hat bei den Vergleichspaaren nach Geschlecht immer die Ausprägung weiblich den höheren Wert für depressive Symptomatik.

Für die tiefergehende Prüfung der Hypothese 4 unter Einbezug der jeweiligen EI-/ER-Skalen und von Kontrollvariablen wurden - wie bei Hypothese 3 - analog lineare Regressionsmodelle berechnet mit dem Unterschied, dass als abhängige Variable die langfristige Veränderung des BDI-II (T2-T0 und T2-T1) diente.

Analysen mit AV BDI-II Veränderung T2-T0

Im Unterschied zur BDI-II Veränderung am Behandlungsende T1-T0 unterschieden sich die Verbesserungen T2-T0 zwischen den Gruppen nicht mehr signifikant. Die Mittelwerte der BDI-II Veränderungen T2-T0 ergaben $M = -4.31$ ($SD = 9.71$) für die Versuchsgruppe 1, $M = -7.30$ ($SD = 12.16$) für die Versuchsgruppe 2 und $M = -5.91$ ($SD = 11.04$) für die Kontrollgruppe. Damit lag die größte Verbesserung des BDI-II Werts T2-T0 ein Jahr nach Behandlungsende bei der Versuchsgruppe 2 (EKT mit doppelter Trainingsdosis). Von den Regressionsmodellen unter Einbezug der MSCEIT-Unterskalen waren fünf Modelle insgesamt nicht signifikant. Nur das Modell mit der MSCEIT-Unterskala *Emotionsregulation eigene Emotionen* (siehe Tabelle 16) wurde signifikant. Eine Korrektur für multiples Testen kam bei diesen Berechnungen nicht zur Anwendung.

Tabelle 16.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Emotionsregulation (ER) eigene Emotionen* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-1.11 (-11.85, 9.63)		.84
MSCEIT <i>ER eigene Emotionen</i> T2-T0	0.12 (-0.41, 0.64)	.05	.67
Dummy-Variable VG1	1.22 (-3.77, 6.21)	.04	.63
Dummy-Variable VG2	-0.47 (-4.42, 3.48)	-.02	.82
IV MSCEIT <i>ER eigene Emotionen</i> T2-T0*VG1	-0.29 (-1.56, 0.97)	-.04	.65
IV MSCEIT <i>ER eigene Emotionen</i> T2-T0*VG2	-1.02* (-1.88, -0.16)	-.25*	.02
Alter zu T0	0.05 (-0.11, 0.20)	.04	.58
Geschlecht	-3.90* (-7.75, -0.05)	-.15*	.05

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. VG1 = Versuchsgruppe 1; VG2 = Versuchsgruppe 2. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

In den Ergebnissen der Tabelle 16 ist zu erkennen, dass neben der Kontrollvariablen Geschlecht auch der Interaktionskoeffizient für die Versuchsgruppe 2 (EKT mit doppelter Trainingsdosis) signifikant wird. Die Interaktion kommt durch die höchste Steigerung der MSCEIT-Unterskala

Emotionsregulation eigene Emotionen und der höchsten BDI-II Verbesserung T2-T0 bei der Versuchsgruppe 2 zustande. Dieses Ergebnis stützt die 4. Hypothese.

Bei den Regressionsmodellen unter Einbezug der SREIS-D und ERQ-Unterskalen werden alle Modelle mit Ausnahme des Modells für die Skala *Wahrnehmung* des SREIS-D signifikant ($p < .05$). Allerdings werden in diesen Modellen keine Koeffizienten der Interaktionsvariablen oder der Dummy-Variablen signifikant, sondern nur teilweise Koeffizienten für die jeweiligen Skalenveränderungen T2-T0 und das Geschlecht. Weil diese Modelle die Hypothese 4 nicht signifikant stützen, wurde aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit an dieser Stelle auf die tabellarische Darstellung verzichtet. Im Anhang C sind diese Modelle, zusammen mit den fünf nichtsignifikanten Modellen der MSCEIT-Unterskalen, jedoch vollständig einzusehen.

Analysen mit AV BDI-II Veränderung T2-T1

Die BDI-II Veränderung T2-T1 (AV) der drei Gruppenmittelwerte unterschied sich bei der Berechnung mittels einfaktorieller Varianzanalyse mit $F(2) = 5.87, p < .01$ signifikant. Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur bestätigen den Unterschied zwischen der Versuchsgruppe 2 (EKT mit doppelter Trainingsdosis) und der Kontrollgruppe mit $p < .01$. Als konkrete Mittelwerte der BDI-II Veränderungen T2-T1 ergaben sich $M = 4.55$ ($SD = 9.91$) für die Versuchsgruppe 1 (EKT mit einfacher Trainingsdosis), $M = 1.31$ ($SD = 9.71$) für die Versuchsgruppe 2 und $M = 6.57$ ($SD = 9.54$) für die Kontrollgruppe. Die von T0 zu T1 erreichte Verbesserung der Depressionsschwere ist bei der Versuchsgruppe 2 damit stabiler als bei den anderen beiden Gruppen, was auch die folgenden Ergebnisse zeigen: Während sich bei der Versuchsgruppe 1 und der Kontrollgruppe die BDI-II-Mittelwerte zwischen T1 und T2 mit $T(30) = -2.56, p = .02$ und $T(84) = -6.34, p = .01$ signifikant unterscheiden ist der Unterschied bei der Versuchsgruppe 2 mit $T(73) = -1.16, p = .25$ nicht signifikant.

Alle Regressionsmodelle unter Einbezug der MSCEIT-Unterskalen (jeweils Werte T2-T1) wurden signifikant. Allerdings wurde unter den Koeffizienten der Modelle jeweils nur die Dummy-Variable für die Versuchsgruppe 2 mit $p < .01$ signifikant (vgl. Tabelle 17 als Modellbeispiel mit der MSCEIT-Unterskala *Emotionsregulation eigene Emotionen*; alle anderen Modelle sind im Anhang C einsehbar). Dadurch wird der oben beschriebene Mittelwertunterschied bestätigt, jedoch ohne Interaktion mit der EI-Wertveränderung T2-T1.

Tabelle 17.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Emotionsregulation (ER) eigene Emotionen* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	0.24 (-9.03, 9.51)		.96
MSCEIT ER <i>eigene Emotionen</i> T2-T1	-0.48 (-0.98, 0.02)	-.21	.06
Dummy-Variable VG1	-1.95 (-6.07, 2.16)	-.07	.35
Dummy-Variable VG2	-5.17* (-8.43, -1.91)	-.25	.00
IV MSCEIT ER <i>eigene Emotionen</i> T2-T1*VG1	-0.08 (-1.13, 0.98)	-.01	.87
IV MSCEIT ER <i>eigene Emotionen</i> T2-T1*VG2	0.14 (-0.76, 1.03)	.03	.76
Alter zu T0	0.12 (-0.02, 0.25)	.12	.10
Geschlecht	0.39 (-3.00, 3.78)	.02	.82

Anmerkungen. MSCEIT = *Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz*. IV = Interaktionsvariable. VG1 = Versuchsgruppe 1; VG2 = Versuchsgruppe 2. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Bei den Regressionsmodellen mit den SREIS-D und ERQ-Skalen ergeben sich ähnliche Ergebnisse wie unter Einbezug der MSCEIT-Skalen. In allen Modellen wird die Dummy-Variable für die Versuchsgruppe 2 (EKT mit doppelter Trainingsdosis) signifikant, so dass der oben aufgeführte Mittelwertunterschied auch hier bestätigt wird. Allerdings wird keine Interaktionsvariable signifikant. Nachdem sich in diesen Modellen keine weiteren relevanten Ergebnisse zeigen, wird auf die tabellarische Darstellung an dieser Stelle wiederum aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Im Anhang C sind jedoch alle Modelle komplett einsehbar.

Insgesamt findet die Hypothese 4 durch die Entwicklung der Mittelwerte bei der Depressionsschwere teilweise Unterstützung. Die Versuchsgruppe 2 zeigte nach einem Jahr im Durchschnitt den geringsten Wert für die Depressionsschwere und ein stabileres Behandlungsergebnis bzgl. der Depressionsschwere nach der stationären Behandlung. Im Gegensatz dazu erreichte die Versuchsgruppe 1 trotz EKT (mit einfacher Trainingsdosis) kein besseres Ergebnis als die Kontrollgruppe. Bei den berechneten Regressionsmodellen zeigt sich nur bei einer Unterskala des Fähigkeitstest MSCEIT eine Betätigung für die Hypothese 4, während die Ergebnisse mit allen weiteren eingesetzten Skalen des MSCEIT sowie den Selbstberichtinstrumenten SREIS-D und ERQ keine direkte Bestätigung darstellen.

3.3 Exploratorisches Nebenergebnis

Neben den unter Punkt 3.2.2 getesteten Hypothesen kann aus den vorliegenden Daten eine weitere Fragestellung zur exploratorischen Erkundung abgeleitet und geprüft werden, um weitergehende Ergebnisse für zukünftige Forschungen zu generieren. Auf Basis der Ergebnisse zu Hypothese 3 und 4 stellte sich die zusätzliche Frage, welches Instrument zur Erfassung von EI/ER sich zu welchem Messzeitpunkt (T0 und T1) am besten eignet, um eine Vorhersage bzgl. der zukünftigen Depressionsschwere in Abhängigkeit von den EI/ER-Werten zu machen. Von Interesse ist dabei, ob ein Fähigkeitstest oder Selbstbericht zum Einsatz kommen sollte und ob einzelne Unterskalen oder die Gesamtscores der Instrumente bessere Ergebnisse liefern. Bisher ist dazu noch keine Untersuchung bekannt. Weiter ist offen inwieweit sich die Prädiktionskraft von EI-/ER-Maßen durch den stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik verändert. Zur Klärung dieser Fragestellungen wurde die unter 3.1.2 beschriebene Stichprobe ($n = 293$) mit den Längsschnittdaten von T0, T1 und T2 herangezogen. Damit wird diese Frage erstmalig an einer klinischen Stichprobe mit depressiven Patientinnen und Patienten geprüft. Von den Ergebnissen sollen Empfehlungen für den Einsatz geeigneter Instrumente in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt abgeleitet werden.

Für die Berechnungen wurden multiple lineare Regressionsmodelle (Einschlussmethode) eingesetzt mit dem Summenscore des BDI-II (Maß für die Depressionsschwere) zu T1 bzw. T2 als abhängige Variable und den folgenden Unter- bzw. Gesamtskalen der drei Tests MSCEIT, SREIS-D und ERQ als unabhängige Variablen:

- Fähigkeitstest MSCEIT mit den Unterskalen *Veränderungen, komplexe Emotionen, Emotionsregulation eigener Emotionen, Emotionsregulation in Beziehungen, Emotionswissen und Emotionsregulation*
- Selbstbericht SREIS-D mit der Gesamtskala und den Unterskalen *Emotionswahrnehmung, Emotionsnutzung, Emotionswissen, Emotionsregulation intrapersonal* sowie *Emotionsregulation interpersonal*
- Selbstbericht ERQ mit den Unterskalen *Unterdrückung* und *Neubewertung*

Zusätzlich wurden das Alter und Geschlecht als Kontrollvariablen in die Modelle aufgenommen.

In den Tabellen 18 und 19 sind die Ergebnisse für die Prädiktion der Depressionsschwere zu T1 und T2 mit den MSCEIT-, SREIS-D- und ERQ-Skalen zu T0 dargestellt. Zur Einordnung von Populations-Effektstärken (gemessen mit Bestimmtheitsmaß R^2) bei multiplen

Regressionsmodellen nennen Cohen et al. (2003) folgende Größen für die Verhaltens- und Sozialwissenschaften: klein ab .02, mittel ab .13 und groß ab .26.

Tabelle 18.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung der prädiktiven Verbindung von MSCEIT-, SREIS-D- und ERQ-Skalen zu T0 auf die Depressionsschwere zu T1 unter Kontrolle von Alter und Geschlecht

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	15.72* (5.56, 25.88)		.00
MSCEIT Subskala D zu T0	-0.32* (-0.55, -0.10)	-.19*	.01
ERQ Skala 1 zu T0	1.66* (0.79, 2.53)	.24*	.00
ERQ Skala 2 zu T0	-1.77* (-2.82, -0.73)	-.22*	.00
Geschlecht	4.09* (1.55, 6.63)	.19*	.00

Anmerkungen. Abhängige Variable: Summenscore des Beck-Depressions-Inventar II. MSCEIT = *Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz*; SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale – deutsche Version*; ERQ = *Emotion Regulation Questionnaire*. ER = Emotionsregulation. Die Kontrollvariable Geschlecht ist mit 1 = *männlich* und 2 = *weiblich* in den Rohdaten kodiert. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Die Anpassungsgüte des Regressionsmodells in Tabelle 18 beträgt $R^2_{\text{korrigiert}} = .22$ mit $F(4) = 16.04$ und $p < .01$.

Von allen ins Modell eingegebenen Variablen werden nur vier aufgenommen deren Koeffizienten jeweils mit $p < .05$ signifikant werden: Beide Emotionsregulationsstile *Unterdrückung* und *Neubewertung* des ERQ, *Emotionsregulation eigener Emotionen* des MSCEIT und das Geschlecht. Damit sind ausgehend von den Werten zu Behandlungsbeginn zur Prädiktion depressiver Symptomatik am Behandlungsende neben dem Geschlecht nur Aspekte der Emotionsregulation relevant, sowohl beim Fähigkeitstest MSCEIT als auch beim Selbstbericht ERQ.

Unter Betrachtung des standardisierten Beta-Koeffizienten zeigt sich, dass hohe Werte für *Unterdrückung* bei der Emotionsregulation höhere Werte für die Depressionsschwere vorhersagen, genauso wie die Ausprägung *weiblich* beim Geschlecht. Ein höherer Wert bei der *Emotionsregulation eigener Emotionen* und für den Emotionsregulationsstil *Neubewertung* sagen dagegen niedrigere Werte für die zukünftige Depressionsschwere voraus. Die Selbstberichtsskala SREIS-D zeigt keinen prädiktiven Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik am Behandlungsende.

In der Tabelle 19 folgen nun die Werte für die Prädiktion der Depressionsschwere zu T2 in Abhängigkeit der EI-/ER-Werte zu Behandlungsbeginn T0.

Tabelle 19.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung der prädiktiven Verbindung von MSCEIT-, SREIS-D- und ERQ-Skalen zu T0 auf die Depressionsschwere zu T2 unter Kontrolle von Alter und Geschlecht

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	13.96 (-0.56, 28.49)		.06
ERQ Skala Unterdrückung zu T0	2.33* (1.10, 3.55)	.27*	.00
Geschlecht	5.95* (2.41, 9.48)	.23*	.00
MSCEIT Subskala D zu T0	-0.35* (-0.65, -0.04)	-.17*	.03
ERQ Skala Neubewertung zu T0	-1.59* (-3.08, -0.10)	-.15*	.04

Anmerkungen. Abhängige Variable: Summenscore des Beck-Depressions-Inventar II. MSCEIT = *Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz*; SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version; ERQ = *Emotion Regulation Questionnaire*. ER = Emotionsregulation. Die Kontrollvariable Geschlecht ist mit 1 = *männlich* und 2 = *weiblich* in den Rohdaten kodiert. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Das Regressionsmodell in Tabelle 19 erreicht eine Güte von $R^2_{\text{korrigiert}} = .19$ und ist mit $F(4) = 11.38$ signifikant ($p < .01$).

Auffallend ist, dass die gleichen vier Koeffizienten wie in Tabelle 18 als signifikant ins Modell aufgenommen werden. Auch die Vorhersagerichtung bzgl. mehr oder weniger Depressionsschwere zu T2 ist bei den Koeffizienten die gleiche wie in Tabelle 18.

Folglich können mit den gleichen EI-/ER-Skalen zu T0 die Werte für die Depressionsschwere zum Behandlungsende (T1) und nach einem Jahr (T2) vorhergesagt werden. Die Selbstberichtsskala SREIS-D zeigt auch hier keinen prädiktiven Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik.

In Tabelle 20 folgen ergänzend die Werte für die Prädiktion der Depressionsschwere zu T2 in Abhängigkeit der EI-/ER-Werte nach der klinischen Behandlung zu T1.

Tabelle 20.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung der prädiktiven Verbindung von MSCEIT-, SREIS-D- und ERQ-Skalen zu T1 auf die Depressionsschwere zu T2 unter Kontrolle von Alter und Geschlecht

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	25.93* (11.47, 40.38)		.00
SREIS-D gesamt zu T1	-8.55* (-13.14, -3.96)	-.38*	.00
ERQ Skala Unterdrückung zu T1	2.03* (0.55, 3.51)	.21*	.01
SREIS-D Skala ER interpersonal zu T1	3.19* (0.18, 6.19)	.20*	.04

Anmerkungen. Abhängige Variable: Summenscore des Beck-Depressions-Inventar II. MSCEIT = *Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz*; SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version; ERQ = *Emotion Regulation Questionnaire*. ER = Emotionsregulation. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Das Regressionsmodell in Tabelle 20 erreicht eine Anpassungsgüte von $R^2_{\text{korrigiert}} = .17$ und ist mit $F(3) = 12.37$ signifikant ($p < .01$).

Insgesamt werden von allen Variablen nur drei mit signifikanter prädiktiver Verbindung ($p < .05$) zur zukünftigen Depressionsschwere ins Modell aufgenommen: Die Gesamtskala des SREIS-D, die Emotionsregulationsstilskala *Unterdrückung* des ERQ und die Skala *Emotionsregulation interpersonal* des SREIS-D.

Die Variablen Geschlecht und die Skala *Emotionsregulation eigene Emotionen* des MSCEIT sowie der Emotionsregulationsstil *Neubewertung* des ERQ zeigen im Gegensatz zum Messzeitpunkt T0 keine Verbindung mehr zur Depressionsschwere nach einem Jahr (T2). Damit besitzen zu T1 nur noch Selbstberichtinstrumente eine prädiktive Verbindung zur zukünftigen Depressionsschwere. Ein hoher Wert bei selbstwahrgenommenen emotionalen Fähigkeiten, gemessen mit der Gesamtskala des SREIS-D, sagt signifikant niedrigere zukünftige BDI-II Depressionswerte voraus, wohingegen die Unterskala *Emotionsregulation interpersonal* des SREIS-D höhere Depressionswerte vorhersagt. Die Emotionsregulationsstilskala *Unterdrückung* des ERQ sagt bei höheren Werten erwartungsgemäß ebenfalls eine höhere gemessene Depressionsschwere in der Zukunft voraus.

Insofern wird durch die in den Tabellen 18 bis 20 dargestellten Ergebnisse deutlich, dass zu zwei verschiedenen Zeitpunkten der stationären klinischen Behandlung unterschiedliche EI-/ER-Messinstrumente zur Prädiktion zukünftiger depressiver Symptomatik relevant sind.

4 Weitere exploratorische Evaluation des EKT

Unter Punkt 3 wurde die empirische Evaluation des EKT nach Steiner unter Verwendung bewährter und psychometrisch validierter Messinstrumente für EI bzw. ER durchgeführt um direkte Auswirkungen des Trainings auf die vier Facetten des EI-Fähigkeitsmodells, auf zwei Emotionsregulationsstrategien und auf depressive Symptomatik zu analysieren.

Allerdings ist das Training sehr komplex (s. Kap. 2.3) und hat deshalb ggf. auch andere Effekte, die allein mit Skalen für EI, ER und depressive Symptomatik nicht vollständig erfasst werden können. Die Erfassung der Dimension „Liebe“, die sich in einem liebevollen Umgang der Teilnehmenden im EKT umsetzt, ist zum Beispiel nur schwer erfassbar, kann sich ggf. aber in anderen Parametern wie z. B. der Patientenzufriedenheit abbilden. Auch eingeübte Verhaltensweisen zum achtsamen Umgang mit Emotionen im zwischenmenschlichen Miteinander könnten Wirkung zeigen.

Nachdem unspezifische Effekte dieser Art keine hypothesengeleiteten Bestandteile der vorliegenden Studie sein konnten, wurde dennoch der Versuch unternommen exploratorisch zu prüfen, ob sich ggf. weitergehende Wirkungen des Trainings über andere Erfassungsmethoden und -mittel darstellen lassen. Zum Einsatz kamen zu diesem Zweck der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8 (Schmidt et al., 1989), 16 spezifische Fragen zum Training vom Autor der vorliegenden Arbeit sowie eine adaptierte, bisher nicht teststatistisch überprüfte Fremdratingversion der SREIS-D (vgl. Anhang B) zur Beurteilung der Teilnehmenden durch ihre Bezugstherapeutinnen und -therapeuten.

4.1 Zusammenhang zwischen EKT und Patientenzufriedenheit

Der ZUF-8 ist ein Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der stationären Versorgung. Er umfasst acht Fragen (vgl. Tabelle 21) mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten, denen Werte von 1 = *negative Bewertung* bis 4 = *positive Bewertung* zugeordnet sind. Über alle acht Items wird zusätzlich ein Summenscore gebildet. Die Auswertung erfolgte am Ende der stationären Behandlung (T1) über univariate Varianzanalysen mit Bonferroni-Korrektur bei paarweisen Gruppenvergleichen. Als Kovariaten wurden Geschlecht und Alter kontrolliert. Die interne Konsistenz der Gesamtskala beträgt geschätzt mit Cronbachs $\alpha = .93$. In Tabelle 21 sind die Ergebnisse aufgeführt.

Tabelle 21.

Mittelwertvergleiche der Einzelitems und des Gesamtscore des ZUF-8 mit univariaten Varianzanalysen zu T1 unter Kontrolle der Kovariaten Geschlecht und Alter

ZUF-8	VG1	VG2	KG	F	p	η^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Frage 1: Behandlungsqualität?	3.21 (0.61)	3.30 (0.57)	3.13 (0.68)	1.70	.18	.01
Frage 2: Gewollte Behandlungsart?	3.12 (0.59)	3.22 (0.60)	3.01 (0.75)	2.19	.11	.02
Frage 3: Klinik Bedürfnissen entsprochen?	3.05 (0.70)	3.25 (0.63)	3.02 (0.68)	3.00	.05*	.02
Frage 4: Empfehlung Klinik an Freunde?	3.52 (0.55)	3.63 (0.59)	3.32 (0.81)	4.86	.01*	.04
Frage 5: Zufrieden mit Hilfe?	3.17 (0.66)	3.38 (0.63)	3.19 (0.68)	2.37	.10	.02
Frage 6: Behandlung Hilfe für Umgang mit Problemen?	3.36 (0.62)	3.57 (0.58)	3.43 (0.64)	2.35	.10	.02
Frage 7: Zufriedenheit mit Behandlung?	3.29 (0.67)	3.39 (0.58)	3.28 (0.70)	0.74	.48	.01
Frage 8: Nochmal in diese Klinik?	3.31 (0.78)	3.47 (0.75)	3.27 (0.87)	1.51	.22	.01
ZUF-8 Gesamtscore	26.02 (4.22)	27.22 (3.99)	25.65 (4.88)	2.99	.05*	.02

Anmerkungen. ZUF-8 = Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (In der Tabelle sind die 8 Fragen in Abweichung zum Originaltext verkürzt wiedergegeben). VG1 = Versuchsgruppe 1; VG2 = Versuchsgruppe 2; KG = Kontrollgruppe. * Signifikanter Unterschied zwischen VG2 und KG mit $p \leq .05$.

Tabelle 21 zeigt, dass die Mittelwerte der Versuchsgruppe 2 (EKT mit doppelter Trainingsdosis) bei allen Fragen und beim Gesamtscore am höchsten sind. Damit weist die Versuchsgruppe 2 die höchste Patientenzufriedenheit auf und unterscheidet sich bei der Frage 3 („In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?“) und der Frage 4 („Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?“) sowie beim Gesamtscore jeweils signifikant von der KG. Diese signifikanten Unterschiede gegenüber der Kontrollgruppe bleiben bestehen, wenn man Versuchsgruppe 1 (EKT mit einfacher Trainingsdosis) und Versuchsgruppe 2 als eine Gruppe mit EKT zusammenfasst.

4.2 Spezielle Aspekte des EKT

Die folgenden Analysen hierzu sind ebenfalls exploratorisch. Den Teilnehmenden wurden zusätzlich 16 Fragen gestellt, die inhaltlich einen konkreten Bezug zum EKT hatten. Die Auswertung erfolgte am Ende der stationären Behandlung (T1) und zusätzlich nach einem Jahr (T2) über univariate Varianzanalysen mit Bonferroni-Korrektur bei paarweisen

Gruppenvergleichen. Die Kovariaten Geschlecht und Alter wurden kontrolliert. Jede Frage konnte mit sieben Optionen von 1 = *stimmt überhaupt nicht* bis 7 = *stimmt vollkommen* beantwortet werden.

Tabelle 22.

Mittelwertvergleiche von Fragen, die direkt mit dem EKT assoziiert sind, mit univariaten Varianzanalysen zu T1 unter Kontrolle der Kovariaten Geschlecht und Alter

	VG1	VG2	KG			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
1. Ich gebe anderen Menschen oft Zuwendung und/oder spreche ihnen Anerkennung aus.	5.33 (1.35)	5.35 (1.27)	5.49 (1.23)	0.16	.86	.00
2. Ich kann mit zwischenmenschlichen Konflikten emotional kompetent umgehen.	4.40 (1.60)	4.18 (1.38)	4.12 (1.48)	0.23	.80	.00
3. Ich bekomme bei der Arbeit viel Anerkennung und/oder Zuwendung.	3.75 (1.68)	3.64 (1.72)	4.20 (1.90)	3.32*	.04	.03
4. Ich kann anderen Menschen gegenüber emotional kompetent meine Gefühle zum Ausdruck bringen.	4.43 (1.45)	4.63 (1.48)	4.62 (1.41)	0.66	.52	.01
5. Es ist mir wichtig, emotional kompetent im Bezug auf meine eigenen Gefühle und die anderer zu sein.	6.03 (0.97)	6.11 (1.09)	5.90 (1.19)	0.92	.40	.01
6. Ich kann meine emotionalen Kompetenzen im Alltag gut einsetzen.	4.65 (1.35)	4.78 (1.16)	4.86 (1.41)	0.63	.53	.01
7. Ich kann Zuwendung und/oder Anerkennung von anderen Menschen gut annehmen.	4.50 (1.91)	4.93 (1.68)	4.22 (1.51)	4.39*	.01	.03
8. In meinen privaten Beziehungen bekomme ich viel Zuwendung und/oder Anerkennung.	4.93 (1.69)	4.57 (1.66)	4.69 (1.65)	0.51	.66	.00
9. Ich kann meine und die Gefühle anderer gut verstehen.	5.20 (1.45)	5.26 (1.26)	5.17 (1.43)	0.10	.90	.00
10. Ich kann andere Menschen in meinem Umfeld nach Zuwendung und/oder Anerkennung fragen.	3.78 (1.78)	3.68 (1.70)	3.60 (1.63)	0.16	.85	.00
11. Ich kann mir selbst Zuwendung und/oder Anerkennung geben.	3.88 (1.76)	4.12 (1.69)	3.95 (1.73)	0.45	.64	.00
12. Ich kann Gefühle von anderen Menschen wahrnehmen und respektieren.	5.80 (1.02)	5.62 (1.10)	5.69 (1.12)	0.42	.66	.00
13. Ich übernehme Verantwortung für mein Verhalten und kann mich entschuldigen, wenn ich einen Fehler gemacht, oder eine andere Person verletzt habe.	5.75 (1.19)	6.03 (1.02)	6.01 (0.99)	1.20	.30	.01
14. Ich kann eine ehrliche Entschuldigung von einer anderen Person annehmen.	5.83 (1.22)	6.13 (0.95)	6.05 (1.02)	1.46	.23	.01
15. Ich kann auch starke Gefühle anderen angemessen mitteilen.	4.33 (1.62)	4.47 (1.49)	4.54 (1.48)	0.63	.53	.01
16. Ich frage Menschen zuerst um Erlaubnis, bevor ich ihnen meine Gefühle mitteile.	3.98 (1.69)	4.49 (1.50)	3.88 (1.54)	3.84*	.02	.03

Anmerkungen. VG1 = Versuchsgruppe 1; VG2 = Versuchsgruppe 2; KG = Kontrollgruppe. * Signifikanter Unterschied zwischen VG2 und KG mit $p \leq .05$.

Die Ergebnisse zu T1 (vgl. Tabelle 22) weisen nicht darauf hin, dass eine Gruppe durchgängig mit niedrigeren oder höheren Werten auffällig ist. Insgesamt gibt es nur bei drei Fragen signifikante Unterschiede zwischen der Versuchsgruppe 2 (EKT mit doppelter Trainingsdosis) und der Kontrollgruppe. Bei Frage 3 erzielt die Versuchsgruppe 2 geringere Werte als die Kontrollgruppe, bei Frage 7 und 16 hat die Versuchsgruppe 2 jeweils höhere Werte als die Kontrollgruppe. Zu T2 bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede mehr zwischen den drei Gruppen. Wenn man allerdings die Teilnehmenden der zwei Versuchsgruppen VG1 und VG2 als eine Gruppe mit EKT zusammenfasst, besteht bei der Frage 16 zu T2 weiterhin ein signifikanter Mittelwertunterschied ($F = 5.18, p = .02$) zur Kontrollgruppe mit $M = 3.86$ vs. $M = 3.36$ zugunsten der EK-Trainingsgruppen.

4.3 Fremdrating durch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten

Mit einer von der SREIS-D abgeleiteten Fremdratingversion (vgl. Anhang B), die noch nicht vollständig teststatistisch überprüft wurde, bewerteten die ärztlichen oder psychologischen Bezugstherapeutinnen und -therapeuten ihre teilnehmenden Patientinnen und Patienten am Ende der stationären Behandlung (T1). Damit sollte zur Erfassung von EI mit Fähigkeitstest und Selbstberichtsinstrument eine zusätzliche Fremdeinschätzung zum Einsatz kommen.

Die Fragen und Skalen der SREIS-D Fremdratingversion sind analog zur SREIS-D aufgebaut, lediglich die Formulierungen in den Fragen sind abgeändert: Statt „ich“ wurde „der/die PatientIn“ eingesetzt. Auch die Auswertung erfolgte analog zur SREIS-D. Exakt nach diesem Vorgehen wurde die englische Selbstberichtskaala SREIS (Brackett et al., 2006) bereits in einer Studie von Choi und Kluemper (2012) in die Fremdratingskala *Other-report Emotional Intelligence Scale* (OREIS) umgewandelt. Cronbachs Alpha wurde in dieser Arbeit mit $\alpha = .88$ für die OREIS-Gesamtskala angegeben.

Bei der SREIS-D Fremdratingversion beträgt Cronbachs Alpha für die Unterskalen *Emotionswahrnehmung* $\alpha = .87$, *Emotionsnutzung* $\alpha = .82$, *Emotionswissen* $\alpha = .93$, *Emotionsregulation intrapersonal* $\alpha = .82$, *Emotionsregulation interpersonal* $\alpha = .86$ und $\alpha = .93$ für die Gesamtskala.

Die nachfolgend aufgeführten Analysen wurden mit den Daten am Ende der stationären Behandlung (T1) über univariate Varianzanalysen mit Bonferroni-Korrektur bei paarweisen Gruppenvergleichen durchgeführt. Parallel wurden die Ergebnisse der SREIS-D

Selbsteinschätzung zu T1 berechnet und mit t-Tests für gepaarte Stichproben mit der therapeutischen Fremdbeurteilung verglichen. Anschließend wurden noch partielle Korrelationskoeffizienten nach Pearson zwischen der SREIS-D Selbsteinschätzung und der Fremdratingversion berechnet sowie ein korrelativer Zusammenhang mit der Outcomevariable Depressionsschwere zu T2 hergestellt. Geschlecht und Alter wurden bei allen Berechnungen als Kovariaten kontrolliert. Die Ergebnisse der Analysen werden in Tabelle 23 im Überblick dargestellt.

Tabelle 23.

Mittelwertvergleiche der Fremdbeurteilung durch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mit der SREIS-D Fremdratingversion sowie Vergleich mit der SREIS-D Selbsteinschätzung mittels univariaten Varianzanalysen zu T1 unter Kontrolle der Kovariaten Geschlecht und Alter

SREIS-D Skalen	VG1	VG2	KG	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Emotionswahrnehmung						
FE	3.58 (0.64)	3.44 (0.70)	3.34 (0.84)	1.80	.17	.01
SE	3.63 (0.60)	3.65 (0.61)	3.67 (0.58)	0.03	.97	.00
Emotionsnutzung						
FE	3.27 (0.83)	3.11 (0.85)	2.80 (0.80)	10.18 ^a	.00	.08
SE	3.52 (0.96)	3.80 (0.84)	3.55 (0.89)	2.82	.06	.02
Emotionswissen						
FE	3.02 (0.68)	3.04 (0.99)	2.50 (0.95)	11.21 ^a	.00	.08
SE	3.14 (1.06)	3.10 (0.91)	3.17 (0.86)	0.24	.78	.00
ER intrapersonal						
FE	2.60 (0.84)	2.40 (0.73)	2.23 (0.76)	3.06	.05	.02
SE	2.78 (0.91)	2.77 (0.81)	2.82 (0.74)	0.23	.80	.00
ER interpersonal						
FE	3.58 (0.77)	3.38 (0.85)	3.13 (0.87)	5.08 ^b	.01	.04
SE	3.44 (0.79)	3.40 (0.77)	3.60 (0.65)	1.52	.22	.01
SREIS-D gesamt						
FE	3.21 (0.51)	3.07 (0.61)	2.80 (0.63)	9.16 ^a	.00	.07
SE	3.28 (0.61)	3.34 (0.50)	3.35 (0.51)	0.27	.77	.00

Anmerkungen. FE = Fremdeinschätzung; SE = Selbsteinschätzung. VG1 = Versuchsgruppe 1; VG2 = Versuchsgruppe 2; KG = Kontrollgruppe. ^a beide VG signifikant höhere Werte als KG mit $p \leq .05$. ^b nur VG1 signifikant höhere Werte als KG mit $p \leq .05$. Kursivdruck: Die Mittelwerte zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung unterscheiden sich signifikant mit $p \leq .05$.

Bei der Fremdbeurteilung durch die Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu T1 zeigt sich, dass die Werte für die Kontrollgruppe durchgängig niedriger sind als bei den beiden Versuchsgruppen. Dieser Unterschied ist bei drei Unterskalen und bei der Gesamtskala signifikant. Auffällig ist, dass die Versuchsgruppe 2 im Vergleich zur Versuchsgruppe 1

überwiegend mit niedrigeren Werten beurteilt wird, obwohl diese Gruppe die doppelte Anzahl an EK-Trainingseinheiten erhalten hat.

Die Ergebnisse der Selbsteinschätzung zu T1 zeigen im Vergleich zur Fremdeinschätzung keine signifikanten Gruppenunterschiede. Signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den Fremd- und Selbstbeurteilungswerten bestanden bei Versuchsgruppe 1 nicht, während bei der Kontrollgruppe alle Skalen signifikante Unterschiede aufwiesen. Die Mittelwerte der Versuchsgruppe 2 unterschieden sich signifikant bei den Skalen *Emotionsnutzung* und *ER intrapersonal*, sowie bei der Gesamtskala.

Tabelle 24:

Partielle Korrelationskoeffizienten zwischen der SREIS-D Selbsteinschätzung, Fremdratingversion und der Outcomevariable Depressionsschwere zu T2 unter Einbezug der Kovariaten Geschlecht und Alter

SREIS-D FE	EmoWa	EmoNu	EmoWi	ERintra	ERinter	gesamt	BDI-II zu T2
SREIS-D SE							
EmoWa	.07	-.02	.03	.03	.16*	.07	-.15*
EmoNu	.15*	.26*	.28*	.14*	.15*	.26*	-.29*
EmoWi	.14*	.04	.22*	.22*	.15*	.21*	-.28*
ERintra	.08	.03	.17*	.25*	.12	.18*	-.31*
ERinter	.15*	.02	.10	.23*	.22*	.19*	-.15*
gesamt	.19*	.15*	.26*	.26*	.26*	.30*	-.36*
BDI-II zu T2	-.13	-.09	-.27*	-.24*	-.16*	-.24*	-

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version; FE = Fremdeinschätzung; SE = Selbsteinschätzung. EmoWa = Emotionswahrnehmung; EmoNu = Emotionsnutzung; EmoWi = Emotionswissen; ERintra = Emotionsregulation intrapersonal; ERinter = Emotionsregulation interapersonal; gesamt = SREIS-D Gesamtscore; BDI-II zu T2 = Beck-Depressions-Inventar II bei der Follow-up Messung. * Signifikanzniveau $p \leq .05$.

Tabelle 24 zeigt, dass die SREIS-D Selbsteinschätzung mit der Fremdeinschätzung auf Basis der Gesamtskalenscores mit $r = .30$ signifikant korreliert. Auch auf Subskalenebene bestehen überwiegend signifikante Korrelationen zwischen den Skalen mit $r = .14$ bis $r = .28$. Beim korrelativen Zusammenhang mit der Depressionsschwere 12 Monate nach der Behandlung weist die SREIS-D Selbsteinschätzung insgesamt höhere Werte als die Fremdeinschätzung auf.

5 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit hatte das primäre Ziel, das psychodynamische EK-Training nach Steiner (2003) zu evaluieren. Vor dem Hintergrund der transaktionsanalytischen Basis des EKT und der überwiegend positiven Rückmeldungen von Teilnehmenden am EKT wurde angenommen, dass durch dieses Training im Rahmen der stationären klinischen Behandlung eine Steigerung von emotionalen Fähigkeiten erreicht wird, verbunden mit einer zusätzlichen Abnahme der depressiven Symptomatik. Zusätzlich wurde diesbezüglich geprüft ob es dauerhafte Effekte des EKT gibt, die auch noch nach der stationären Behandlung messbar sind. Zum Zwecke der Evaluation wurden Daten an einer größeren klinischen Stichprobe im stationären Kontext mit zwei Versuchsgruppen und einer Kontrollgruppe über ein quantitativ orientiertes Längsschnittdesign zu drei Messzeitpunkten erhoben. Für die Datenerfassung kamen verschiedene EI-/ER-Maße zum Einsatz sowie ein spezifisches Instrument für depressive Symptomatik. Die Datenauswertung erfolgte mittels Varianzanalysen (ANOVA; einfaktoriell und mit Messwiederholung) und multiplen linearen Regressionsanalysen um zeitliche Veränderungen bzw. Wechselwirkungen zwischen den Messzeitpunkten und den EI-/ER- bzw. klinischen Messwerten abzubilden. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammengefasst dargestellt und diskutiert.

5.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Es besteht ein Mangel an vergleichbarer klinischer Forschung zur Verbindung zwischen emotionalen Fähigkeiten und psychischer Gesundheit sowie geeigneten Trainingsmaßnahmen zur Steigerung emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext (s. Kap. 2.2.1 und 2.2.2). Vorhandene Studien basieren in der Regel auf uneinheitlichen theoretischen Konzeptionen und unterschiedlichen psychometrischen Erfassungsweisen, so dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse nur eingeschränkt möglich ist. Zudem beruhen die Forschungsergebnisse beinahe ausschließlich auf kleinen Stichproben aus nicht-klinischen Populationen und sind meist ohne Follow-up Untersuchungen.

Um diese Mängel aufzugreifen wurde in der vorliegenden Arbeit auf eine theoretische Orientierung am Vier-Facetten-Modell der EI Wert gelegt, auf eine entsprechende psychometrische Erfassung geachtet und zusätzlich ein Instrument zur Erfassung von zwei ER-

Stilen eingesetzt. Dabei wurden für detailliertere Ergebnisse auch die Unterskalen der verwendeten EI-Tests ausgewertet.

Zur Erfassung von EI als Fähigkeit wurde in der vorliegenden Arbeit zudem die bisher größte klinische Stichprobe im stationären klinischen Kontext verwendet, so dass auch Dosiseffekte auf der Basis von zwei Versuchsgruppen unter Kontrolle der Parameter Geschlecht und Alter untersucht werden konnten.

Außerdem wurde erstmalig ein psychodynamisches EK-Training evaluiert mit einem Fremdrating nach der EK-Intervention und einer Follow-up Untersuchung nach 12 Monaten.

Diskussion der Ergebnisse zu den vier Hypothesen

Trotz der großen Stichprobe konnten für die ersten drei Hypothesen keine Belege mit den eingesetzten EI-/ER-Testinstrumenten gefunden werden.

Hinsichtlich der ersten Hypothese (H1: EKT bewirkt zusätzliche EI-/ER-Steigerung) wurde zwar eine Steigerung der EI-/ER-Messwerte während der stationären Behandlungszeit gemessen, jedoch gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Folglich konnte für das EKT kein Zusatzeffekt nachgewiesen werden, auch nicht mit doppelter Trainingsdosis.

Im Hinblick auf die zweite Hypothese (H2: EKT bewirkt zusätzliche EI-/ER-Steigerung dauerhaft) war das Ergebnis ähnlich. Nach einem Jahr konnten zwar noch Verbesserungen der EI-Werte mit Fähigkeitstest und Selbstbericht im Vergleich zum stationären Ausgangsniveau nachgewiesen werden, aber ohne Gruppenunterschiede. Für den ER-Stil *Unterdrückung* war die erreichte Verbesserung zu Behandlungsende nach 12 Monaten nicht mehr vorhanden.

Konträr zur dritten Hypothese (H3: EKT bewirkt zusätzliche Verbesserung der Depressionssymptomatik) zeigte sich im Ergebnis, dass die Kontrollgruppe im Vergleich zu den beiden Versuchsgruppen zum Ende der stationären Behandlung signifikant bessere Werte in der Reduktion der depressiven Symptomatik erreichte.

Für diese nicht hypothesenkonformen Ergebnisse können verschiedene Erklärungsansätze herangezogen werden.

Zunächst stellt sich die Frage, ob im gegebenen stationären Setting ein Überstrahleffekt einer spezifischen EK-Intervention überhaupt zu erwarten war, nachdem im Rahmen der Behandlung viele und vielfältige therapeutische Interventionen parallel zum Einsatz kamen, die eine

Steigerung der emotionalen Fähigkeiten bewirken können bzw. zum Ziel haben. Diese Überlegung stützen Lammers und Berking (2018) indem sie in einer Überblicksarbeit schlussfolgern, dass immer mehr Psychotherapiekonzepte diagnosespezifische Techniken der Emotionsregulation aufweisen.

Weiterhin stellt sich die Frage, ob die Aufteilung der Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe in zwei verschiedene Abteilungen ggf. das Wirken von Störfaktoren begünstigt hat. Zwar zeigten sich zwischen den drei Gruppen zu Behandlungsbeginn außer bei der Geschlechterverteilung keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Merkmale, den EI-/ER-Ausgangswerten und der Depressionssymptomatik, dennoch könnten sich im Laufe der Behandlung Faktoren wie ein unterschiedliches Therapeutenteam oder die unterschiedliche Zusammenstellung von Therapiemodulen auf die Ergebnisse der Untersuchung ausgewirkt haben. Ggf. wurde aber auch die gewünschte Trennung der Abteilung mit und ohne EKT real nicht erreicht, weil letztendlich die Therapeutenteams beider Abteilungen mit dem EKT vertraut waren und für alle teilnehmende Personen die Möglichkeit bestand, sich über das EKT auch außerhalb der regulären Therapiezeit im Wohnsetting oder bei den täglichen Mahlzeiten auszutauschen.

Das positivere Abschneiden der Kontrollgruppe bei der Depressionssymptomatik am Ende der stationären Behandlung könnte auch dadurch erklärt werden, dass die Kontrollgruppe neben den beiden Versuchsgruppen nicht nur TAU (treatment-as-usual) als Ersatz für das EKT bekam, sondern mit dem Achtsamkeitstraining bzw. der kognitiven Depressionsgruppe direkt wirksame Therapieverfahren gegen depressive Symptomatik.

Bei der vierten Hypothese (H4: EKT hilft als protektiver Faktor gegen depressive Symptomatik) zeigte sich dagegen ein anderes Ergebnis. Ein Jahr nach Behandlungsende wies die Versuchsgruppe mit doppelter EK-Trainingsdosis den niedrigsten durchschnittlichen Depressionswert aller drei Gruppen auf, der als einziger im subklinischen Bereich depressiver Symptomatik lag. Zudem zeigte sich der Depressionswert nach dem Ende der stationären Behandlung stabiler als bei der Kontrollgruppe. Als Moderator für die Reduktion der Depressionswerte fungiert alleinig die EI-Steigerung auf der Unterskala *ER eigene Emotionen* des Leistungstests MSCEIT. Das ist zwar plausibel, weil ER im direkten Zusammenhang mit Depression steht (Barnow et al., 2013). Andererseits wurde von vielen eingesetzten Skalen nur diese eine als Moderator signifikant.

Es besteht also die Möglichkeit eines Fehlers erster Art, d.h. das Ergebnis könnte zufällig sein. Deshalb besteht kein eindeutiger Hinweis darauf, dass durch die Behandlung mit doppelter EKT-Dosis ggf. depressive Rezidive reduziert werden können, obwohl sich dieses Ergebnis mit dem Befund einer Studie von Mühlberger und Renner (2016) decken würde, bei der sich ebenfalls erst nach 12 Monaten ein Wirkungszusammenhang zwischen EI-Training und Depressionsschwere zeigte.

Neben einem möglichen Fehler erster Art bleibt durch die Ergebnisse zu Hypothese 4 zudem empirisch ungeklärt, warum das EKT in geringerer Dosis nicht wirksam wird und bzgl. der Verbesserung von depressiver Symptomatik sogar hinter der Kontrollgruppe zurückbleibt. Möglicherweise wird nur durch die doppelte Dosis des EKT und einer damit verbundenen Schwerpunktlegung auf das Konzept der Emotionalen Kompetenz nach Steiner (2003) eine tiefere Verankerung mit Nachhaltigkeit bewirkt. Zudem könnte die doppelte Dosis in der Versuchsgruppe mit Zusatztraining noch stärker wirksam sein, weil die Zusatzgruppe im Durchschnitt von fünf Personen weniger besucht wurde als die Hauptgruppe mit allen Teilnehmenden.

Alternativ könnte das unterschiedliche Ergebnis bezüglich der prophylaktischen Wirkung auf depressive Symptomatik zwischen den beiden Versuchsgruppen auf einem Selektionseffekt beruhen, obwohl die Prätestäquivalenz auf Basis der untersuchten Parameter vollständig gegeben war. Weil die Teilnehmenden von sich aus entscheiden konnten, ob sie an der Gruppe mit doppelter EK-Trainingsdosis (VG2) oder der Standardvariante (VG1) teilnehmen, können Unterschiede mit Wirkungszusammenhang in nicht erfassten Personenparametern liegen, wie z. B. Offenheit für Erfahrungen, allgemeine Intelligenz oder sozioökonomischer Status. Letzterer steht in direktem Zusammenhang mit depressiver Symptomatik (Busch et al., 2013).

Auch die spezielle Motivation an einem EK-Training teilzunehmen, könnte trotz gleicher allgemeiner Behandlungsmotivation den Unterschied zwischen den beiden Versuchsgruppen mitbewirkt haben, zumal die EK-Standardtrainingsgruppe für alle Teilnehmenden eine Pflichtveranstaltung war, an der sonst ggf. nicht jede Person in der Abteilung freiwillig teilgenommen hätte.

Ergebnisse der Zusatzevaluation des EKT

Neben der Erfassung von EI und ER mit Leistungstest bzw. Selbstberichtinstrumenten bei den Teilnehmenden ermöglichte das EI-Fremdrating durch die behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten am Ende der stationären Behandlung eine weitere Perspektive zur Einschätzung der Ergebnisse.

Hier waren die EI-Werte der Versuchsgruppen sowohl auf EI-Facettenebene als auch beim EI-Gesamtscore durchgängig höher und damit besser als bei der Kontrollgruppe. Auf Basis der intensiven therapeutischen Zusammenarbeit könnte grundsätzlich von validen Ergebnissen bei der Fremdbeurteilung ausgegangen werden.

Zudem waren die internen Konsistenzen der SREIS-D Fremdratingversion höher als bei der Selbsteinschätzung was sich mit Ergebnissen von Balsis et al. (2015) zum Thema höhere interne Konsistenzen bei persönlichkeitsbezogenen Fremdbeurteilungen deckt und die Reliabilität der Skala unterstützt. Dieser Befund steht jedoch im Widerspruch zu den Ergebnissen der EI-Selbsteinschätzung bei der es keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen gab, obwohl die beiden verwendeten Skalen signifikant korrelieren. Daher könnten auch die bereits aufgeführten Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen den Therapeutenteams und den Abteilungen für dieses Ergebnis verantwortlich sein.

Für die Prädiktion zukünftiger Depressionsschwere eignet sich nach den vorliegenden Daten die EI-Selbsteinschätzung besser als die therapeutische EI-Fremdeinschätzung. Dieses Resultat widerspricht den Befunden von Balsis et al. (2015), Choi und Kluemper (2012) sowie Elfenbein et al. (2015), bei denen die Fremdeinschätzung der bessere Prädiktor für externe Kriterien war. Der Befund von Hodzic et al. (2018) bei nicht-klinischen Stichproben, dass es keinen Unterschied zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung im Hinblick auf die Ergebnisse bei EI-Trainingsevaluationen gibt, kann ebenfalls nicht bestätigt werden. Insofern sind die hier berichteten Ergebnisse der Fremdbeurteilung empirisch nicht schlüssig und sollten ohne zusätzliche Ergebnisse mit der SREIS-D Fremdbeurteilungsskala nicht interpretiert werden.

Nachdem das EKT von Steiner (2003) im Wesentlichen auf konstruktive und befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen vor dem Hintergrund der Emotion Liebe abzielt, wurden als Zusatzevaluation mit zwei weiteren Fragebögen noch andere Wirkungsbereiche des EKT exploriert.

Dabei zeigte sich bei der gegen Ende der stationären Behandlung abgefragten Patientenzufriedenheit mit dem ZUF-8, dass die Versuchsgruppe mit doppelter EK-Trainingsdosis (VG2) bei allen Fragen den höchsten Mittelwertscore erreichte und sich damit auch im Gesamtscore als insgesamt zufriedener signifikant von der Versuchsgruppe ohne Zusatztraining (VG1) und der Kontrollgruppe (KG) unterschied. Die Teilnehmenden der VG2 erlebten stärker, dass die Klinik ihren Bedürfnissen entsprach und sie die Klinik Freunden weiterempfehlen würden. Nachdem alle Mittelwertscores über acht Fragen hinweg am höchsten waren, ist diesbezüglich nicht von einem Zufallsbefund auszugehen. Eine Ursache für das positive Ergebnis bei der VG2 könnte die höhere Therapiedosis sein. Möglich wären aber ebenfalls Unterschiede in den Persönlichkeitsparametern der Teilnehmenden am EKT mit doppelter Trainingsdosis, weil die Wahl dieser Gruppe freiwillig war. Alternativ könnte eine über das EKT vermittelte besonders gelungene Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung eine wesentliche Rolle spielen, weil eine gute Qualität der Therapiebeziehung signifikant zu einem besseren Therapieergebnis (Orlinsky et al., 2004) und zu höherer Patientenzufriedenheit führt. In einer Arbeit von Kriz et al. (2008) mit über 50000 Rehabilitanden steht die Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung als zentrales Element für die mit dem ZUF-8 erfassten Patientenzufriedenheit. Dafür spricht in der vorliegenden Studie, dass die Teilnehmenden die anleitenden therapeutisch Tätigen während des EKT positiv als emotional kompetente Menschen wahrnahmen, die sich in der Gruppe auf Augenhöhe zeigten und sich mit eigenen Emotionen einbringen konnten. In der VG2 konnten die Teilnehmenden diese Art von Beziehung intensiver miterleben als die anderen beiden Gruppen. Ggf. wurde dieser Effekt durch eine stärkere Gruppenkohäsion in der VG2 verstärkt, die als ein wichtiger Wirkfaktor äquivalent zur Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung in der Einzeltherapie gilt (Marquet & Eckert, 2009).

Neben den positiven Ergebnissen bei der Patientenzufriedenheit für die VG2 zeigte die exploratorische Abfrage spezieller Aspekte des EKT am Ende der stationären Behandlung ebenfalls, dass VG2 in Bezug auf zwei Kernthemen des EKT besser profitieren konnte.

Konkret waren das Annehmen von zwischenmenschlicher Zuwendung bzw. Anerkennung und auch die Achtsamkeit bei der Gefühlsmittelung anderen gegenüber subjektiv stärker ausgeprägt, als bei den anderen beiden Gruppen. Bei der Follow-up Untersuchung war dieser Effekt jedoch nicht mehr nachweisbar. Allerdings hatte die erhöhte Achtsamkeit bei der Gefühlsmittelung anderen gegenüber noch Bestand, wenn beide Versuchsgruppen als eine

Einheit mit der Kontrollgruppe verglichen wurden. Das spricht dafür, dass dieses EKT Kernthema auch mit längerfristiger Wirkung den Teilnehmenden vermittelt wurde.

Bei den speziellen Fragen zum EKT zeigte sich noch ein weiterer Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und den beiden Versuchsgruppen. Am Behandlungsende waren die Werte der Kontrollgruppe für viel Anerkennung bzw. Zuwendung bei der Arbeit signifikant höher. Ein Grund für dieses Ergebnis könnte darin liegen, dass durch das EKT ein sehr starkes Gewicht auf zwischenmenschliche Beziehungsthemen umgesetzt wird und damit der Bereich Arbeit mit assoziierter Leistungserbringung zunächst als Quelle für Zuwendung bzw. Anerkennung weniger relevant erlebt oder sogar abgewertet wurde. Im EKT wird teilweise darauf hingearbeitet Zuwendung bzw. Anerkennung von Leistung zu entkoppeln um Gefühle von bedingungsloser Annahme und Liebe positiv zur Wirkung zu bringen. Ein Jahr nach der Behandlung bestand dieser Gruppenunterschied bzgl. dem Bereich Arbeit und Zuwendung bzw. Anerkennung jedoch nicht mehr, so dass mögliche langfristige Auswirkungen dieser Überlegungen nicht interpretiert werden können.

Diskussion des Nebenergebnisses

Die Untersuchung des Prädiktionswerts der eingesetzten EI-/ER-Skalen bezüglich depressiver Symptomatik zum Behandlungsende bzw. ein Jahr nach der Behandlung brachte interessante Ergebnisse hervor. Eine besondere Rolle spielen Aspekte der Emotionsregulation.

Mit den Ausgangswerten zu Behandlungsbeginn der beiden Emotionsregulationsstile *Unterdrückung* und *Neubewertung* sowie mit der ER-Unterfacette *eigene Emotionen* des EI-Leistungstests war die Vorhersage der Depressionsschwere sowohl zum Ende der Behandlung als auch zur Follow-up Messung nach zwölf Monaten möglich. Andere EI-Skalen zeigten dagegen keine signifikante Verbindung.

Diese Ergebnisse decken sich mit anderen Studien zum Zusammenhang zwischen ER und Depression. Hansenne (2012) schlussfolgert aus klinischer Perspektive, dass ER das Kernelement für depressive Erkrankungen und auch andere affektive Störungen darstellt. Barnow et al. (2013) berichten auf Basis einer metaanalytischen Auswertung über den konkreten Zusammenhang zwischen ER und Depression. Berking et al. (2014) fanden darüber hinaus einen prädiktiven Zusammenhang zwischen ER und depressiven Symptomen mit einem Abstand von fünf Jahren.

Neben den beschriebenen ER-Skalen zeigte auch das Geschlecht einen stabilen prädiktiven Zusammenhang zur depressiven Symptomatik dahingehend, dass die weibliche Geschlechtsausprägung mit höherer Depressionsschwere zu beiden Messzeitpunkten verbunden war. Dieses Resultat bestätigt das bekannte Verhältnis zwischen Geschlecht und Depression (Busch et al., 2013).

Interessanterweise verändert sich die Verbindung zwischen den EI-/ER-Skalen und der Depressionsschwere bei der Follow-up Untersuchung, wenn statt der EI-/ER-Werte zu Behandlungsbeginn die Werte am Behandlungsende zur Prädiktion herangezogen werden. Dann zeigt die SREIS-D Gesamtskala den höchsten prädiktiven Wert neben dem Emotionsregulationsstil *Unterdrückung* und der SREIS-D Unterskala *ER interpersonal*. Andere EI-/ER-Skalen weisen keinen prädiktiven Zusammenhang mehr auf. Folglich sind zu diesem Messzeitpunkt nur noch Selbstberichtsinstrumente relevant. Eine höhere selbsteingeschätzte EI gemessen mit der SREIS-D Skala weist dabei auf eine geringere Depressionsschwere 12 Monate nach der Behandlung hin. Hohe Werte bei der ER-Skala *Unterdrückung* und der SREIS-D Unterskala *ER interpersonal* stehen dagegen mit höheren Depressionswerten in Verbindung. Unklar ist zunächst bei diesem Befund, warum die SREIS-D Unterskala *ER interpersonal* mit stärkerer depressiver Symptomatik korreliert, obwohl der SREIS-D Gesamtwert eine geringere Depressionsschwere vorhersagt. Eine mögliche Erklärung findet sich bei genauer Betrachtung der vier Items dieser Skala. Hier fällt auf, dass diese Items altruistische Verhaltensweisen abfragen, die wiederum positiv mit Depression korrelieren (Fujiwara, 2007).

Beim Vergleich der EI-/ER-Werte zu Behandlungsbeginn und zum Behandlungsende zeigt sich im Ergebnis, dass anfangs Aspekte der Emotionsregulation die höchste prädiktive Verbindung zur Depressionsschwere 12 Monate nach der Behandlung zeigen, während sich am Behandlungsabschluss die selbsteingeschätzte EI als stärkster Prädiktor zeigt. Die Aussagekraft liegt zu diesem Messzeitpunkt alleinig bei den EI-/ER-Selbstberichtsinstrumenten, der EI-Leistungstest besitzt diesbezüglich keine Relevanz mehr. Ggf. wird mit der stationären klinischen Behandlung eine verbesserte Selbsteinschätzung von emotionalen Fähigkeiten erreicht, die dadurch an Prädiktionswert gewinnen. Im Umkehrschluss würde das bedeuten, dass EI-Selbsteinschätzung ohne vorherige intensive Auseinandersetzung mit emotionalen Themen möglicherweise weniger Aussagekraft besitzt und die Validität damit eingeschränkt ist.

Zusammengefasst liefern die Befunde der vorliegenden Studie wichtige Beiträge zum Training emotionaler Fähigkeiten im stationären klinischen Kontext.

Festgestellt wurde eine generelle Steigerung emotionaler Fähigkeiten im Verlauf der stationären Behandlung, auch ohne ein spezifisches Training emotionaler Kompetenzen.

Im Hinblick auf das EKT von Steiner (2003) zeigte sich, dass ein psychodynamisches Training für emotionale Fähigkeiten wirksam sein kann. Beim EKT zeigte sich mit der doppelten Trainingsdosis unmittelbar eine höhere Zufriedenheit mit der stationären klinischen Behandlung und langfristig eine verringerte depressive Symptomatik, die ggf. depressive Rezidive vorbeugen bzw. abmildern kann. Ggf. besteht längerfristig auch eine höhere Achtsamkeit gegenüber den Gefühlen anderer Personen. Zur Prädiktion von zukünftiger depressiver Symptomatik ergab sich ein relevanter Unterschied zur Aussagekraft verschiedener EI-/ER-Erfassungsinstrumente in Abhängigkeit davon, ob zu Beginn oder am Ende der Behandlung gemessen wurde.

5.2 Kritische Würdigung: Stärken und Limitationen der Studie

Als besondere Stärken der vorliegenden Studie sind insgesamt drei Punkte hervorzuheben. Erstens basiert diese Untersuchung auf einer klinischen Stichprobe mit der bisher höchsten Zahl an Teilnehmenden ($n = 293$) im Zusammenhang mit EI und EK-Training bei stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit psychischer Erkrankung. Durch die hohe Stichprobengröße erhöht sich die Teststärke und es konnte der Einfluss bestimmter Merkmale der Teilnehmenden (hier: Geschlecht und Alter) ausreichend kontrolliert werden.

Zweitens wurde im Längsschnittdesign eine Follow-up Untersuchung nach 12 Monaten durchgeführt, die vor allem wegen der hohen Zahl an Teilnehmenden mit $n = 213$ (72.7 %) die Aussagekraft der Langzeitergebnisse unterstützt. Bisher gab es eine Follow-up Untersuchung nach 12 Monaten nur in einer vergleichbaren Arbeit im stationären klinischen Kontext von Mühlberger und Renner (2016), bei der allerdings die Rücklaufquote der Teilnehmenden mit 26 % der ursprünglichen Stichprobe sehr gering war. Deshalb konnten konkret nur noch 19 Personen der Trainingsgruppe und 26 Personen der Kontrollgruppe in die Analysen ein Jahr nach der Behandlung einbezogen werden.

Drittens beruht die vorliegende Studie auf einer theoretischen Orientierung am Vier-Facetten-Modell der EI mit dem Einsatz eines entsprechenden Leistungstests und einem

Selbstberichtverfahren bei der psychometrischen Erfassung. Zusätzlich wurde ein etabliertes Instrument zur Erfassung von zwei spezifischen Emotionsregulationsstilen eingesetzt. Dadurch erhöht sich die Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Weitere Stärken der vorliegenden Arbeit liegen in der differenzierten Betrachtung von Ergebnissen auf EI-/ER-Unterskalenebene, der systematischen Variation von Trainingsmengen beim EKT sowie im Einsatz von Fremdbeobachtung.

Neben den genannten Stärken sind jedoch auch Einschränkungen zu berücksichtigen. An erster Stelle ist zu nennen, dass es keine randomisierte Verteilung der Teilnehmenden auf die Versuchsgruppen und die Kontrollgruppe gab. Der Versuch einer randomisierten Zuweisung wurde zu Beginn der Datenerhebung unternommen, jedoch lehnten viele Patientinnen und Patienten diese Art der Zuteilung ab. Die Zahl der Teilnehmenden hätte sich damit deutlich reduziert und es hätte sich eine wenig kontrollierbare Vorselektion ergeben. Um diese Nachteile zu vermeiden, wurde auf eine Randomisierung verzichtet. In einer Metaanalyse von Hodzic et al. (2018) bestand kein moderierender Effekt einer Randomisierung bei der Wirkung von EI-Trainings. Dennoch wurden mögliche Auswirkungen der fehlenden Randomisierung bei der Diskussion der Ergebnisse erörtert.

Als weitere Einschränkung ist zu benennen, dass vom EI-Fähigkeitstest MSCEIT die Unterskalen *Emotionswahrnehmung* und *Emotionsnutzung* nicht zum Einsatz kamen. Damit konnte kein EI-Gesamtscore auf Basis des Leistungstests berechnet und für die Analysen eingesetzt werden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um die Compliance der Teilnehmenden durch überlange Testungen nicht zu gefährden und, weil davon ausgegangen wurde, dass diese beiden Unterfacetten zumindest zum Teil in den abgefragten EI-Facetten *Emotionswissen* und *Emotionsregulation* enthalten sind, weil diese darauf aufbauen. Dennoch können dadurch wichtige Ergebnisse fehlen, die sich unter Verwendung der nicht genutzten Skalen ergeben hätten. Die Metaanalyse von Hodzic et al. (2018) bestätigt diese Überlegungen. Demnach hat sich die EI-Unterfacette *Emotionswissen* bzw. *Emotionsverstehen* als stärkster Moderator für EI-Trainingserfolg bei nicht-klinischen Stichproben gezeigt. Darüber hinaus war auch die Facette *Emotionsnutzung* zu einem geringeren Anteil moderierend. Die Dimensionen *Emotionswahrnehmung* und *Emotionsregulation* blieben ohne Effekt.

Eine weitere Einschränkung stellt der Einsatz einer bisher noch nicht statistisch überprüften Fremdratingskala dar. Diese wurde lediglich von dem vorhandenen

Selbsteinschätzungsinstrument SREIS-D adaptiert. Die Ergebnisse der Fremdbeurteilung sind daher, wenn überhaupt, nur mit Vorsicht zu interpretieren. Außerdem wurde die Skala nur zu einem Messzeitpunkt eingesetzt, so dass keine Veränderungs- oder Vergleichsmessung als Indiz für die Validität zur Verfügung steht. Insgesamt ist die Aussagekraft der Fremdratingergebnisse damit als gering einzuschätzen.

Die letzte Einschränkung besteht in dem unterschiedlichen Verhältnis von Frauen und Männern in den drei Untersuchungsgruppen, das sich im Rahmen der Untersuchung zur Prätestäquivalenz gezeigt hat. In beiden Versuchsgruppen sind männliche Teilnehmende ungefähr zu einem Drittel vertreten, in der Kontrollgruppe nur zu ca. einem Sechstel. Das kann Ergebnisse im Zusammenhang mit Depression beeinflusst haben, weil die weibliche Geschlechtsausprägung stärker mit depressiver Symptomatik assoziiert ist (Busch et al., 2013), was auch in dieser Untersuchung bestätigt wurde. Um die Variable *Geschlecht* zu kontrollieren wurde sie daher bei den Analysen als Kovariate berücksichtigt.

5.3 Implikationen für die klinische Praxis und weitergehende Forschung

Als sehr positiv zu bewerten ist, dass die stationäre Rehabehandlung im gegebenen Setting unabhängig vom EKT eine nachhaltige Zunahme an emotionalen Fähigkeiten bei den behandelten Patientinnen und Patienten bewirkt hat, die nach einem Jahr noch mittels EI-Leistungstest und EI-Selbstberichtverfahren messbar ist. Wenn dieser nachhaltige Effekt auch in anderen psychosomatischen Kliniken nachweisbar wäre, bestünde allein schon durch die Zuweisung zur stationären Behandlung bei gegebener Indikation die Möglichkeit emotionale Fähigkeiten innerhalb weniger Wochen zu steigern um den positiven Effekt auf die psychische Gesundheit zu nutzen.

Weil spezielle Trainings für emotionale Fähigkeiten als Behandlungsmodule einen signifikanten Zusatzeffekt bei der Steigerung emotionaler Fähigkeiten herbeiführen können, ist eine Implementierung in stationäre klinische Behandlungskonzepte sehr sinnvoll. Wie die Erkenntnisse der vorliegenden Studie gezeigt haben, spielt ggf. die Trainingsmenge eine Rolle bei der langfristigen Steigerung emotionaler Fähigkeiten und der Wirksamkeit für die Depressionsbehandlung. Diesbezüglich sollten weitere Studien unter Variation der Trainingsmenge durchgeführt werden. Dass eine höhere Trainingszeit grundsätzlich empfehlenswert ist, lässt auch die Metaanalyse von Hodzic et al. (2018) vermuten, die

zumindest bei nicht-klinischen EI-Interventionen gezeigt hat, dass jede Stunde mehr bei der wöchentlichen Trainingszeit einen höheren Effekt bei der Wirkung von Trainings emotionaler Fähigkeiten bewirkt. Die Frage nach der effektivsten Trainingsdosis sollte im systematischen Zusammenhang mit der Gruppengröße und möglichen Trainingssettings weiter erforscht werden.

Bisher völlig außer Acht gelassen wurde bei der Evaluation von EI-Trainings das ambulante Setting im Rahmen der Behandlung psychisch erkrankter Personen. In großen aktuellen Überblicksarbeiten mit Metaanalysen zur Wirksamkeit von EI-Trainings (z.B. Hodzic et al., 2018; Kotsou et al., 2019) gibt es dazu keine Studien. Als ein Anhaltspunkt für die Relevanz dieses Themas können die unter Punkt 2.3 genannten Ergebnisse mit positiver Resonanz zum EKT im ambulanten Setting von Gasche (2010) sein. Dazu wären Studien unter Einsatz geeigneter EI-Erfassungsinstrumente, vorzugsweise orientiert am Vier-Facetten-Modell der EI, notwendig. Zu klären wäre dabei auch, ob die Ergebnisse aus dem stationären klinischen Bereich auf die Behandlung psychisch erkrankter Personen im ambulanten Setting übertragbar sind und ob Training emotionaler Fähigkeiten dabei bessere Ergebnisse im Einzel- oder Gruppensetting zeigt.

Unabhängig vom Setting sind darüber hinaus noch diverse andere Forschungsfragen offen. Nachdem nicht jede Person in gleichem Maße von einem gegebenen Training emotionaler Fähigkeiten profitieren wird, wäre zu klären, für welche Personenparameter (z. B. Art der psychischen Erkrankung, Geschlecht, Bildung, EI-Ausgangswert) welche Art von Training besonders geeignet ist. Von besonderer Bedeutung sind diese Überlegungen für die spezifische Behandlung von psychischen Erkrankungen, weil sich z. B. bei Hertel et al. (2009) gezeigt hat, dass bei verschiedenen Erkrankungen jeweils andere Defizite im Bereich der EI bestehen. Deshalb wäre die Exploration der charakteristischen EI-/ER-Defizite bei psychischen Erkrankungen eine Grundlage für eine effektive Anwendung von EI-/ER-Trainingsmodulen.

Generell muss bei der Anwendung eines Trainings emotionaler Fähigkeiten unterschieden werden, ob es auf klinische oder nicht-klinische Zwecke ausgerichtet ist, da es grundsätzliche Unterschiede bei EI bzw. ER zwischen klinischen und nicht-klinischen Populationen gibt (vgl. Vöhringer et al., 2020). Bei klinischen Populationen ist die Emotionsregulation der wichtigste Bereich (vgl. Ergebnis dieser Arbeit und z. B. Fehlinger et al., 2013), in nicht-klinischen Bereichen hat sich Emotionswissen als besonders relevant gezeigt, während Emotionsnutzung eher geringere Bedeutung hat (vgl. Hodzic et al., 2018). Nachdem bei nicht-klinischen

Populationen weniger Defizite auf Ebene der Emotionsregulation zu finden sind, kann die EI evtl. über Emotionswissen und -verstehen wirksam gesteigert werden. Bei klinischen Populationen müssten dagegen eher Defizite bei der Emotionsregulation verbessert werden, die sich bei depressiven Erkrankungen ggf. besonders im akuten Krankheitsfall zeigen (Hansenne & Bianchi, 2009; Kim et al., 2017). Folglich ist beim Einsatz von EI-Messinstrumenten vorrangig auf Ergebnisse der Unterskalen zu achten, weil mit dem EI-Gesamtscore wichtige Detailergebnisse nicht erkennbar sind. Bei der Betrachtung von Emotionsregulation auf Prozessebene muss der Fokus für einen praxisrelevanten Nutzen im klinischen Setting ebenfalls auf einzelne ER-Stile und Strategien gerichtet werden (vgl. Ergebnisse dieser Arbeit und z. B. Barnow et al., 2013).

Im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Prädiktionsstärke von EI-/ER-Maßen in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt ergeben sich neue Fragestellungen hinsichtlich des Einsatzes dieser Instrumente und der Ergebnisinterpretation. Nachdem in der vorliegenden Studie lediglich drei verschiedene EI-/ER-Messinstrumente Anwendung fanden, sollte für weitere EI-/ER-Messverfahren ebenfalls eine vergleichende Prüfung der Prädiktionsstärke erfolgen, um die Validität von Ergebnissen zu erhöhen. Speziell sollte dabei unterschieden werden, ob es sich um einen Leistungstest oder ein Selbstberichtverfahren handelt und auf welcher theoretischen Konzeption das Instrument beruht. Klärung benötigt daneben weiter die Frage, ob Beschäftigung mit emotionalen Themen bzw. die Teilnahme an einem EI-/ER-Training die Selbsteinschätzung eigener emotionaler Fähigkeiten dahingehend verändert, dass ein Selbstberichtverfahren einem Leistungstest in der Aussagekraft überlegen ist.

Als weiteres Forschungsfeld im klinischen Setting bleibt die Rolle von EI-/ER-Fremdbeobachtungsinstrumenten offen. Die Ergebnisse mit der SREIS-D Fremdeinschätzungsskala, orientiert an der OREIS (Choi & Kluemper, 2012), zeigten sich in der vorliegenden Arbeit zum Teil nicht stimmig mit anderen Befunden. Deshalb werden weitere Befunde mit dieser Skala benötigt, um die vorliegenden Ergebnisse adäquat zu interpretieren und zu beurteilen, ob sich dieses Instrument für die klinische Anwendung eignet, oder ob ggf. andere Fremdbeurteilungsverfahren validere Ergebnisse liefern. Insgesamt bestätigt die vorliegende Untersuchung jedoch die besondere klinische Relevanz von EI-/ER-Messinstrumenten im stationären Setting.

Für das EKT ergeben sich unter Berücksichtigung der Datenlage noch spezielle Implikationen und Fragestellungen. Zunächst stellt sich die Frage, ob die positive Wirkung des EKT auf

andere psychische Erkrankungen übertragen werden kann, und ob der Einsatz in anderen Kontexten sinnvoll und effektiv ist z. B. in Organisationen, beim Führungskräfte-Training, beim (Team-) Sport oder bei der Paarberatung.

Neben der Anwendung im stationären klinischen Kontext wäre der Fokus auf die ambulante Behandlung wichtig, um einem breiteren und größeren Personenkreis die Möglichkeit zur Teilnahme am EKT zu ermöglichen. Interessant wäre die Klärung der evtl. unterschiedlichen Effektivität im Einzel- vs. dem Gruppensetting unter Berücksichtigung der Therapiemenge. Eine hohe Wirksamkeit in der Einzelsituation könnte den gezielten Einsatz des EKT im Rahmen von ambulanten Einzelpsychotherapien möglich machen. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang die Beantwortung der Frage, welche Personen für welches Ziel am besten vom Training profitieren, so dass sich eine klare Indikationsstellung ergibt. Die vorliegende Studie liefert allerdings einen Hinweis darauf, dass die Freiwilligkeit der Teilnahme ggf. wichtiger ist, als eine Zuweisung z. B. nach Indikation.

Inhaltlich erreicht das EKT viele Teilnehmende auf eine positive Art und Weise. Die Komponente „mit Herz“ wird darüber erkennbar. Allerdings könnte das EKT ggf. durch zusätzliche Module erweitert werden, um die Effektivität zu erhöhen. Sinnvoll wären konkrete psychoedukative Elemente für die EI-Facetten *Emotionswissen* und *Emotionsregulation* sowie spezielle Übungen im Bereich der *Emotionsregulation*, z. B. zum Umgang mit Angst oder Aggression. Ggf. könnte das Training mit solchen Zusatzelementen individuell auf unterschiedliche Defizite von teilnehmenden Personen oder auch auf verschiedene psychische Störungsbilder (z. B. Angststörung oder Sucht) angepasst werden.

Nachdem in der vorliegenden Studie möglicherweise spezifische Wirkungen des EKT mit den eingesetzten Messverfahren nicht erfasst wurden, wäre es für weitere Evaluationsarbeiten empfehlenswert, zusätzlich andere Messinstrumente einzusetzen, die ggf. besser geeignet sind, die Trainingsdimension Liebe bzw. „mit Herz“ abzubilden und auch beziehungsorientierte Aspekte sowie das zentrale EKT-Thema Zuwendung bzw. Anerkennung in die Betrachtung einzubeziehen. Auch gezielte Neuentwicklungen dafür geeigneter Instrumente könnten in Betracht gezogen werden.

Zusammengefasst besteht weiterhin eine große Diskrepanz zwischen vielen offenen Fragen und vorhandenen Forschungsarbeiten bzgl. der Wirkung und dem Training von EI bzw. ER im stationären klinischen Kontext - speziell im Hinblick auf psychische Erkrankungen. Deshalb

sind weitere Arbeiten in diesem Feld sinnvoll und notwendig, weil ein großer Nutzen für die psychische Gesundheit vieler Menschen erwartet werden kann. Zudem gilt es auch, die hier beschriebenen Ergebnisse abzusichern, zumal davon bisher keine Kausalität abgeleitet werden kann.

6 Literaturverzeichnis

- Abler, B. & Kessler, H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*, 55(3), 144–152. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.55.3.144>
- Balsis, S., Cooper, L. D. & Oltmanns, T. F. (2015). Are Informant Reports of Personality More Internally Consistent Than Self Reports of Personality? *Assessment*, 22(4), 399–404. <https://doi.org/10.1177/1073191114556100>
- Bandura, A. & Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. Holt Rinehart and Winston.
- Barnow, S., Aldinger, M., Ulrich, I. & Stopsack, M. (2013). Emotionsregulation bei Depression. *Psychologische Rundschau*, 64(4), 235–243. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000172>
- Bar-On, R. (1997). *The emotional quotient inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(Suppl), 13–25.
- Bauer, J. (2007). *Prinzip Menschlichkeit: Warum wir von Natur aus kooperieren* (4. Aufl.). Hoffmann & Campe.
- Beblo, T., Pastuszak, A., Griepenstroh, J., Fernando, S., Driessen, M., Schütz, A., Rentzsch, K. & Schlosser, N. (2010). Self-reported emotional dysregulation but no impairment of emotional intelligence in borderline personality disorder: an explorative study. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(5), 385–388. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181da4b4f>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression* (13. Aufl.). *The Guilford Clinical psychology and psychotherapy series*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual-II*. Psychological Corporation.
- Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen* (2. Aufl.). Springer.

- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P. & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(4), 234–245. <https://doi.org/10.1159/000348448>
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G. & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 307–318. <https://doi.org/10.1037/a0023421>
- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J. & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour research and therapy*, 57, 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.003>
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A. & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230–1237. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Grove Press. <https://doi.org/10.1037/11495-000>
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N. & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of personality and social psychology*, 91(4), 780–795. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.780>
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Choi, S. & Kluemper, D. H. (2012). The relative utility of differing measures of emotional intelligence: Other-report EI as a predictor of social functioning. *European Review of Applied Psychology*, 62(3), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.01.002>

- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3. Aufl.). Lawrence Erlbaum.
- Côté, S., Decelles, K. A., McCarthy, J. M., van Kleef, G. A. & Hideg, I. (2011). The Jekyll and Hyde of emotional intelligence: emotion-regulation knowledge facilitates both prosocial and interpersonally deviant behavior. *Psychological science*, 22(8), 1073–1080. <https://doi.org/10.1177/0956797611416251>
- Deutsche Gesellschaft für Emotionale Kompetenz e. V. (o.J.). Abgerufen am 18.11.2021 von <https://www.dgek.de>.
- Deutscheschweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse. (o.J.). Abgerufen am 18.11.2021 von <https://dsgta.ch>.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien* (7. Aufl.). Huber.
- Downey, L. A., Johnston, P. J., Hansen, K., Schembri, R., Stough, C., Tuckwell, V. & Schweitzer, I. (2008). The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *The European Journal of Psychiatry*, 22(2). <https://doi.org/10.4321/S0213-61632008000200005>
- Ebert, D. D., Christ, O. & Berking, M. (2013). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur emotionsspezifischen Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-ES). *Diagnostica*, 59(1), 17–32. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000079>
- Ebert, D. D., Hopfinger, L., Bockting, C. L. H. & Berking, M. (2017). Emotion Regulation Protects Against Recurrence of Depressive Symptoms Following Inpatient Care for Major Depressive Disorder. *Behavior therapy*, 48(6), 739–749. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.03.003>
- Elfenbein, H. A., Barsade, S. G. & Eisenkraft, N. (2015). The social perception of emotional abilities: expanding what we know about observer ratings of emotional intelligence. *Emotion*, 15(1), 17–34. <https://doi.org/10.1037/a0038436>
- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N. & Rief, W. (2013). Emotion regulation is the essential skill for improving depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 144(1-2), 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.015>

- Fiori, M. (2009). A new look at emotional intelligence: a dual-process framework. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 13(1), 21–44. <https://doi.org/10.1177/1088868308326909>
- Freudenthaler, H. H., Neubauer, A. C., Gabler, P., Scherl, W. G. & Rindermann, H. (2008). Testing and validating the trait emotional intelligence questionnaire (TEIQue) in a German-speaking sample. *Personality and Individual Differences*, 45(7), 673–678. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.07.014>
- Fujiwara, T. (2007). The role of altruistic behavior in generalized anxiety disorder and major depression among adults in the United States. *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 219–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.024>
- Gasche, M. (2010, 4. Juni). *Die Anwendung des Trainings in Emotionaler Kompetenz in der ganztägigen ambulanten Rehabilitation Psychosomatik* [Konferenzbeitrag]. Gründungskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Emotionale Kompetenz (DGEK), Bad Grönenbach.
- Gebler, S., Köppe, C., Fehn, T. & Schütz, A. (2019). *Training emotionaler Kompetenzen (EmoTrain): Ein Gruppentraining zur Förderung von Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation bei Führungskräften* (1. Aufl.). Hogrefe.
- Gebler, S., Nezlek, J. B. & Schütz, A. (2020). Training emotional intelligence: Does training in basic emotional abilities help people to improve higher emotional abilities? *The Journal of Positive Psychology*, 18(4), 1–10. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1738537>
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 3–20). The Guilford Press.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Groves, K. S., Pat McEnrue, M. & Shen, W. (2008). Developing and measuring the emotional intelligence of leaders. *Journal of Management Development*, 27(2), 225–250. <https://doi.org/10.1108/02621710810849353>

- Hansenne, M. (2012). Clinical Perspectives in Emotional Intelligence. In A. Di Fabio (Hrsg.), *Emotional Intelligence - New Perspectives and Applications* (S. 67–82). InTech. <https://doi.org/10.5772/31120>
- Hansenne, M. & Bianchi, J. (2009). Emotional intelligence and personality in major depression: trait versus state effects. *Psychiatry research*, *166*(1), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.03.015>
- Hansenne, M., Nélis, D., Feyers, D., Salmon, E. & Majerus, S. (2014). Better Neuronal Efficiency After Emotional Competences Training: An fMRI Study. *Psychologica Belgica*, *54*(4), 328–349. <https://doi.org/10.5334/pb.av>
- Hautzinger, M. (1993). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. In E. Lungerhausen, P. Joraschky & A. Barocka (Hrsg.), *Depression* (S. 143–157). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-85010-3_16
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien* (4. Aufl.). Beltz Psychologie Verl. Union.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). *Beck Depressions-Inventar II* (2. Aufl.). Pearson Assessment.
- Heber, E., Lehr, D., Riper, H. & Berking, M. (2014). Emotionsregulation: Überblick und kritische Reflexion des aktuellen Forschungsstandes. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *43*(3), 147–161. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000265>
- Hertel, J. (2007). *Emotional abilities: What do different measures predict?* [Unpublizierte Dissertation]. Technische Universität Chemnitz.
- Hertel, J., Schütz, A. & Lammers, C.-H. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of clinical psychology*, *65*(9), 942–954. <https://doi.org/10.1002/jclp.20597>
- Hirschfeld, R. M. A. (2012). The epidemiology of depression and the evolution of treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, *73 Suppl 1*, 5–9. <https://doi.org/10.4088/JCP.11096su1c.01>

- Hodzic, S., Scharfen, J., Ripoll, P., Holling, H. & Zenasni, F. (2018). How Efficient Are Emotional Intelligence Trainings: A Meta-Analysis. *Emotion Review*, 10(2), 138–148. <https://doi.org/10.1177/1754073917708613>
- Ivcevic, Z. & Eggers, C. (2021). Emotion Regulation Ability: Test Performance and Observer Reports in Predicting Relationship, Achievement and Well-Being Outcomes in Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3204. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063204>
- Jahangard, L., Haghghi, M., Bajoghli, H., Ahmadpanah, M., Ghaleiha, A., Zarrabian, M. K. & Brand, S. (2012). Training emotional intelligence improves both emotional intelligence and depressive symptoms in inpatients with borderline personality disorder and depression. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 16(3), 197–204. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.687454>
- Joseph, D. L., Jin, J., Newman, D. A. & O'Boyle, E. H. (2015). Why does self-reported emotional intelligence predict job performance? A meta-analytic investigation of mixed EI. *The Journal of applied psychology*, 100(2), 298–342. <https://doi.org/10.1037/a0037681>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Gesund durch Meditation: Das vollständige Grundlagenwerk zu MBSR*. O.W. Barth.
- Kim, Y.-J., Park, E.-H., Jon, D.-I., Jung, M. H. & Hong, N. (2017). Does Emotional Intelligence Fluctuate within Clinical Depressive Condition? *Psychiatry investigation*, 14(5), 532–538. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.5.532>
- Konrath, S., Corneille, O., Bushman, B. J. & Luminet, O. (2014). The Relationship Between Narcissistic Exploitativeness, Dispositional Empathy, and Emotion Recognition Abilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, 38(1), 129–143. <https://doi.org/10.1007/s10919-013-0164-y>
- Kotsou, I., Mikolajczak, M., Heeren, A., Grégoire, J. & Leys, C. (2019). Improving Emotional Intelligence: A Systematic Review of Existing Work and Future Challenges. *Emotion Review*, 11(2), 151–165. <https://doi.org/10.1177/1754073917735902>
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W. W. & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse

- des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 17, 67–79.
- Lammers, C.-H. & Berking, M. (2018). Emotionsregulation – Trend in der Psychotherapie. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 19(01), 27–33. <https://doi.org/10.1055/s-0043-123278>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioural approach to depression. In R. J. Freedman & M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression* (S. 157–174). Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Antonuccio, D. & Teri, L. (1984). Group Therapy for Depression: The Coping with Depression Course. *International Journal of Mental Health*, 13(3-4), 8–33. <https://doi.org/10.1080/00207411.1984.11448974>
- Little, R. J. A. (1988). A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198–1202. <https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722>
- Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U. & Köller, O. (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. *Psychologische Rundschau*, 58(2), 103–117. <https://doi.org/10.1026/0033-3042.58.2.103>
- MacCann, C. & Roberts, R. D. (2008). New paradigms for assessing emotional intelligence: theory and data. *Emotion*, 8(4), 540–551. <https://doi.org/10.1037/a0012746>
- Marquet, A. & Eckert, J. (2009). Gruppenkohäsion: Was ist das, wie lässt sie sich erfassen und welche Rolle spielt sie im Gruppenprozess und für das Behandlungsergebnis? *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 13(2), 136–146.
- Martins, A., Ramalho, N. & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Hrsg.), *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications* (1. Aufl., S. 3–31). Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3(1), 97–105. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.97>

- Michel, G., Oberdieck, H. & Steiner, C. (2007). *Die Kunst, sich miteinander wohl zu fühlen: Emotionale Kompetenz in Familie und Partnerschaft*. Junfermann.
- Mühlberger, M. & Renner, W. (2016). Training of emotional intelligence in depressive inpatients. *International Journal of Advanced Research*, 4(4), 435–445. <https://doi.org/10.21474/IJAR01/152>
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P. & Mikolajczak, M. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*, 11(2), 354–366. <https://doi.org/10.1037/a0021554>
- Oberdieck, H. (2005). *Entwicklung und Training von Emotionaler Kompetenz: Kurzmanual*. Psychosomatische Klinik Bad Grönenbach.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl., S. 307–389). Wiley.
- Parker, J. D. A. (2005). The Relevance of Emotional Intelligence for Clinical Psychology. In Schulze R. & Roberts R. D. (Hrsg.), *Emotional intelligence: An international handbook* (S. 271–287). Hogrefe & Huber Publishers.
- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M. & Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 6, 160. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00160>
- Pérez-González, J. C. & Sanchez-Ruiz, M.-J. (2014). Trait emotional intelligence anchored within the Big Five, Big Two and Big One frameworks. *Personality and Individual Differences*, 65, 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.021>
- Petrides, K. V. (2009). Psychometric Properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). In J. D. A. Parker, D. H. Saklofske & C. Stough (Hrsg.), *Assessing Emotional Intelligence* (S. 85–101). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_5

- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15(6), 425–448. <https://doi.org/10.1002/per.416>
- Piet, J. & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(6), 1032–1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0035828>
- Salisch, M. von (Hrsg.). (2002). *Emotionale Kompetenz entwickeln: Grundlagen in Kindheit und Jugend* (1. Aufl.). W. Kohlhammer.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211.
- Schlegel, L. (1997). Was ist Transaktionsanalyse? *Zeitschrift für Transaktionsanalyse*, 14, 5–30.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 39(7), 248–255.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J. & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167–177. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00001-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4)
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N. & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921–933. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.003>
- Schütz, A. & Koydemir, S. (2018). Emotional Intelligence: What It Is, How It Can Be Measured and Increased and Whether It Makes Us Successful and Happy. In V. Zeigler-

- Hill & T. Shackelford (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Personality and Individual Differences: Volume III: Applications of Personality and Individual Differences* (S. 397–423). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526451248.n17>
- Schütz, A. & Marcus, B. (2004). Selbstdarstellung in der Diagnostik. Die Testperson als aktives Subjekt. In Jüttemann G. (Hrsg.), *Handbuch Psychologie als Humanwissenschaft* (198–212). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steiner, C. (2003). *Emotional literacy: Intelligence with a heart*. Personhood Press.
- Steiner, C., Campos, L., Drego, P., Joines, V., Ligabue, S., Noriega, G., Roberts, D. & Said, E. (2003). A Compilation of Core Concepts. *Transactional Analysis Journal*, 33(2), 182–191. <https://doi.org/10.1177/036215370303300210>
- Steinmayr, R., Schütz, A., Hertel, J. & Schröder–Abé, M. (2011). Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz (MSCEIT™). Deutschsprachige Adaptation des Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT™) von John D. Mayer, Peter Salovey und David R. Caruso. Bern: Hans Huber.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A. & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PloS one*, 9(4), e96110. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096110>
- Stumpfenhorst, M., Fehlinger, T., Stenzel, N. & Rief, W. (2011). Erfassung von Fertigungsdefiziten zur Therapieplanung mittels OFD. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 61(02). <https://doi.org/10.1055/s-0031-1272436>
- Vesely, A. K., Saklofske, D. H. & Leschied, A. D. W. (2013). Teachers—The Vital Resource. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 71–89. <https://doi.org/10.1177/0829573512468855>
- Vöhringer, M., Schütz, A., Geßler, S. & Schröder–Abé, M. (2020). SREIS-D. *Diagnostica*, 66(3), 200–210. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000248>
- Webb, C. A., Schwab, Z. J., Weber, M., DelDonno, S., Kipman, M., Weiner, M. R. & Killgore, W. D. (2013). Convergent and divergent validity of integrative versus mixed

- model measures of emotional intelligence. *Intelligence*, 41(3), 149–156.
<https://doi.org/10.1016/j.intell.2013.01.004>
- Wirtz, C. M., Radkovsky, A., Ebert, D. D. & Berking, M. (2014). Successful application of adaptive emotion regulation skills predicts the subsequent reduction of depressive symptom severity but neither the reduction of anxiety nor the reduction of general distress during the treatment of major depressive disorder. *PloS one*, 9(10), e108288.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108288>
- Wong, C.-S. & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude. *The Leadership Quarterly*, 13(3), 243–274.
[https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00099-1](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00099-1)

7 Anhang

7.1 Anhang A: Veröffentlichte Publikation SREIS-D

Vöhringer, M., Schütz, A., Gessler, S. & Schröder-Abé, M. (2020). SREIS-D. Die deutschsprachige Version der Self-Rated Emotional Intelligence Scale. *Diagnostica* (2020), 66, pp. 200-210. © 2020 by Hogrefe Verlag.

Die veröffentlichte Verlagsfassung steht unter dem folgenden Link bereit:
<https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000248>

Nachfolgend ist hier die akzeptierte Manuskriptfassung (nach peer review) des Artikels abgedruckt. Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift veröffentlichten Artikel. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden.

Mein Arbeitsanteil an diesem Artikel ist die Konzeption, Datensammlung und -auswertung sowie die Verschriftlichung. Alle Mitautorinnen haben mich inhaltlich und methodisch bei allen Arbeitsteilen begleitend unterstützt.

Zusammenfassung: Emotionale Intelligenz (EI) ist ein zentraler Prädiktor psychischer Gesundheit. Im deutschsprachigen Raum lag bislang keine am Vier-Facetten-Modell der EI orientierte Selbstbeschreibungsskala vor, die an klinischen und nicht-klinischen Gruppen getestet wurde. Die Self-Rated Emotional Intelligence Scale (SREIS) ist mit 19 Items ein ökonomisch einsetzbares Instrument. Die Skala wurde ins Deutsche übertragen und psychometrisch überprüft. Außerdem wurde die SREIS erstmals an einer klinischen Population getestet. Auch werden erstmals differenzierte Ergebnisse zu den vier EI-Facetten vorgelegt. Die Ergebnisse bestätigen die Faktorenstruktur der englischen Originalskala. Die Reliabilität der Gesamtskala ist als gut einzustufen. Validität wird durch erwartungskonforme Korrelationen mit anderen EI-Maßen sowie klinischen Parametern belegt. Durch Diskriminationsfähigkeit zwischen klinischer Stichprobe und nicht-klinischer Kontrollgruppe zeigt die Skala zusätzlich klinische Relevanz. Skalare Messinvarianz zwischen beiden Gruppen liegt vor. Die SREIS-D ist ein ökonomisch einsetzbares Selbstberichtsmaß zur Erfassung von Facetten der EI im klinischen und subklinischen Bereich.

Abstract: Emotional intelligence (EI) is significantly linked to mental health. However many existing EI measures are not based on integrative theoretical approaches and lack clinical testing. The present study presents the German version of a 19 item self-report scale based on the widely accepted four branch model of EI. It is the first study to use the scale in a large clinical sample (n = 338) in addition to a nonclinical sample (n = 218) and to show specific relations with the four facets of EI. Factorial structure and psychometric criteria were evaluated in both samples. The results confirm the factor structure of the original scale. Reliability of the total scale measured with McDonald's omega is good. Validity is shown based on correlations with other EI measures and clinical indicators. Furthermore, the SREIS-D discriminates between clinical and nonclinical groups. Scalar measurement invariance was found between both groups. The scale can be considered useful and economic for use in clinical and non-clinical assessment of overall EI and of the four facets perceiving emotions, using emotions to facilitate thinking, understanding and managing emotions.

Emotionale Intelligenz (EI) ist ein Konstrukt, das nach dem Fähigkeitsmodell von Mayer und Salovey (1997) aus vier Facetten besteht: Emotionswahrnehmung, Emotionsnutzung, Emotionswissen und Emotionsregulation (ER). Parallel zum Fähigkeitsmodell entstanden andere Ansätze, die EI mit Persönlichkeitseigenschaften verwoben sahen, wie z. B. der *trait EI* Ansatz (Petrides & Furnham, 2001) oder das Modell der *Emotional-Social Intelligence* (ESI; Bar-On, 2006). In diesen Ansätzen, die im Kontrast zum Fähigkeitsmodell als Mischmodelle bezeichnet werden, beinhaltet EI auch emotionsassoziierte Neigungen und Tendenzen, wie z. B. Wohlbefinden, Geselligkeit und Selbstbeherrschung. Allerdings wird letztere Konzeptualisierung häufig als zu unpräzise kritisiert (für einen Überblick vgl. Schütz & Koydemir, 2018). Aus diesem Grund halten auch wir ein fähigkeitsbezogenes Verständnis von EI, analog zu Intelligenz, für zielführend. Im deutschsprachigen Raum liegt jedoch bisher noch keine Selbstbeschreibungsskala vor, die alle Facetten des Fähigkeitsmodells der EI erfasst und für die Normalbevölkerung sowie für klinische Gruppen teststatistisch überprüft wurde. Mit der vorliegenden Arbeit wird die am Vier-Facetten-Modell orientierte *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* (SREIS; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner & Salovey, 2006) als deutschsprachige Version vorgestellt und an einer großen klinischen Stichprobe sowie einer nicht-klinischen Stichprobe erprobt.

Relevanz und Bedeutung des Konstruktes EI wurden durch Forschungsarbeiten in vielen Bereichen nachgewiesen. Verschiedene Studien zeigten, dass sich Personen mit einer höheren EI wohler fühlen (Koydemir & Schütz, 2012), somatisch gesünder sind (Mikolajczak et al., 2015), zufriedener mit ihrer Partnerschaft sind und zufriedener Partner haben (Malouff, Schutte & Thorsteinsson, 2014; Schröder-Abé & Schütz, 2011), weniger Aggressionen zeigen (García-Sancho, Salguero & Fernández-Berrocal, 2014) und eine bessere berufliche Leistung erbringen (O'Boyle, Humphrey, Pollack, Hawver & Story, 2011). Auch klinische Relevanz

wurde in mehreren Studien bestätigt: Hertel, Schütz und Lammers (2009) stellten beispielsweise geringere EI-Werte bei Personen mit Depressionen, Suchterkrankungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu einer nicht-klinischen Kontrollgruppe fest. Neben dem Zusammenhang mit diesen psychischen Erkrankungen zeigte die Auswertung einer Metaanalyse insgesamt, dass höhere EI mit besserer psychischer Gesundheit einhergeht (Martins, Ramalho & Morin, 2010).

Bei der psychometrischen Erfassung Emotionaler Intelligenz kommen sowohl Fähigkeitstests als auch Selbstberichtinstrumente zum Einsatz. Eine Systematisierung nach O'Boyle und Kollegen (2011) unterscheidet die folgenden drei Ansätze: (a) Fähigkeitsansätze mit Fähigkeitstests erfasst, (b) Fähigkeitsansätze mit Selbstbericht erfasst und (c) Mischmodelle mit Selbstbericht erfasst. Fähigkeitstests für Mischmodelle existieren dagegen bisher nicht (Joseph & Newman, 2010). Unabhängig von der Testart besteht das Problem, dass in vielen Forschungsarbeiten nur mit den Gesamtscores von EI-Skalen gearbeitet wurde bzw. die Ergebnisse von Unterskalen nicht berichtet wurden. Befunde zu einzelnen Unterskalen sind daher wenig untersucht, obwohl sich hier offensichtlich differenziertere Ergebnisse mit höherer praktischer Relevanz ergeben können (z. B. Herpertz, Schütz & Nezlek, 2016; Hertel et al., 2009).

Zur Messung von EI nach dem Vier-Facetten-Modell der EI besteht derzeit in deutscher Sprache nur die Möglichkeit, den Fähigkeitstest *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT, deutschsprachige Adaptation; Steinmayr, Schütz, Hertel & Schröder-Abé, 2011) einzusetzen. Dieser ist mit 30-40 Minuten Bearbeitungszeit aber sehr aufwändig. Als ökonomischer einsetzbares Selbstberichtinstrument mit 16 Items und Orientierung am Vier-Facetten-Modell der EI steht noch die *Wong and Law Emotional Intelligence Scale* (WLEIS; Hertel, 2007; Wong & Law, 2002) zur Verfügung. Allerdings werden hier nur drei EI-Facetten

erfasst, ohne die Facette Emotionswissen. Andere kurze EI-Tests in deutscher Sprache sind eher auf Emotionsregulationsstile statt auf die vier EI-Facetten ausgerichtet, wie z. B. der *Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen* (SEK-27; Berking & Znoj, 2008) oder der *Affective Style Questionnaire* (ASQ; Deutsche Adaption; Graser et al., 2012). Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist deswegen erheblich eingeschränkt. Ein Erhebungsinstrument, das alle vier EI-Facetten nach Mayer und Salovey (1997) erfasst und dabei nur eine kurze Bearbeitungszeit benötigt, war bislang nicht verfügbar.

Die Self-Rated Emotional Intelligence Scale (SREIS) wurde von Brackett et al. (2006) mit dem Ziel entwickelt, analog zum Fähigkeitstest Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT™; Mayer, Salovey & Caruso, 2002), ein Selbstberichtsinstrument zur Erfassung von EI als Fähigkeit zu etablieren. Die englische Originalversion besteht aus den folgenden fünf Unterskalen mit insgesamt 19 Items: (a) *Emotionswahrnehmung*, (b) *Emotionsnutzung*, (c) *Emotionswissen*, (d) *ER intrapersonal* und (e) *ER interpersonal*. Als Antwortformat wird eine fünfstufige Skala mit Werten von 1 = *unzutreffend* bis 5 = *zutreffend* eingesetzt. Die Reliabilität der Gesamtskala wird von Brackett et al. (2006) in drei Studien mit Cronbachs $\alpha = .66$, $\alpha = .77$ und $\alpha = .84$ berichtet. Von Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner und Salovey (2005; zitiert nach Brackett & Geher, 2006) wird auf Basis einer explorativen Faktorenanalyse bei der SREIS eine Vierfaktorstruktur analog zum Vier-Facetten-Modell der EI berichtet. In einer anschließenden konfirmatorischen Faktorenanalyse (KFA) zeigte sich jedoch ein guter Modell-Fit für eine Lösung mit fünf Faktoren (vier Facetten des EI mit Aufteilung der Unterskala *ER* in die beiden Subkomponenten intra- und interpersonal), weshalb die publizierte englischsprachige Gesamtskala fünf Unterskalen besitzt (siehe elektronisches Supplement ESM 1). Die Reliabilitäten der Unterskalen liegen bei $\alpha = .64 - .84$ (Brackett et al., 2005; zitiert nach Brackett & Geher, 2006).

Zur Validität der SREIS ergaben sich die nachfolgenden Ergebnisse. Zum Fähigkeitstest MSCEIT™ (Mayer, Salovey & Caruso, 2002) bestanden in zwei Untersuchungen von Brackett et al. (2006) ebenso wie in einer Studie von Choi und Kluemper (2012) keine signifikanten Zusammenhänge. Das entspricht bisherigen Befunden zum geringen Zusammenhang von Fähigkeitstests und Selbstberichtsverfahren im Bereich EI (Joseph & Newman, 2010). Die Verbindungen zwischen der SREIS und anderen EI-Selbstberichtverfahren lagen dagegen im mittleren Bereich, z. B. zur WLEIS (Wong & Law, 2002) mit $r = .66$ (Groves, McEnrue & Shen, 2008), was für die konvergente Validität der SREIS spricht. Kriteriumsvalidität wurde in einer Arbeit von Webb et al. (2013) untersucht. Dort zeigte sich zwischen der SREIS und dem *Beck Depressionsinventar* (BDI; Beck & Steer, 1987) eine Korrelation von $r = -.39$ nach Kontrolle von IQ und den Big Five. Brackett et al. (2006) berichten über signifikante Zusammenhänge mit Empathie ($r = .31$), psychischem Wohlbefinden ($r = .46$) und Lebenszufriedenheit ($r = .22$). Weiterhin zeigten sich positive Zusammenhänge ($r = .59$) mit Selbstwirksamkeit (Tsarenko & Strizhakova, 2013). Die Befunde sprechen für die klinische Relevanz und inkrementelle Validität der SREIS. Mit Alter und Geschlecht fanden sich keine Zusammenhänge bis auf eine Ausnahme bei Webb et al. (2013), die über eine Korrelation der SREIS mit dem Alter, $r = -.39$, berichteten. Problematisch ist, dass alle bisherigen Studien unter Einbezug der SREIS nur mit Studierenden oder Personen aus der Normalbevölkerung durchgeführt wurden. Eine Anwendung und teststatistische Überprüfung der SREIS an einer klinischen Population steht dagegen noch aus.

Zielsetzung und Fragestellungen

Mit der vorliegenden Arbeit soll die SREIS als kurzes, ökonomisch einsetzbares Selbstberichtsinstrument zur Erfassung von EI auf der Basis des Vier-Facetten-Modells der EI im deutschsprachigen Raum zur Verfügung gestellt werden. Wegen hoher Relevanz von EI im

Bereich psychischer Gesundheit und Erkrankungen wird neben einer nicht-klinischen Stichprobe hier auch eine große klinische Stichprobe untersucht. Zunächst besteht dabei die Frage, ob mit der deutschen Adaptation der SREIS die Faktorenstruktur des englischsprachigen Originals repliziert werden kann: Erwartet wird eine Vier-Facetten-Struktur mit zusätzlicher Aufteilung der Skala *ER* in eine intra- und interpersonale Subfacette. Außerdem werden Reliabilität und Validität geprüft. Für die Prüfung der Konstrukt- und Kriteriumsvalidität werden folgende Hypothesen getestet: Zum Fähigkeitstest MSCEIT werden basierend auf Befunden mit der englischsprachigen Skala maximal geringe Zusammenhänge erwartet. Zu verwandten Selbstberichtsskalen werden dagegen mittelgroße Korrelationen erwartet. Die Korrelationen mit der adaptiven Emotionsregulationsstrategie der Neubewertung sollten dabei positiv ausfallen, mit der eher maladaptiven Strategie der Unterdrückung hingegen negativ (vgl. Gross & John, 2003). Hinsichtlich der klinischen Relevanz (Diskriminationsfähigkeit) wird davon ausgegangen, dass die EI-Werte der klinischen Stichprobe niedriger ausfallen als bei der nicht-klinischen Stichprobe. Weiter wird erwartet, dass mittelgroße negative Korrelationen zu verwendeten Skalen zur Erfassung psychopathologischer Symptomatik vorliegen.

Methode

Stichproben

Klinische Stichprobe. Teilnehmende waren stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten einer psychosomatischen Klinik. Von 476 angefragten Patientinnen und Patienten nahmen 138 Personen nicht teil. Die klinische Stichprobe bestand damit aus $n = 338$ Patientinnen und Patienten. Multivariate Ausreißerwerte wurden mittels Mahalanobis-Distanz nicht festgestellt (Weiber & Mühlhaus, 2014). Die teilnehmenden 251 (74.26 %) Frauen und 87 (25.74 %) Männer waren im Durchschnitt für 41.82 ($SD = 11.19$) Tage in stationärer

Behandlung. Das Alter betrug durchschnittlich 45.43 Jahre ($SD = 10.30$). Als höchste Schulbildung nannten 148 (43.79 %) Teilnehmende Hochschulreife, 126 (37.28 %) Realschule/Mittlere Reife, 29 (8.58 %) Hauptschule, 11 (3.25 %) machten andere Angaben und 24 (7.10 %) machten keine Angaben. Hauptdiagnosen waren bei 225 (66.57 %) Teilnehmenden Affektive Störungen, bei 45 (13.31 %) Belastungsstörungen, bei 25 (7.40 %) Essstörungen, bei 12 (3.55 %) Angststörungen, bei 12 (3.55 %) Somatoforme Störungen und bei 19 (5.62 %) andere Störungen. Der Durchschnittswert beim BDI II lag bei $M = 20.74$ ($SD = 10.22$), was einer mittelgradigen depressiven Symptomatik entspricht.

Nicht-klinische Kontrollgruppe. Es handelt sich um eine gemischte Gelegenheitsstichprobe aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer psychosomatischen Klinik (vorwiegend aus nichttherapeutischen Bereichen) sowie deren Angehörigen und Bekannten. Zusätzlich nahmen Psychologiestudierende sowie deren Angehörige und Bekannte teil. Angefragt wurden 254 Personen. Ausschlusskriterium waren klinisch auffällige Werte beim BDI II von > 13 (vgl. Kühner, Bürger, Keller & Hautzinger, 2007), was auf 31 Personen zutraf. Diese Daten wurden nicht mit in die Auswertung einbezogen. Über die Mahalanobis-Distanz wurden zusätzlich fünf Personen mit multivariaten Ausreißerwerten ermittelt (Weiber & Mühlhaus, 2014) und ebenfalls von den Berechnungen ausgeschlossen. Das durchschnittliche Alter der verbleibenden 218 Personen, 141 (64.68 %) Frauen und 77 (35.32 %) Männer, betrug 38.89 ($SD = 14.39$) Jahre. Das Schulbildungsniveau zeigte die nachfolgende Verteilung: 152 (69.72 %) Personen Hochschulreife, 47 (21.56 %) Realschule/Mittlere Reife, 16 (7.34 %) Hauptschule und 3 (1.38 %) sonstige Abschlüsse. Die BDI II Werte der Teilnehmenden lagen im Mittel bei einem Wert von 5.36 ($SD = 3.82$), was weit unter dem Cut-Off für klinische Auffälligkeit (> 13) liegt.

Datenerhebung

Es wurde ein quasi-experimentelles, querschnittliches Untersuchungsdesign realisiert, bei dem eine klinische Stichprobe und eine nicht-klinische Kontrollgruppe miteinander verglichen wurden. Zur Bestimmung der Retest-Reliabilität wurde der klinischen Stichprobe die SREIS-D zusätzlich am Therapieende (T1) und bei einer Ein-Jahres-Katamnese (T2) vorgegeben. Die Daten für die klinische Stichprobe wurden von September 2011 bis Juni 2012 erhoben. Zu Behandlungsbeginn (T0) füllten die teilnehmenden Personen Fragebögen zur Datenerhebung aus. Soziodemographische Informationen wurden aus der Basisdokumentation der Klinik entnommen. Die Daten der nicht-klinischen Kontrollgruppe wurden von Oktober 2013 bis Mai 2014 erhoben. Die Teilnahme an der Studie war für alle Personen freiwillig. Alle angefragten Personen wurden über das Forschungsvorhaben aufgeklärt. Für die Teilnahme wurde allen Teilnehmenden eine Vergütung im Wert von fünf Euro angeboten, mit Ausnahme von Psychologiestudierenden, die stattdessen Versuchspersonenstunden angerechnet bekamen. Ein Abbruch der Teilnahme war jederzeit möglich. Die Übersetzung der SREIS aus dem Englischen in die deutsche Version SREIS-D wurde richtliniengeleitet über eine Kombination der Vorteile des „Team-Ansatzes“ (Behr, Braun & Dorer, 2015) und der Kontrolle durch Rückübersetzung vorgenommen. Der Skalenaufbau wurde im Rahmen der Übersetzung nicht verändert. Die deutsche Version der SREIS (SREIS-D) ist im Anhang angefügt.

Messinstrumente

Self-Rated Emotional Intelligence Scale – deutsche Version (SREIS-D). Analog zur englischen Originalversion der SREIS (Brackett et al., 2006) besteht die SREIS-D als Fragebogen mit 19 Items (siehe Anhang) aus den folgenden fünf Unterskalen: (a) *Emotionswahrnehmung*, (b) *Emotionsnutzung*, (c) *Emotionswissen*, (d) *ER intrapersonal* und (e) *ER interpersonal*. Als Antwortformat dient eine fünfstufige Skala mit Werten von 1 = *unzutreffend* bis 5 = *zutreffend*.

Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz (MSCEIT™, deutschsprachige Adaptation; Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2003; Steinmayr, Schütz, Hertel & Schröder-Abé, 2011). Die deutschsprachige Version des Leistungstests zur Erfassung von EI nach dem Vier-Facetten-Modell (Mayer & Salovey, 1997) umfasst insgesamt 141 Items. Der MSCEIT besteht aus vier Subskalen. Aufgrund der hohen Bearbeitungsdauer wurden nur die Subskalen *Emotionswissen* und *ER* vorgegeben. Diese beiden komplexeren Unterfacetten wurden ausgewählt unter der Annahme, dass sie auf den eher basaleren Fähigkeiten *Emotionswahrnehmung* und *-nutzung* in gewissem Maße aufbauen. Die Auswertung basiert in dieser Arbeit auf der Konsensmethode, d. h. die gewählten Antworten werden anhand der Ergebnisse einer Normstichprobe bewertet. Cronbachs Alpha beträgt in der klinischen Stichprobe $\alpha = .94$ für Emotionswissen und $\alpha = .94$ für ER, sowie $\alpha = .88$ und $\alpha = .64$ bei der nicht-klinischen Kontrollgruppe.

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross & John, 2003; Abler & Kessler, 2009). Der ERQ ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Einschätzung von zwei häufig eingesetzten Emotionsregulationsstrategien, *Neubewertung* und *Unterdrückung*, die mit sechs bzw. vier Items abgefragt werden. Cronbachs Alpha liegt bei der klinischen Stichprobe für die Skala *Neubewertung* bei $\alpha = .79$ und bei $\alpha = .75$ für die Skala *Unterdrückung*. Für die Kontrollgruppe betragen die Werte $\alpha = .82$ bzw. $\alpha = .69$.

Beck Depressions-Inventar – 2. Auflage (BDI II; Beck, Steer & Brown, 1996; Hautzinger, Keller & Kühner, 2009). Das Beck Depressions-Inventar ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere von depressiver Symptomatik. Die 21 Items des BDI II-Fragebogens stehen inhaltlich in Bezug zu den Depressionskriterien des DSM IV. Cronbachs Alpha beträgt $\alpha = .91$ für die klinische Stichprobe und $\alpha = .73$ für die Kontrollgruppe.

Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R; Franke, 2002). Mit der SCL-90-R werden subjektive Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome bei einer Person erfasst. Insgesamt werden 90 Items abgefragt. Als globaler Kennwert für die Gesamtskala kann der *Global Severity Index* (GSI) zur Einschätzung der grundsätzlichen psychischen Belastung herangezogen werden. Cronbachs Alpha betrug $\alpha = .94$ bei der klinischen Stichprobe. Für die nicht-klinische Kontrollgruppe wurde die SCL-90-R nicht eingesetzt, um die Gesamttestbearbeitungszeit zu begrenzen.

Vorgehensweise bei der Datenauswertung

Fehlende Werte beider Stichproben wurden mittels Multipler Imputation (MI) mit fünf Imputationen ersetzt (vgl. Lüdtke, Robitzsch, Trautwein & Köller, 2007). Als Schätzer für die Reliabilität wurde Omega (ω ; McDonald, 1999) berechnet, der nach Revelle und Zinbarg (2009) gegenüber Cronbachs Alpha (α) bevorzugt verwendet werden sollte. Cronbachs Alpha wird als Referenzwert berichtet. Die Interpretation von Omega ist analog zu Cronbachs Alpha (Schweizer, 2011). Zur Einstufung können daher folgende Werte nach Blanz (2015) herangezogen werden, wobei diese Werte keine absoluten Cut-off-Grenzen darstellen: Werte $> .9$ = exzellent, $> .8$ = gut/hoch, $> .7$ = akzeptabel und $> .6$ = fragwürdig. Für konfirmatorische Faktorenanalysen (KFA) wurden die fehlenden Werte beider Stichproben mit dem Expectation-Maximization-Algorithmus geschätzt (vgl. Weiber & Mühlhaus, 2014). Zur Überprüfung der Faktorenstruktur wurden wegen des rangskalieren Antwortformats KFA mit der robusten Weighted Least Squares Mean and Variance adjusted (WLSMV) Schätzung durchgeführt (Flora & Curran, 2004). Aufgrund der theoretischen Orientierung am Vier-Facetten-Modell der EI wurde ein Modell mit vier Faktoren unter Einschluss von EI als Generalfaktor zweiter Ordnung berechnet, alternativ auf dem Hintergrund der fünf SREIS-D Unterskalen ein Modell mit fünf Faktoren und EI als Generalfaktor zweiter Ordnung (siehe elektronisches Supplement

ESM 1). Zur Einschätzung der jeweiligen Modellgüte fanden die nachfolgenden Fit-Indizes Anwendung: Chi-Quadrat-Wert dividiert durch Freiheitsgrade (χ^2/df), Comparative Fit Index (CFI), Root-Mean-Square-Error of Approximation (RMSEA) und Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). In Anlehnung an Schermelleh-Engel, Moosbrugger und Müller (2003) wird von einem akzeptablen Fit bei Strukturgleichungsmodellen ausgegangen, wenn $2 < \chi^2/df \leq 3$, $.05 < RMSEA \leq .08$ und $.05 < SRMR \leq .10$, wobei Werte unterhalb der Untergrenzen jeweils für einen guten Modell-Fit stehen. Der CFI wird von Kline (2016) $> .9$ als akzeptabel eingestuft, Werte $> .95$ zeigen einen guten Fit an. Zusätzlich zum Modellvergleich auf Faktorenebene wurde ebenfalls mit der robusten WLSMV-Schätzung eine Mehrgruppen-Faktorenanalyse (MGFA) zur Prüfung der gruppenübergreifenden Äquivalenz der Messmodelle (Messinvarianz) beider Stichproben durchgeführt. Nach Chen (2007) besteht Messinvarianz, wenn neben hinreichenden Fit-Werten bei den Fit-Indizes der aufeinanderfolgenden Modelle (konfigural, metrisch und skalar) die Werte des CFI nicht um mehr als .005 abfallen und die Werte des RMSEA nicht um mehr als .010 zunehmen. Alle statistischen Analysen wurden mit IBM SPSS Statistics 21, JASP (JASP Team, 2018) bzw. mit den Programmpaketen lavaan und semTools von R Core Team (2019) ausgeführt.

Ergebnisse

Die Quote fehlender Werte war gering mit insgesamt 1.21 % bei der klinischen Stichprobe (zu T0) und 0.04 % bei der nicht-klinischen Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Daten für die Retest-Reliabilität bestand zu Therapieende (T1) mit 15.2 % und zur Ein-Jahres-Katamnese (T2) mit 26.72 % eine höhere Quote an fehlenden Werten. Die Ergebnisse der deskriptiven Analysen auf Item- und Skalenebene sind als elektronisches Supplement (ESM 2) verfügbar. Die visuelle Prüfung der Histogramme aller Items und der resultierenden Skalen zeigte keine extremen Abweichungen von der Normalverteilung, bestätigt durch maximale Betragswerte < 1 für

Schiefe und Kurtosis, mit Ausnahme eines Betragswertes der Kurtosis $w = 1.12$ bei Item 6 der nicht-klinischen Kontrollgruppe.

Für die SREIS-D Gesamtskala betrug Omega als Reliabilitätsmaß¹ bei der klinischen Stichprobe (Werte der nicht-klinischen Kontrollgruppe im Folgenden in Klammern) $\omega = .84$ ($\omega = .86$). Die Werte der Unterskalen lagen bei $\omega = .66$ ($\omega = .69$) für die Skala *Emotionswahrnehmung*, $\omega = .77$ ($\omega = .83$) für die Skala *Emotionsnutzung*, $\omega = .83$ ($\omega = .83$) für die Skala *Emotionswissen*, $\omega = .72$ ($\omega = .75$) für die Skala *ER intrapersonal* und $\omega = .73$ ($\omega = .70$) für die Skala *ER interpersonal*. Folgende Werte wurden bei der klinischen Stichprobe für die Retest-Reliabilität über einen Zeitraum von einem Jahr ermittelt: *Emotionswahrnehmung* $r = .63$, *Emotionsnutzung* $r = .60$, *Emotionswissen* $r = .67$, *ER intrapersonal* $r = .65$, *ER interpersonal* $r = .67$ und Gesamtskala $r = .71$.

Überprüfung der Vier- vs. Fünf-Faktoren-Struktur und der Messinvarianz

Wie oben beschrieben und im elektronischen Supplement ESM 1 zu erkennen, unterscheiden sich die beiden zu prüfenden Modellalternativen nur darin, dass die Unterskala ER bei dem Modell mit fünf Faktoren in intra- und interpersonale ER aufgeteilt ist. Die Fit-Indizes der mittels Konfirmatorischer Faktorenanalyse berechneten Strukturgleichungsmodelle sind in der Tabelle 1 zum Vergleich dargestellt.

¹ Zusätzlich wurde der Konsistenzkoeffizient Cronbachs Alpha als Referenzwert berechnet (siehe elektronisches Supplement ESM 3). Im Vergleich weichen die Omega-Werte mit maximal .02 nur geringfügig von den Alpha-Werten ab.

Tabelle 1. Fit-Indizes zum Vergleich der Vier- vs. Fünffaktorenmodelle sowie zur Prüfung der Messinvarianz

Modell	χ^2	df	χ^2/df	CFI	RMSEA	SRMR
Klinische Stichprobe:						
4 Faktorenmodell	273.49	148	1.85	.903	.050	.061
5 Faktorenmodell	265.77	147	1.81	.908	.049	.060
Nicht-klinische Kontrollgruppe:						
4 Faktorenmodell	314.92	148	2.13	.812	.072	.083
5 Faktorenmodell	243.51	147	1.66	.891	.055	.068
Messinvarianzprüfung zwischen klinischer und nicht-klinischer Stichprobe						
				Δ CFI	Δ RMSEA	
Konfigurale Messinvarianz	376.50	294	1.28	.899	.051	
Metrische Messinvarianz	418.16	312	1.34	.925	.026	-.008
Skalare Messinvarianz	438.88	325	1.35	.922	-.003	.043
Residuale Messinvarianz	494.01	344	1.44	.908	-.014	.045

Anmerkungen: Klinische Stichprobe mit $n = 338$, nicht-klinische Kontrollgruppe mit $n = 218$. χ^2 = Chi-Quadrat; df = Freiheitsgrade; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root-Mean-Square-Error of Approximation; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual.

Das fünffaktorielle Modell wies sowohl bei der klinischen Stichprobe als auch bei der nicht-klinischen Kontrollgruppe den besseren Modell-Fit auf. Bei der klinischen Stichprobe war der Unterschied zwischen allen Fit-Indizes der beiden Modelle gering, bei der Kontrollgruppe dagegen sehr deutlich. Der CFI-Wert des fünffaktoriellen Modells bei der Kontrollgruppe lag mit einem Wert von nur .891 an der akzeptablen Grenze. Das vierfaktorielle Modell war bei der Kontrollgruppe mit einem CFI-Wert von .812 nicht akzeptabel und damit abzulehnen. Die Ergebnisse legen damit für die SREIS-D eine fünffaktorielle Struktur wie bei der englischen SREIS-Originalskala nahe.

Bei der Messinvarianzprüfung (siehe Tabelle 1 für konkrete Werte der Fit-Indizes) zeigt die freie Schätzung des fünffaktoriellen Gesamtmodells in beiden Gruppen einen noch akzeptablen Fit, so dass von konfiguraler Invarianz ausgegangen werden kann. Metrische und skalare Invarianz werden bestätigt durch ebenfalls akzeptable Fit-Werte und nur geringe Veränderungen der CFI- und RMSEA-Werte gegenüber der jeweils vorangegangenen

Schätzung. Residuale Invarianz ist nicht gegeben, weil die Differenz des CFI-Wertes zum vorausgehenden Wert bei der skalaren Invarianz mit $\Delta\text{CFI} = -.014$ zu groß ist.

Konvergente Validität und Kriteriumsvalidität

Alle Korrelationen zwischen den verwendeten SREIS-D, MSCEIT- und ERQ-Skalen sowie zum BDI II und zum GSI der SCL-90 sind einzeln in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2. Klinische Stichprobe und nicht-klinische Kontrollgruppe: Korrelationen nach Pearson

Skala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 SREIS-D - Emotionswahrnehmung	-											
2 SREIS-D - Emotionsnutzung	.18 (.29)	-										
3 SREIS-D - Emotionswissen	.41 (.48)	.26 (.35)	-									
4 SREIS-D - Emotionsregulation intrapersonal	.20 (.34)	.10 (-.02)	.35 (.33)	-								
5 SREIS-D - Emotionsregulation interpersonal	.35 (.50)	.18 (.35)	.39 (.56)	.44 (.35)	-							
6 SREIS-D - Gesamtskala	.59 (.72)	.52 (.60)	.73 (.79)	.63 (.58)	.70 (.78)	-						
7 MSCEIT - Emotionswissen	.05 (.13)	.07 (.09)	.18 (.18)	.03 (.04)	.01 (.07)	.12 (.14)	-					
8 MSCEIT - Emotionsregulation	.16 (.11)	.13 (.20)	.11 (.15)	.14 (.12)	.08 (.16)	.18 (.21)	.39 (.26)	-				
9 ERQ - Neubewertung	.14 (.27)	.18 (.06)	.21 (.24)	.29 (.29)	.19 (.30)	.33 (.32)	.05 (.06)	.14 (.07)	-			
10 ERQ - Unterdrückung	-.10 (-.26)	-.39 (-.35)	-.24 (-.36)	-.13 (-.14)	-.12 (-.38)	-.30 (-.43)	-.14 (-.13)	-.12 (-.28)	-.15 (-.01)	-		
11 BDI II - Summenscore	-.09 (-.02)	-.18 (.04)	-.20 (-.08)	-.28 (-.20)	-.14 (-.05)	-.26 (-.09)	-.08 (-.08)	-.17 (-.11)	-.24 (-.02)	.32 (.12)	-	
12 SCL-90-R - GSI (Global Severity Index)	-.05	-.13	-.18	-.31	-.13	-.25	-.13	-.20	-.16	.26	.74	-

Anmerkungen: Klinische Stichprobe $n = 338$, nicht-klinische Kontrollgruppe $n = 218$. Werte der nicht-klinischen Kontrollgruppe jeweils unter dem Wert der klinischen Stichprobe in Klammern. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version; MSCEIT = *Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz*; BDI II = *Beck Depressions-Inventar* – 2. Auflage; ERQ = *Emotion Regulation Questionnaire*; SCL-90-R = *Symptom-Checklist-90-R*. Kursivdruck: Die Korrelationskoeffizienten beider Stichproben unterscheiden sich je Vergleichspaar in der Stärke ihrer Zusammenhänge signifikant ($p \leq .05$).

Als Hinweis für konvergente Validität zeigten sich bei der klinischen Stichprobe erwartungsgemäße Zusammenhänge der SREIS-D mit den ERQ-Unterskalen *Neubewertung* (positive Korrelationen) und *Unterdrückung* (negative Korrelationen). Personen mit höherer selbsteingeschätzter EI geben an, besser in der Lage zu sein, emotionale Situationen zu antizipieren und gedanklich zu verändern. Zudem berichten Personen mit höherer selbsteingeschätzter EI ihren Gefühlsausdruck bei emotionalem Erleben weniger nach außen zu unterdrücken. Zu den verwendeten Unterskalen des Leistungstests MSCEIT bestanden wie

schon bei der englischsprachigen Originalskala positive, aber geringere Korrelationswerte. Für die Kriteriumsvalidität sprechen negative Korrelationen zwischen den SREIS-D Skalen und dem BDI II sowie dem GSI der SCL-90-R, d. h. Personen mit höherer selbsteingeschätzter EI zeigten weniger depressive Symptomatik und eine geringere psychische Gesamtbelastung. Bei der Prüfung eventueller Einflüsse von Alter und Geschlecht wurde mit multiplen Regressionsanalysen unter Einbezug beider Variablen kein Einfluss des *Alters* auf die SREIS-D Skalen festgestellt. Das *Geschlecht* ergab jedoch für drei Unterskalen und die Gesamtskala signifikante Regressionskoeffizienten: *Emotionswahrnehmung* $B = .161$, $SE_B = .079$, $T = 2.03$ ($p = .043$), $R^2 = .013$; *Emotionsnutzung* $B = .383$, $SE_B = .110$, $T = 3.49$ ($p \leq .01$), $R^2 = .035$; *ER interpersonal* $B = .279$, $SE_B = .098$, $T = 2.85$ ($p \leq .01$), $R^2 = .027$; *Gesamtskala* $B = .149$, $SE_B = .068$, $T = 2.20$ ($p = .028$), $R^2 = .018$. Frauen der klinischen Stichprobe erreichten damit bei den angegebenen Skalen signifikant höhere Werte mit einem maximalen Erklärungswert der Gesamtvarianz von 3,5 %.

Die Ergebnisse der nicht-klinischen Kontrollgruppe bestätigten die oben berichteten konvergenten Korrelationen der klinischen Stichprobe, wobei sich die Korrelationskoeffizienten der beiden Stichproben in der Stärke ihres Zusammenhangs teilweise signifikant ($p \leq .05$) unterschieden (siehe Tabelle 2). Interkorrelationen der SREIS-D Skalen fielen in der nicht-klinischen Kontrollgruppe etwas stärker aus als in der klinischen Stichprobe. Beim BDI II hingegen waren die Korrelationen in der klinischen Stichprobe stärker. Die Variable *Alter* zeigte auch bei der nicht-klinischen Kontrollgruppe keine Zusammenhänge mit den SREIS-D Skalen. Das *Geschlecht* stand dagegen mit der Skala *Emotionsnutzung* im signifikanten Zusammenhang: $B = .493$, $SE_B = .118$, $T = 4.17$ ($p \leq .01$), $R^2 = .076$. Frauen schätzten sich demnach bei dieser Skala höher ein.

Diskriminationsfähigkeit

Die mit *t*-Tests für unabhängige Stichproben berechneten Mittelwertvergleiche der SREIS-D-Skalen zur Prüfung der Diskriminationsfähigkeit zwischen klinischer Stichprobe und nicht-klinischer Kontrollgruppe sind in Tabelle 3 zusammenfassend dargestellt. Dabei waren die Mittelwerte der nicht-klinischen Kontrollgruppe durchgängig höher als die der klinischen Stichprobe². Das kann als Hinweis auf niedrigere selbsteingeschätzte emotionale Kompetenzen bei psychisch belasteten Personen gewertet werden.

Tabelle 3. Diskriminationsfähigkeit: Mittelwertvergleich zwischen klinischer Stichprobe und nicht-klinischer Kontrollgruppe mit *t*-Tests für unabhängige Stichproben

Skala	<i>M</i> (<i>SD</i>) klinisch	<i>M</i> (<i>SD</i>) nicht-klinisch	<i>t</i> (<i>df</i> =554)	<i>d</i>
SREIS-D				
Emotionswahrnehmung	3.51 (0.64)	3.78 (0.57)	-5.17*	0.44
Emotionsnutzung	3.49 (0.90)	3.68 (0.85)	-2.38*	0.22
Emotionswissen	2.87 (0.90)	3.34 (0.75)	-6.57*	0.56
ER intrapersonal	2.51 (0.88)	3.41 (0.77)	-12.56*	1.07
ER interpersonal	3.31 (0.79)	3.64 (0.64)	-5.35*	0.45
Gesamtskala	3.13 (0.54)	3.57 (0.49)	-9.56*	0.84

Anmerkungen: *M* (*SD*) klinisch (*n* = 338): Mittelwert mit Standardabweichung klinische Stichprobe. *M* (*SD*) nicht-klinisch (*n* = 218): Mittelwert mit Standardabweichung nicht-klinische Kontrollgruppe. Signifikanzniveau **p* ≤ .05. *d* = Effektgröße nach Cohen. *df* = Freiheitsgrade. ER = Emotionsregulation. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version.

Für alle Skalen waren die Unterschiede zwischen der klinischen Stichprobe und der nicht-klinischen Kontrollgruppe signifikant (*p* ≤ .05) mit kleinen, mittleren und großen Effektstärken. Der kleinste Unterschied, gemessen mit Cohens *d* (Cohen, 1988), war bei der Unterskala *Emotionsnutzung* mit *d* = 0.22 zu beobachten, der Größte mit *d* = 1.07 bei der Unterskala *ER intrapersonal*.

² Die Unterschiede blieben in Kovarianzanalysen auch nach Kontrolle von Alter, Geschlecht und Schulbildung signifikant.

Diskussion

Zielsetzung dieser Arbeit war es, die SREIS als deutsche Version teststatistisch zu überprüfen und damit als kurzes, ökonomisch einsetzbares, am Vier-Facetten-Modell der EI orientiertes Selbstberichtsinstrument im deutschsprachigen Raum zur Verfügung zu stellen. Dazu haben wir die Skala international erstmals an einer großen klinischen Stichprobe sowie an einer nicht-klinischen Kontrollgruppe überprüft. Zudem wurden im vorliegenden Artikel Ergebnisse nicht nur auf Basis des EI-Gesamtscores, sondern auch auf der Subskalenebene berichtet. Zusammengefasst bestätigen die Ergebnisse die Faktorenstruktur der englischen Originalskala und die spezielle Eignung der SREIS-D für den Einsatz im klinischen Bereich, v. a. mit einer zum Teil sehr guten Diskriminationsfähigkeit zwischen einer nicht-klinischen Stichprobe und psychisch belasteten Personen.

Durch standardisierte schriftliche Anweisung und einfache Auswertung ist die Objektivität bei der Durchführung und der Auswertung gewährleistet. Die Reliabilität der SREIS-D Gesamtskala ist nach den vorliegenden Ergebnissen als gut einzustufen. Die fünf Subskalen der englischen Originalversion des SREIS (Brackett et al., 2006) konnten in der KFA mit einer fünffaktoriellen Lösung repliziert werden. Somit wird auch in der deutschsprachigen Version die Facette Emotionsregulation weiter differenziert im Hinblick auf intrapersonal vs. interpersonal. Im Gegensatz zu Befunden, dass die Faktorenstruktur bei einigen EI-Maßen heterogen und inkonsistent ist (Keele & Bell, 2008), erwies sich die Struktur der SREIS-D als stabil im klinischen vs. nicht-klinischen Bereich. Diese Robustheit stellt eine besondere Stärke der SREIS-D dar.

Hinweise auf konvergente Validität bestehen durch gezeigte Zusammenhänge der SREIS-D Skalen mit einem Selbstberichtsmaß der Emotionsregulation (ERQ). Hierbei ist zu beachten,

dass es sich bei den beiden ERQ-Unterskalen zwar um verwandte Konstrukte handelt, aber doch Unterschiede bestehen müssen, die niedrigere Korrelationen zur Folge haben, weil die ERQ-Unterskalen auf die Erfassung spezifischer Emotionsregulationsstile ausgerichtet sind. Erwartungsgemäß zeigten sich zum verwendeten Fähigkeitstest der EI nur kleine Korrelationen, was sich nach einer Metaanalyse von Joseph und Newman (2010) mit dem generell geringen Zusammenhang ($r = .12$) zwischen EI-Fähigkeitstests und EI-Selbstberichtsinstrumenten deckt. Kriteriumsvalidität zeigt sich bei allen SREIS-D Skalen im Sinne von Extremgruppenvalidierung durch eine hohe Diskriminationsfähigkeit zwischen nicht-klinischen und klinischen Stichproben. Weiter besteht Kriteriumsvalidität hinsichtlich der Verbindungen der SREIS-D-Skalen mit dem BDI II und dem GSI der SCL-90. Dieser Befund konvergiert mit den Ergebnissen von Zeidner, Matthews und Roberts (2012), die ebenfalls Zusammenhänge zwischen EI und anderen Gesundheitsindikatoren fanden (vgl. zusammenfassend dazu auch Schütz & Koydemir, 2018).

Einflüsse von Alter und Geschlecht wurden überprüft. Die SREIS-D Skalen zeigten sich dabei unabhängig vom Alter der teilnehmenden Personen in beiden Stichproben. Geringfügige, aber signifikante Einflüsse auf die SREIS-D Skalen zeigte dagegen das Geschlecht. Frauen erzielten teilweise höhere Werte. Da auch in Testdaten, die mit Fähigkeitstests erhoben wurden, kleine aber systematische Geschlechterunterschiede zugunsten der Frauen vorliegen (Steinmayr et al., 2011), ist davon auszugehen, dass über geschlechtsrollenkonforme Selbstwahrnehmungsunterschiede hinaus auch substantielle Differenzen bestehen. Die Rolle des Geschlechts sollte daher, insbesondere bei klinischen Stichproben, in weiteren Untersuchungen Beachtung finden.

Trotz nachgewiesener Eignung der SREIS-D für klinische Zwecke weist die vorliegende Arbeit aber auch Einschränkungen auf. Erstens ist die SREIS-D als Selbstberichtverfahren mit den

typischen Nachteilen subjektiver Selbsteinschätzung behaftet (z. B. sozialer Erwünschtheit; Schütz & Marcus, 2004). Zweitens muss angemerkt werden, dass der CFI-Wert des fünffaktoriellen Modells der nicht-klinischen Kontrollgruppe mit .891, zwar nur knapp, aber unter dem Wert .9 für den akzeptablen Bereich lag. Nach Prudon (2015) sollte dieser Grenzwert jedoch nicht als klarer Cut-Off verwendet werden. Drittens ist die Reliabilität der Subskala *Emotionswahrnehmung* bei beiden Stichproben mit ω -Werten unter .7 nach der oben berichteten Einstufung (Blanz, 2015) nicht akzeptabel, ebenso die Reliabilität der Subskala *ER interpersonal* bei der nicht-klinischen Kontrollgruppe mit $\omega = .70$. Damit werden die Reliabilitäten einiger Subskalen nicht den Anforderungen für einen Einsatz in der Einzelfalldiagnostik gerecht. Dafür müsste ohnehin noch eine Normierung unter Heranziehung einer repräsentativen Stichprobe vorgenommen werden.

Zur Absicherung und Generalisierbarkeit der hier erzielten Ergebnisse sind weitere Arbeiten unter Verwendung der SREIS-D abzuwarten. Insbesondere sind Untersuchungen zur diskriminanten Validität erforderlich, eine Untersuchung mit dem MSCEIT-Gesamtscore und allen Subskalen des MSCEIT, sowie Vergleiche mit anderen EI-Selbstberichtskaalen. Die Kriteriumsvalidität sollte auch in anderen Bereichen (z. B. Einsatz in berufsbezogenen Kontexten) untersucht werden. Künftige Studien sollten aber auch die klinische Relevanz der Befunde weiterführend untersuchen. So sollte beispielsweise geprüft werden, ob und wie die in der vorliegenden Studie gefundenen niedrigeren EI-Werte der klinischen Gruppe mit Beeinträchtigungen im alltäglichen Erleben und Verhalten einhergehen. Hinsichtlich des Einsatzes der SREIS-D im klinischen Bereich ist bezüglich der Aussagekraft zusätzlich der Abgleich mit deutschen Tests der ER, wie z. B. dem *Heidelberger Fragebogen zur Erfassung von Emotionsregulationsstrategien* (H-FERST; Barnow, 2013) oder dem ASQ (Graser et al., 2012) von Interesse.

Bilanzierend kann gesagt werden, dass mit der SREIS-D ein zeitökonomisches Selbstberichtsinstrument zur Erfassung von EI mit Relevanz für klinische Diagnostik, Evaluation und Forschung zur Verfügung steht, für das überwiegend ermutigende Ergebnisse hinsichtlich Reliabilität und Validität gefunden wurden. Der Einsatz auf Subskalenebene ergab zusätzliche, differenziertere und wichtige Ergebnisse, indem er z. B. auf die besondere klinische Relevanz der Subfacette *ER intrapersonal* verweist. In der vorliegenden Studie wurde die Skala erstmals im Rahmen einer klinischen Stichprobe eingesetzt und es wurden u. a. Beziehungen zwischen dem Instrument und den Emotionsregulationsstilen nach Gross (2002) sowie dem Gesundheitszustand nach SCL (Franke, 2002) festgestellt.

Elektronische Supplemente (ESM)

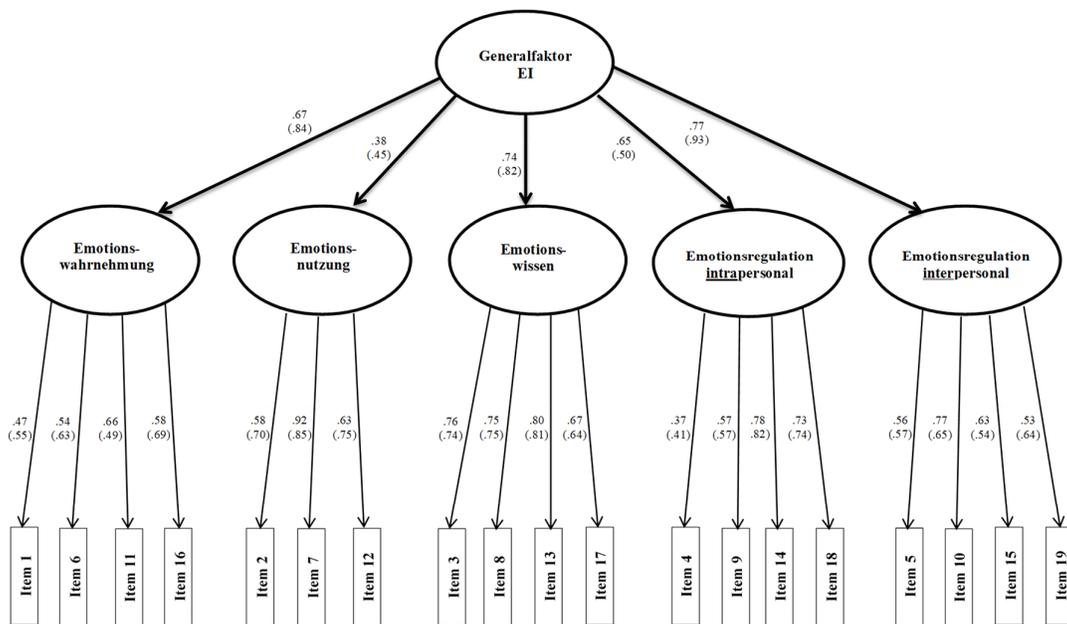
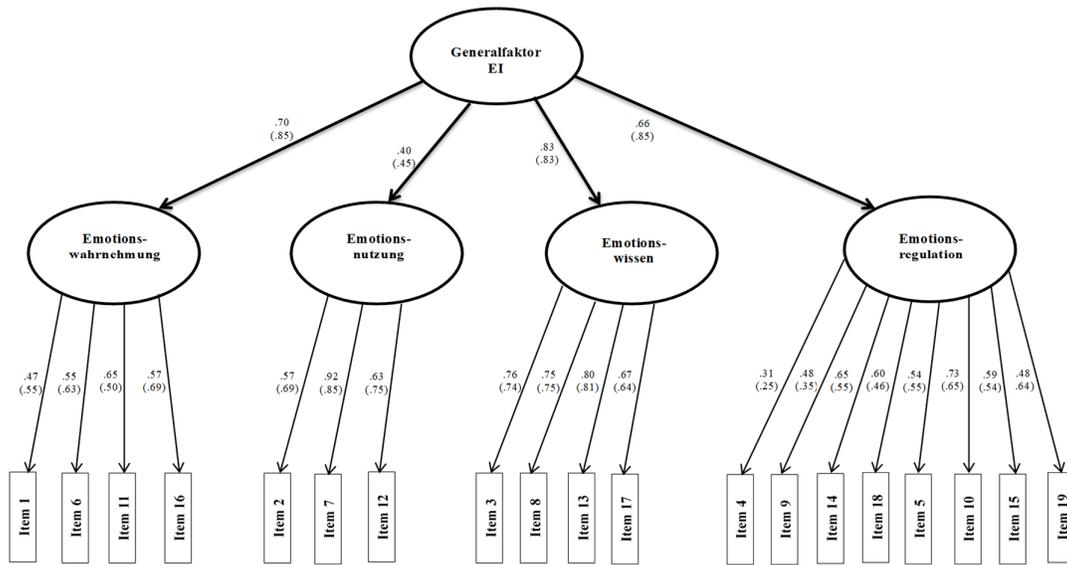
Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://...>

ESM 1. SREIS-D Faktorenstruktur mit vier bzw. fünf Faktoren durch Aufteilung des Faktors Emotionsregulation in intra- und interpersonal mit EI als Generalfaktor zweiter Ordnung

ESM 2. SREIS-D: Deskriptive Analysen auf Item- und Skalenebene für klinische Stichprobe bzw. nicht-klinische Kontrollgruppe und Mittelwertvergleich mit *t*-Tests für unabhängige Stichproben

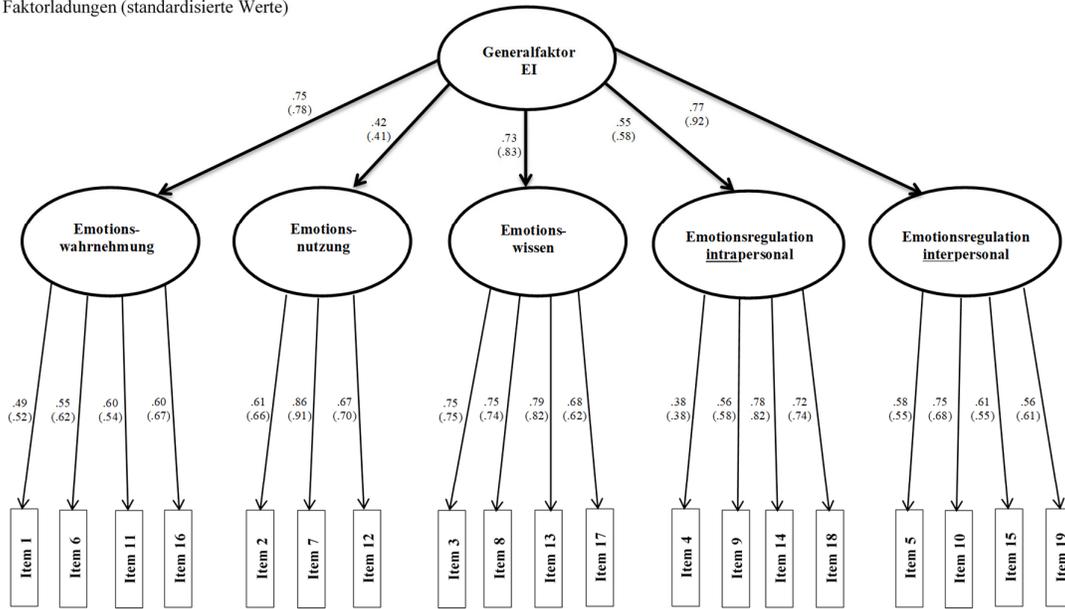
ESM 3. SREIS-D: Interne Konsistenz geschätzt mit Cronbachs Alpha

ESM 1. SREIS-D Faktorenstruktur mit vier bzw. fünf Faktoren durch Aufteilung des Faktors Emotionsregulation in intra- und interpersonal mit EI als Generalfaktor zweiter Ordnung



Anmerkung: Werte für die Pfadkoeffizienten der nicht-klinischen Kontrollgruppe ($n = 218$) stehen jeweils unter dem Wert der klinischen Stichprobe ($n = 338$) in Klammern. Zur besseren Darstellung und Vergleichbarkeit der Modelle mit vier vs. fünf Faktoren wurden in der Abbildung die Fehlerterme (Messfehler der Items) nicht mit in die Ansicht aufgenommen.

Modell zur metrischen Invarianz mit gleichgesetzten Faktorladungen (standardisierte Werte)



Anmerkung: Werte für die Pfadkoeffizienten der nicht-klinischen Kontrollgruppe ($n = 218$) stehen jeweils unter dem Wert der klinischen Stichprobe ($n = 338$) in Klammern. Zur besseren Darstellung wurden in der Abbildung die Fehlerterme (Messfehler der Items) nicht mit in die Ansicht aufgenommen.

ESM 2. SREIS-D: Deskriptive Analysen auf Item- und Skalenebene für klinische Stichprobe bzw. nicht-klinische Kontrollgruppe und Mittelwertvergleich mit *t*-Tests für unabhängige Stichproben

Item Nr./ Skala	Klinische Stichprobe						Nicht-klinische Kontrollgruppe						M - Vergleich
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Pi</i>	<i>rit</i>	<i>v</i>	<i>w</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Pi</i>	<i>rit</i>	<i>v</i>	<i>w</i>	<i>d</i>
Item 1	3.67	0.86	.73	.28	-.312	-.084	3.86	0.74	.77	.44	-.334	.373	0.23
Item 2	3.51	1.13	.70	.25	-.310	-.758	3.54	1.00	.71	.33	-.336	-.672	0.03
Item 3	3.12	1.13	.62	.56	-.052	-.636	3.60	0.94	.72	.57	-.266	-.348	0.45
Item 4	2.22	1.09	.44	.24	.616	-.399	3.05	0.98	.61	.22	.004	-.341	0.79
Item 5	3.49	0.94	.70	.42	-.326	-.158	3.80	0.79	.76	.47	-.363	.130	0.35
Item 6	3.73	0.98	.75	.36	-.410	-.242	4.06	0.78	.81	.49	-.752	1.122	0.35
Item 7	3.41	1.04	.68	.43	-.228	-.444	3.76	0.94	.75	.47	-.256	-.849	0.35
Item 8	2.94	1.10	.59	.57	.105	-.730	3.47	0.93	.69	.60	-.130	-.722	0.51
Item 9	2.37	1.18	.47	.33	.574	-.509	3.22	1.02	.64	.29	-.174	-.422	0.76
Item 10	2.91	1.11	.58	.56	-.125	-.772	3.41	0.97	.68	.55	-.168	-.656	0.47
Item 11	2.91	0.91	.58	.42	-.263	-.110	3.13	0.92	.63	.39	-.196	-.057	0.24
Item 12	3.56	1.10	.71	.26	-.275	-.856	3.73	1.01	.75	.36	-.534	-.251	0.16
Item 13	2.86	1.16	.57	.57	-.088	-.773	3.34	0.92	.67	.63	-.265	-.483	0.46
Item 14	2.57	1.02	.51	.53	.240	-.491	3.52	0.88	.70	.48	-.445	-.052	0.98
Item 15	3.41	1.04	.68	.46	-.399	-.452	3.68	0.92	.74	.46	-.522	-.178	0.27
Item 16	3.72	0.90	.74	.38	-.510	.331	4.05	0.73	.81	.55	-.502	.204	0.38
Item 17	2.58	1.00	.52	.50	.137	-.391	2.94	0.91	.59	.50	.091	-.094	0.37
Item 18	2.60	1.07	.52	.47	.293	-.442	3.48	0.93	.70	.40	-.493	.036	0.87
Item 19	3.44	1.22	.69	.40	-.356	-.787	3.66	0.89	.73	.52	-.336	-.043	0.20
EmoW	3.51	0.64			-.222	-.199	3.78	0.57			-.501	.648	0.44
EmoN	3.49	0.90			-.203	-.482	3.68	0.85			-.365	-.498	0.22
EmoWi	2.87	0.90			.038	-.536	3.34	0.75			-.139	-.293	0.56
ERintra	2.51	0.88			.386	-.225	3.41	0.77			-.326	-.212	1.07
ERinter	3.31	0.79			-.266	-.329	3.64	0.64			-.181	-.066	0.45
SRges	3.13	0.54			.112	.009	3.57	0.49			-.256	-.024	0.84

Anmerkungen: Klinische Stichprobe $n = 338$, nicht-klinische Kontrollgruppe $n = 218$. *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *Pi* = Itemschwierigkeit; *rit* = Trennschärfe; *v* = Schiefe; *w* = Kurtosis; *d* = Effektgröße nach Cohen. EmoW = Emotionswahrnehmung; EmoN = Emotionsnutzung; EmoWi = Emotionswissen; ERintra = Emotionsregulation intrapersonal; ERinter = Emotionsregulation interpersonal; SRges = SREIS-D Gesamtskala. Die Antwortskala der SREIS-D Einzelitems reicht von 1 (= unzutreffend) bis 5 (= zutreffend). Die Item- und Skalenmittelwerte sind analog zu bewerten.

ESM 3. SREIS-D: Interne Konsistenz geschätzt mit Cronbachs Alpha

Skala	α klinisch	α nicht-klinisch
SREIS-D		
Emotionswahrnehmung	.65	.68
Emotionsnutzung	.76	.82
Emotionswissen	.83	.82
Emotionsregulation intrapersonal	.70	.73
Emotionsregulation interpersonal	.71	.69
Gesamtskala	.84	.86

Anmerkungen: α klinisch ($n = 338$): Cronbachs Alpha, klinische Stichprobe. α nicht-klinisch ($n = 218$): Cronbachs Alpha, nicht-klinische Kontrollgruppe. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version.

Literatur

- Abler, B. & Kessler, H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*, 55 (3), 144–152.
- Barnow, S. (2013). *Therapie wirkt!* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13–25.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer R. A. & Brown G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual, 2nd Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Behr, D., Braun, M. & Dorer, B. (2015). *Messinstrumente in internationalen Studien*. Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines).
- Berking, M. & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56 (2), 141–153.
- Blanz, M. (Hrsg.). (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit. Grundlagen und Anwendungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brackett, M. A. & Geher, G. (2006). Measuring Emotional Intelligence: Paradigmatic Diversity and Common Ground. In J. Ciarrochi, J. P. Forgas & J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in Everyday Life* (2nd ed., pp. 27–50). New York: Psychology Press.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N. & Salovey, P. (2005). *What is the best way to measure emotional intelligence? A case for performance measures*. Manuscript under review.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N. & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance

- measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91 (4), 780–795.
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14 (3), 464–504.
- Choi, S. & Kluemper, D. H. (2012). The relative utility of differing measures of emotional intelligence: Other-report EI as a predictor of social functioning. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 62 (3), 121–127.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum Associates.
- Flora, D. B. & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological methods*, 9 (4), 466–491.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (2. vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage)*. Göttingen: Beltz Test.
- García-Sancho, E., Salguero, J. M. & Fernández-Berrocal, P. (2014). Relationship between emotional intelligence and aggression: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 19 (5), 584–591.
- Graser, J., Bohn, C., Kelava, A., Schreiber, F., Hofmann, S. G. & Stangier, U. (2012). Der „Affective Style Questionnaire (ASQ)“: Deutsche Adaption und Validitäten. *Diagnostica*, 58 (2), 100–111.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation. Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39 (3), 281–291.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348–362.
- Groves, K. S., McEnrue, M. P. & Shen, W. (2008). Developing and measuring the emotional intelligence of leaders. *Journal of Management Development*, 27 (2), 225–250.

- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). *Beck Depressions-Inventar, 2. Auflage (BDI II)*. Frankfurt: Pearson Assessment.
- Herpertz, S., Schütz, A. & Nezlek, J. (2016). Enhancing emotion perception, a fundamental component of emotional intelligence. Using multiple-group SEM to evaluate a training program. *Personality and Individual Differences, 95*, 11–19.
- Hertel, J. (2007). *Emotional abilities: What do different measures predict?* Dissertation, Technische Universität Chemnitz.
- Hertel, J., Schütz, A. & Lammers, C.-H. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of clinical psychology, 65* (9), 942–954.
- JASP Team. (2018) JASP (Version 0.9) [Computer software]. Verfügbar unter <https://jasp-stats.org/>
- Joseph, D. L. & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: an integrative meta-analysis and cascading model. *The Journal of applied psychology, 95* (1), 54–78.
- Keele, S. M. & Bell, R. C. (2008). The factorial validity of emotional intelligence: An unresolved issue. *Personality and Individual Differences, 44* (2), 487–500.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (Methodology in the social sciences, Fourth edition). New York: The Guilford Press.
- Koydemir, S. & Schütz, A. (2012). Emotional intelligence predicts components of subjective well-being beyond personality: A two-country study using self- and informant reports. *The Journal of Positive Psychology, 7* (2), 107–118.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Der Nervenarzt, 78* (6), 651–656.
- Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U. & Köller, O. (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. *Psychologische Rundschau, 58* (2), 103–117.

- Malouff, J. M., Schutte, N. S. & Thorsteinsson, E. B. (2014). Trait Emotional Intelligence and Romantic Relationship Satisfaction: A Meta-Analysis. *The American Journal of Family Therapy*, 42 (1), 53–66.
- Martins, A., Ramalho, N. & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49 (6), 554–564.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *emotional development and emotional intelligence. Educational implications* (1st ed., pp. 3–31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*. Toronto, ON: MHS.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3 (1), 97–105.
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah, N. J.: L. Erlbaum Associates.
- Mikolajczak, M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., van Broeck, N. et al. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health. *Emotion (Washington, D.C.)*, 15 (5), 653–667.
- O'Boyle, E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. H. & Story, P. A. (2011). The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32 (5), 788–818.
- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15 (6), 425–448.
- Prudon, P. (2015). Confirmatory Factor Analysis as a Tool in Research Using Questionnaires: A Critique. *Comprehensive Psychology*, 4, 03.CP.4.10.

- R Core Team. (2019) A Language and Environment for Statistical Computing [Computer software]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Verfügbar unter <https://www.R-project.org/>
- Revelle, W. & Zinbarg, R. E. (2009). Coefficients Alpha, Beta, Omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74 (1), 145–154.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8 (2), 23–74.
- Schröder-Abé, M. & Schütz, A. (2011). Walking in each other's shoes: Perspective taking mediates effects of emotional intelligence on relationship quality. *European Journal of Personality*, 25 (2), 155–169.
- Schütz, A. & Koydemir, S. (2018). Emotional Intelligence: What It Is, How It Can Be Measured and Increased and Whether It Makes Us Successful and Happy. In V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality and Individual Differences: Volume III: Applications of Personality and Individual Differences* (pp. 397–423). London: SAGE Publications Ltd.
- Schütz, A. & Marcus, B. (2004). Selbstdarstellung in der Diagnostik. Die Testperson als aktives Subjekt. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Handbuch Psychologie als Humanwissenschaft* (S. 198–212). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steinmayr, R., Schütz, A., Hertel, J. & Schröder-Abé, M. (2011). *Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz (MSCEIT™)*. *Deutschsprachige Adaptation des Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT™) von John D. Mayer, Peter Salovey und David R. Caruso*. Bern: Hans Huber.
- Schweizer, K. (2011). On the Changing Role of Cronbach's α in the Evaluation of the Quality of a Measure. *European Journal of Psychological Assessment*, 27 (3), 143–144.
- Tsarenko, Y. & Strizhakova, Y. (2013). Coping with service failures. *European Journal of Marketing*, 47 (1/2), 71–92.

- Webb, C. A., Schwab, Z. J., Weber, M., DelDonno, S., Kipman, M., Weiner, M. R. et al. (2013). Convergent and divergent validity of integrative versus mixed model measures of emotional intelligence. *Intelligence*, 41 (3), 149–156.
- Weiber, R. & Mühlhaus, D. (2014). *Strukturgleichungsmodellierung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Wong, C.-S. & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude. *The Leadership Quarterly*, 13 (3), 243–274.
- Zeidner, M., Matthews, G. & Roberts, R. D. (2012). The Emotional Intelligence, Health, and Well-Being Nexus: What Have We Learned and What Have We Missed? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4 (1), 1–30.

Anhang: SREIS-D

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf ihr Verständnis von Emotionen. Bitte markieren Sie auf untenstehender Bewertungsskala, wie genau jede der Aussagen auf Sie zutrifft. Schätzen Sie sich ein, im Vergleich zu anderen Menschen, welche im gleichen Alter und gleichen Geschlechts sind. Bitte lesen Sie jede der Aussagen aufmerksam und kreuzen dann die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

① = unzutreffend ② = überwiegend unzutreffend ③ = teils/teils ④ = überwiegend zutreffend ⑤ = zutreffend

1.	Wenn ich den Gesichtsausdruck von anderen Menschen sehe, kann ich deren Gefühle erkennen.	①	②	③	④	⑤
2.	Ich bin ein rationaler Mensch und verlasse mich nicht auf meine Gefühle, um eine Entscheidung zu treffen.*	①	②	③	④	⑤
3.	Ich verfüge über einen großen Wortschatz, um meine Gefühle zu beschreiben.	①	②	③	④	⑤
4.	Es fällt mir schwer, mit Ärger umzugehen.*	①	②	③	④	⑤
5.	Wenn jemand, den ich kenne, schlechte Laune hat, kann ich der Person helfen, sich zu beruhigen und sich besser zu fühlen.	①	②	③	④	⑤
6.	Ich bin mir der nonverbalen Botschaften bewusst, die von anderen Menschen ausgesendet werden.	①	②	③	④	⑤
7.	Wenn ich Entscheidungen treffe, höre ich auf meine Gefühle, um zu sehen, ob sich die Entscheidung richtig anfühlt.	①	②	③	④	⑤
8.	Ich könnte leicht viele Synonyme für Gefühlsbezeichnungen, wie Glück oder Traurigkeit, aufschreiben.	①	②	③	④	⑤
9.	Ich kann mit stressreichen Situationen umgehen, ohne zu nervös zu werden.	①	②	③	④	⑤
10.	Ich kenne Strategien, um die Stimmung von anderen zu beeinflussen oder zu verbessern.	①	②	③	④	⑤
11.	Ich kann beurteilen, ob mich eine Person anlügt, indem ich auf seinen bzw. ihren Gesichtsausdruck schaue.	①	②	③	④	⑤
12.	Ich bin ein rationaler Mensch und mag es nicht, mich auf meine Gefühle zu verlassen, um Entscheidungen zu treffen.*	①	②	③	④	⑤
13.	Ich verfüge über den Wortschatz, um zu beschreiben, wie sich Gefühle von einfachem zu komplexem Erleben entwickeln.	①	②	③	④	⑤
14.	Ich bin in der Lage, auch mit emotional aufwühlenden Problemen umzugehen.	①	②	③	④	⑤
15.	Es fällt mir schwer Menschen, die traurig oder ärgerlich sind, zu helfen, wieder in bessere Stimmung zu kommen.*	①	②	③	④	⑤
16.	Meine ersten Eindrücke über die Gefühlswelt anderer sind gewöhnlich falsch.*	①	②	③	④	⑤
17.	Mein Wortschatz in Bezug auf Gefühle ist wahrscheinlich besser ausgeprägt als der Gefühlswortschatz der meisten anderen Personen.	①	②	③	④	⑤
18.	Ich weiß, wie ich in schwierigen oder stressreichen Situationen ruhig bleiben kann.	①	②	③	④	⑤
19.	Ich bin der Typ Mensch, zu dem andere gehen, wenn sie in einer schwierigen Situation Hilfe brauchen.	①	②	③	④	⑤

Anmerkungen: Die Items sind in der gleichen Reihenfolge wie bei der englischen Originalversion aufgelistet.

Skalenzuordnung der Items: Emotionswahrnehmung 1, 6, 11, 16; Emotionsnutzung 2, 7, 12; Emotionswissen 3, 8, 13, 17; Emotionsregulation intrapersonal 4, 9, 14, 18; Emotionsregulation interpersonal 5, 10, 15, 19.

*Umgekehrte Bewertung bei den Aussagen 2, 4, 12, 15, 16.

7.2 Anhang B: SREIS-D - Fremdeinschätzung

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf emotionale Kompetenzen. Bitte beschreiben Sie auf der untenstehenden Bewertungsskala wie genau jede der Aussagen auf den/die PatientIn zutrifft. Markieren sie die Antwortalternative, die auf ihn/sie am besten zutrifft.

① = unzutreffend ② = überwiegend unzutreffend ③ = teils/teils ④ = überwiegend zutreffend ⑤ = zutreffend

1.	Wenn der/die PatientIn den Gesichtsausdruck von anderen Menschen sieht, kann er/sie deren Gefühle erkennen.	①	②	③	④	⑤
2.	Der/die PatientIn ist ein rationaler Mensch und verlässt sich nicht auf seine/ihre Gefühle, um eine Entscheidung zu treffen.	①	②	③	④	⑤
3.	Der/die PatientIn verfügt über einen großen Wortschatz, um seine/ihre Gefühle zu beschreiben.	①	②	③	④	⑤
4.	Es fällt dem/der PatientIn schwer, mit Ärger umzugehen.	①	②	③	④	⑤
5.	Wenn jemand den der/die PatientIn kennt schlechte Laune hat, kann er/sie der Person helfen sich zu beruhigen und sich besser zu fühlen.	①	②	③	④	⑤
6.	Der/die PatientIn ist sich der nonverbalen Botschaften bewusst, die von anderen Menschen ausgesendet werden.	①	②	③	④	⑤
7.	Wenn der/die PatientIn Entscheidungen trifft, hört er/sie auf seine/ihre Gefühle, um zu sehen, ob sich die Entscheidung richtig anfühlt.	①	②	③	④	⑤
8.	Der/die PatientIn könnte leicht viele Synonyme für Gefühlsbezeichnungen wie Glück oder Traurigkeit aufschreiben.	①	②	③	④	⑤
9.	Der/die PatientIn kann mit stressreichen Situationen umgehen, ohne zu nervös zu werden.	①	②	③	④	⑤
10.	Der/die PatientIn kennt Strategien, um die Stimmung von anderen zu beeinflussen oder zu verbessern.	①	②	③	④	⑤
11.	Der/die PatientIn kann beurteilen, ob eine Person ihn/sie anlügt, indem er/sie auf seinen bzw. ihren Gesichtsausdruck schaut.	①	②	③	④	⑤
12.	Der/die PatientIn ist ein rationaler Mensch und mag es nicht, sich auf seine/ihre Gefühle zu verlassen, um Entscheidungen zu treffen.	①	②	③	④	⑤
13.	Der/die PatientIn verfügt über den Wortschatz, um zu beschreiben, wie sich Gefühle von einfachem zu komplexem Erleben entwickeln.	①	②	③	④	⑤
14.	Der/die PatientIn ist in der Lage, auch mit emotional aufwühlenden Problemen umzugehen.	①	②	③	④	⑤
15.	Es fällt dem/der PatientIn schwer, Menschen die traurig oder ärgerlich sind, zu helfen, wieder in bessere Stimmung zu kommen.	①	②	③	④	⑤
16.	Die ersten Eindrücke des/der PatientIn über die Gefühlswelt anderer sind gewöhnlich falsch.	①	②	③	④	⑤
17.	Der Wortschatz des/der PatientIn in Bezug auf Gefühle ist wahrscheinlich besser ausgeprägt als der Gefühlswortschatz der meisten anderen Personen.	①	②	③	④	⑤
18.	Der/die PatientIn weiß, wie er/sie in schwierigen oder stressreichen Situationen ruhig bleiben kann.	①	②	③	④	⑤
19.	Der/die PatientIn ist der Typ Mensch, zu dem andere gehen, wenn sie in einer schwierigen Situation Hilfe brauchen.	①	②	③	④	⑤

Skalenzuordnung zu den Items:

Emotionswahrnehmung: Aussage 1, 6, 11, 16; Emotionsnutzung: Aussage 2, 7, 12; Emotionswissen: Aussage 3, 8, 13, 17; Emotionsregulation (intrapersonal): Aussage 4, 9, 14, 18; Emotionsregulation (interpersonal): Aussage 5, 10, 15, 19. Umgekehrte Bewertung bei Aussage bei 2, 4, 15, 16.

7.3 Anhang C: Lineare Regressionsmodelle zu Hypothese 4

Ergänzende Tabellen zu Hypothese 4:

(1) Fünf nichtsignifikante Regressionsmodelle der MSCEIT-Unterskalen T2-T0

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Veränderungen* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	B (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-1.94 (-12.66, 8.79)		.72
MSCEIT <i>Veränderungen</i> T2-T0	-0.07 (-0.36, 0.23)	-.04	.66
Dummy-Variable VG1	1.33 (-3.75, 6.41)	.04	.61
Dummy-Variable VG2	-1.94 (-5.92, 2.04)	-.08	.34
IV MSCEIT <i>Veränderungen</i> T2-T0*VG1	-0.25 (-0.97, 0.48)	-.06	.50
IV MSCEIT <i>Veränderungen</i> T2-T0*VG2	-0.10 (-0.72, 0.53)	-.03	.76
Alter zu T0	0.06 (-0.10, 0.22)	.06	.45
Geschlecht	-3.61 (-7.51, 0.30)	-.14	.07

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *komplexe Emotionen* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	B (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-2.25 (-12.75, 8.26)		.67
MSCEIT <i>komplexe Emotionen</i> T2-T0	-0.19 (-0.48, 0.09)	-.13	.18
Dummy-Variable VG1	0.62 (-4.09, 5.33)	.02	.79
Dummy-Variable VG2	-2.04 (-5.88, 1.81)	-.09	.30
IV MSCEIT <i>komplexe Emotionen</i> T2-T0*VG1	0.15 (-0.65, 0.96)	.03	.71
IV MSCEIT <i>komplexe Emotionen</i> T2-T0*VG2	0.20 (-0.42, 0.82)	.06	.52
Alter zu T0	0.06 (-0.10, 0.22)	.06	.46
Geschlecht	-3.39 (-7.28, 0.50)	-.13	.09

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Emotionsregulation (ER) in Beziehungen* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-2.57 (-12.98, 7.81)		.63
MSCEIT <i>ER in Beziehungen</i> T2-T0	-0.33* (-0.59, -0.08)	-.27*	.01
Dummy-Variable VG1	0.58 (-4.02, 5.17)	.02	.80
Dummy-Variable VG2	-1.98 (-5.71, 1.74)	-.08	.30
IV MSCEIT <i>ER in Beziehungen</i> T2-T0*VG1	0.55 (-0.02, 1.12)	.16	.06
IV MSCEIT <i>ER in Beziehungen</i> T2-T0*VG2	0.33 (-0.13, 0.78)	.14	.16
Alter zu T0	0.08 (-0.08, 0.23)	.07	.34
Geschlecht	-3.61 (-7.40, 0.18)	-.14	.06

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Emotionswissen* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-1.74 (-12.47, 8.99)		.75
MSCEIT <i>Emotionswissen</i> T2-T0	-0.15 (-0.54, 0.25)	-.07	.46
Dummy-Variable VG1	0.78 (-4.08, 5.64)	.03	.75
Dummy-Variable VG2	-1.90 (-5.95, 2.15)	-.08	.36
IV MSCEIT <i>Emotionswissen</i> T2-T0*VG1	-0.18 (-1.16, 0.81)	-.03	.72
IV MSCEIT <i>Emotionswissen</i> T2-T0*VG2	-0.05 (-0.90, 0.80)	-.01	.91
Alter zu T0	0.05 (-0.11, 0.22)	.05	.52
Geschlecht	-3.45 (-7.42, 0.53)	-.13	.09

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Emotionsregulation* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-1.53 (-12.21, 9.16)		.78
MSCEIT <i>Emotionsregulation</i> T2-T0	-0.46* (-0.90, -0.03)	-.23*	.04
Dummy-Variable VG1	0.10 (-4.71, 4.91)	.00	.97
Dummy-Variable VG2	-1.98 (-5.91, 1.95)	-.08	.32
IV MSCEIT <i>Emotionsregulation</i> T2-T0*VG1	0.72 (-0.28, 1.71)	.12	.16
IV MSCEIT <i>Emotionsregulation</i> T2-T0*VG2	0.21 (-0.55, 0.98)	.06	.58
Alter zu T0	0.06 (-0.10, 0.22)	.06	.44
Geschlecht	-3.66 (-7.57, 0.24)	-.14	.07

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

(2) Regressionsmodelle der fünf SREIS-D Unterskalen und der Gesamtskala T2-T0

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Emotionswahrnehmung* der SREIS-D auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.78 (-11.26, 9.69)		.88
SREIS-D <i>Emotionswahrnehmung</i> T2-T0	-1.42 (-5.78, 2.94)	-.07	.52
Dummy-Variable VG1	-0.59 (-5.75, 4.57)	-.02	.82
Dummy-Variable VG2	-1.95 (-5.73, 1.84)	-.08	.31
IV SREIS-D <i>Emotionswahrnehmung</i> T2-T0*VG1	6.48 (-4.85, 17.82)	.10	.26
IV SREIS-D <i>Emotionswahrnehmung</i> T2-T0*VG2	-0.44 (-7.51, 6.63)	-.01	.90
Alter zu T0	0.06 (-0.09, 0.22)	.06	.43
Geschlecht	-4.22* (-8.05, -0.39)	-.16*	.03

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Emotionsnutzung* der SREIS-D auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.29 (-10.35, 9.76)		.95
SREIS-D <i>Emotionsnutzung</i> T2-T0	-2.03 (-4.84, 0.78)	-.14	.16
Dummy-Variable VG1	0.38 (-4.36, 5.12)	.01	.87
Dummy-Variable VG2	-0.58 (-4.34, 3.18)	-.02	.76
IV SREIS-D <i>Emotionsnutzung</i> T2-T0*VG1	1.28 (-5.93, 8.49)	.03	.73
IV SREIS-D <i>Emotionsnutzung</i> T2-T0*VG2	-4.89 (-10.10, 0.33)	-.18	.07
Alter zu T0	0.07 (-0.08, 0.22)	.06	.38
Geschlecht	-4.49* (-8.19, -0.78)	-.17*	.02

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Emotionswissen* der SREIS-D auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.10 (-10.03, 9.83)		.98
SREIS-D <i>Emotionswissen</i> T2-T0	-4.69* (-7.69, -1.68)	-.33*	.01
Dummy-Variable VG1	1.25 (-3.43, 5.93)	.04	.60
Dummy-Variable VG2	-0.81 (-4.70, 3.08)	-.03	.68
IV SREIS-D <i>Emotionswissen</i> T2-T0*VG1	-1.06 (-8.10, 5.98)	-.03	.77
IV SREIS-D <i>Emotionswissen</i> T2-T0*VG2	0.11 (-4.82, 5.04)	.01	.97
Alter zu T0	0.06 (-0.09, 0.21)	.06	.43
Geschlecht	-4.08* (-7.75, -0.42)	-.16*	.03

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Emotionsregulation (ER) intrapersonal* der SREIS-D auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	3.83 (-5.77, 13.44)		.43
SREIS-D <i>ER intrapersonal</i> T2-T0	-7.31* (-10.12, -4.49)	-.50*	.01
Dummy-Variable VG1	-0.60 (-5.46, 4.26)	-.02	.81
Dummy-Variable VG2	-1.92 (-5.79, 1.96)	-.08	.33
IV SREIS-D <i>ER intrapersonal</i> T2-T0*VG1	4.23 (-2.61, 11.19)	.11	.22
IV SREIS-D <i>ER intrapersonal</i> T2-T0*VG2	1.18 (-3.52, 5.88)	.05	.62
Alter zu T0	0.03 (-0.11, 0.17)	.03	.70
Geschlecht	-4.42* (-7.83, -1.01)	-.17*	.01

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Emotionsregulation (ER) interpersonal* der SREIS-D auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.68 (-10.93, 9.58)		.90
SREIS-D <i>ER interpersonal</i> T2-T0	-1.52 (-4.80, 1.76)	-.10	.36
Dummy-Variable VG1	1.75 (-3.00, 6.49)	.06	.47
Dummy-Variable VG2	-1.86 (-5.52, 1.80)	-.08	.32
IV SREIS-D <i>ER interpersonal</i> T2-T0*VG1	-4.97 (-13.14, 3.21)	-.10	.23
IV SREIS-D <i>ER interpersonal</i> T2-T0*VG2	-3.61 (-9.20, 1.98)	-.12	.20
Alter zu T0	0.04 (-0.11, 0.20)	.04	.57
Geschlecht	-3.83* (-7.54, -0.11)	-.15*	.04

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der SREIS-D Gesamtskala auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	4.14 (-5.65, 13.92)		.41
SREIS-D Gesamtskala T2-T0	-10.15* (-15.51, -4.79)	-.39*	.01
Dummy-Variable VG1	0.45 (-4.71, 5.62)	.02	.86
Dummy-Variable VG2	-0.49 (-4.56, 3.59)	-.02	.81
IV SREIS-D Gesamtskala T2-T0*VG1	2.89 (-9.30, 15.08)	.04	.64
IV SREIS-D Gesamtskala T2-T0*VG2	-3.19 (-11.91, 5.52)	-.08	.47
Alter zu T0	0.02 (-0.13, 0.16)	.02	.82
Geschlecht	-4.58* (-8.09, -1.07)	-.18*	.01

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

(3) Regressionsmodelle der beiden ERQ-Unterskalen T2-T0

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Neubewertung* des ERQ auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-1.97 (-12.51, 8.56)		.71
ERQ <i>Neubewertung</i> T2-T0	-1.68 (-3.70, 0.33)	-.17	.10
Dummy-Variable VG1	2.12 (-4.10, 8.33)	.07	.50
Dummy-Variable VG2	-0.51 (-4.90, 3.87)	-.02	.82
IV ERQ <i>Neubewertung</i> T2-T0*VG1	-1.18 (-6.81, 4.45)	-.04	.68
IV ERQ <i>Neubewertung</i> T2-T0*VG2	-1.66 (-5.12, 1.81)	-.11	.35
Alter zu T0	0.08 (-0.07, 0.23)	.07	.31
Geschlecht	-3.61 (-7.42, 0.20)	-.14	.06

Anmerkungen. ERQ = *Emotion Regulation Questionnaire*. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T0 der Unterskala *Unterdrückung* des ERQ auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T0) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.13 (-10.37, 10.11)		.98
ERQ <i>Unterdrückung</i> T2-T0	2.17* (0.23, 4.11)	.24*	.03
Dummy-Variable VG1	-0.80 (-5.56, 3.96)	-.03	.74
Dummy-Variable VG2	-1.09 (-5.48, 3.29)	-.05	.62
IV ERQ <i>Unterdrückung</i> T2-T0*VG1	-1.50 (-6.37, 3.38)	-.05	.55
IV ERQ <i>Unterdrückung</i> T2-T0*VG2	0.68 (-2.50, 3.86)	.05	.67
Alter zu T0	0.07 (-0.08, 0.22)	.06	.39
Geschlecht	-3.92* (-7.64, -0.20)	-.15*	.04

Anmerkungen. ERQ = *Emotion Regulation Questionnaire*. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

(4) Fünf Regressionsmodelle der MSCEIT-Unterskalen T2-T1

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Veränderungen* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	B (95%-CI)	<i>b</i> _{stand}	<i>p</i>
Konstante	-0.37 (-9.66, 8.93)		.94
MSCEIT <i>Veränderungen</i> T2-T1	0.08 (-0.21, 0.36)	.05	.61
Dummy-Variable VG1	-1.07 (-5.28, 3.15)	-.04	.62
Dummy-Variable VG2	-4.70* (-8.09, -1.32)	-.22*	.01
IV MSCEIT <i>Veränderungen</i> T2-T1*VG1	-0.66 (-1.39, 0.07)	-.15	.08
IV MSCEIT <i>Veränderungen</i> T2-T1*VG2	0.12 (-0.46, 0.70)	.04	.68
Alter zu T0	0.13 (-0.01, 0.27)	.14	.06
Geschlecht	0.27 (-3.14, 3.67)	.01	.88

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *komplexe Emotionen* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	B (95%-CI)	<i>b</i> _{stand}	<i>p</i>
Konstante	-0.53 (-9.82, 8.76)		.91
MSCEIT <i>komplexe Emotionen</i> T2-T1	-0.24 (-0.59, 0.10)	-.16	.17
Dummy-Variable VG1	-2.43 (-6.63, 1.77)	-.09	.26
Dummy-Variable VG2	-5.19* (-8.46, -1.92)	-.25*	.01
IV MSCEIT <i>komplexe Emotionen</i> T2-T1*VG1	-0.12 (-0.82, 0.58)	-.03	.73
IV MSCEIT <i>komplexe Emotionen</i> T2-T1*VG2	0.37 (-0.24, 0.97)	.12	.23
Alter zu T0	0.13 (-0.01, 0.26)	.13	.08
Geschlecht	0.63 (-2.79, 4.04)	.03	.72

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Emotionsregulation (ER) in Beziehungen* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.73 (-10.14, 8.68)		.88
MSCEIT <i>ER in Beziehungen</i> T2-T1	-0.18 (-0.44, 0.08)	-.15	.16
Dummy-Variable VG1	-1.88 (-6.03, 2.28)	-.07	.37
Dummy-Variable VG2	-5.02* (-8.36, -1.67)	-.24*	.01
IV MSCEIT <i>ER in Beziehungen</i> T2-T1*VG1	0.24 (-0.36, 0.84)	.07	.43
IV MSCEIT <i>ER in Beziehungen</i> T2-T1*VG2	0.13 (-0.33, 0.59)	.06	.58
Alter zu T0	0.14 (-0.01, 0.28)	.14	.06
Geschlecht	0.46 (-2.98, 3.90)	.02	.79

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Emotionswissen* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.66 (-9.97, 8.65)		.89
MSCEIT <i>Emotionswissen</i> T2-T1	-0.09 (-0.48, 0.31)	-.05	.67
Dummy-Variable VG1	-1.85 (-5.99, 2.28)	-.07	.38
Dummy-Variable VG2	-4.92* (-8.23, -1.61)	-.23*	.01
IV MSCEIT <i>Emotionswissen</i> T2-T1*VG1	-0.62 (-1.51, 0.26)	-.12	.17
IV MSCEIT <i>Emotionswissen</i> T2-T1*VG2	0.35 (-0.41, 1.11)	.09	.36
Alter zu T0	0.13 (-0.01, 0.27)	.14	.06
Geschlecht	0.48 (-2.94, 3.90)	.02	.78

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Emotionsregulation* des MSCEIT auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.69 (-10.08, 8.70)		.89
MSCEIT <i>Emotionsregulation</i> T2-T1	-0.41 (-0.85, 0.02)	-.20	.06
Dummy-Variable VG1	-1.88 (-6.03, 2.27)	-.07	.37
Dummy-Variable VG2	-4.92* (-8.24, -1.59)	-.23*	.01
IV MSCEIT <i>Emotionsregulation</i> T2-T1*VG1	0.25 (-0.70, 1.20)	.05	.60
IV MSCEIT <i>Emotionsregulation</i> T2-T1*VG2	0.13 (-0.70, 0.96)	.03	.76
Alter zu T0	0.13 (-0.01, 0.27)	.14	.07
Geschlecht	0.60 (-2.84, 4.03)	.03	.73

Anmerkungen. MSCEIT = Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

(5) Regressionsmodelle der fünf SREIS-D Unterskalen und der Gesamtskala T2-T1

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Emotionswahrnehmung* der SREIS-D auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.25 (-9.46, 8.96)		.96
SREIS-D <i>Emotionswahrnehmung</i> T2-T1	-3.95 (-8.58, 0.69)	-.19	.09
Dummy-Variable VG1	-1.78 (-5.85, 2.29)	-.07	.39
Dummy-Variable VG2	-4.87* (-8.10, -1.63)	-.23*	.01
IV SREIS-D <i>Emotionswahrnehmung</i> T2-T1*VG1	2.79 (-7.72, 13.29)	.05	.60
IV SREIS-D <i>Emotionswahrnehmung</i> T2-T1*VG2	0.12 (-7.52, 7.75)	.00	.98
Alter zu T0	0.13 (-0.01, 0.26)	.13	.07
Geschlecht	0.34 (-3.03, 3.72)	.02	.84

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Emotionsnutzung* der SREIS-D auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.92 (-10.15, 8.31)		.84
SREIS-D <i>Emotionsnutzung</i> T2-T1	-1.87 (-5.01, 1.28)	-.14	.24
Dummy-Variable VG1	-2.26 (-6.37, 1.85)	-.09	.28
Dummy-Variable VG2	-5.20* (-8.45, -1.95)	-.25*	.01
IV SREIS-D <i>Emotionsnutzung</i> T2-T1*VG1	-1.21 (-7.76, 5.35)	-.03	.72
IV SREIS-D <i>Emotionsnutzung</i> T2-T1*VG2	0.60 (-4.51, 5.70)	.03	.82
Alter zu T0	0.14* (0.00, 0.28)	.15*	.04
Geschlecht	0.47 (-2.89, 3.84)	.02	.78

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Emotionswissen* der SREIS-D auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-2.07 (-11.05, 6.91)		.65
SREIS-D <i>Emotionswissen</i> T2-T1	-3.31* (-6.15, -0.46)	-.24*	.02
Dummy-Variable VG1	-1.74 (-5.70, 2.22)	-.07	.39
Dummy-Variable VG2	-3.84* (-7.10, -0.58)	-.18*	.02
IV SREIS-D <i>Emotionswissen</i> T2-T1*VG1	-5.01 (-12.14, 2.13)	-.11	.17
IV SREIS-D <i>Emotionswissen</i> T2-T1*VG2	-1.19 (-6.45, 4.07)	-.04	.66
Alter zu T0	0.14* (0.00, 0.27)	.14*	.05
Geschlecht	1.05 (-2.24, 4.34)	.05	.53

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Emotionsregulation (ER) intrapersonal* der SREIS-D auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-1.40 (-10.68, 7.88)		.77
SREIS-D <i>ER intrapersonal</i> T2-T1	-3.79* (-7.13, -0.44)	-.24*	.03
Dummy-Variable VG1	-1.51 (-5.55, 2.54)	-.06	.46
Dummy-Variable VG2	-4.77* (-7.99, -1.54)	-.23*	.01
IV SREIS-D <i>ER intrapersonal</i> T2-T1*VG1	-2.38 (-9.69, 4.94)	-.06	.52
IV SREIS-D <i>ER intrapersonal</i> T2-T1*VG2	0.45 (-5.80, 6.71)	.01	.89
Alter zu T0	0.12 (-0.02, 0.26)	.13	.08
Geschlecht	1.15 (-2.26, 4.55)	.05	.51

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Emotionsregulation (ER) interpersonal* der SREIS-D auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-0.54 (-9.74, 8.66)		.91
SREIS-D <i>ER interpersonal</i> T2-T1	-1.49 (-5.08, 2.11)	-.09	.42
Dummy-Variable VG1	-1.67 (-5.76, 2.42)	-.06	.42
Dummy-Variable VG2	-5.46* (-8.72, -2.19)	-.26*	.01
IV SREIS-D <i>ER interpersonal</i> T2-T1*VG1	-2.94 (-12.11, 6.23)	-.05	.53
IV SREIS-D <i>ER interpersonal</i> T2-T1*VG2	-3.23 (-9.69, 3.23)	-.10	.33
Alter zu T0	0.12 (-0.02, 0.26)	.13	.09
Geschlecht	0.66 (-2.72, 4.04)	.03	.70

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der SREIS-D Gesamtskala auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-2.55 (-11.52, 6.42)		.58
SREIS-D Gesamtskala T2-T1	-7.85* (-13.28, -2.42)	-.30*	.01
Dummy-Variable VG1	-1.71 (-5.64, 2.22)	-.07	.39
Dummy-Variable VG2	-4.23* (-7.38, -1.07)	-.20*	.01
IV SREIS-D Gesamtskala T2-T1*VG1	-10.20 (-23.87, 3.47)	-.12	.14
IV SREIS-D Gesamtskala T2-T1*VG2	-2.41 (-12.20, 7.38)	-.05	.63
Alter zu T0	0.12 (-0.01, 0.26)	.13	.07
Geschlecht	1.78 (-1.51, 5.06)	.08	.29

Anmerkungen. SREIS-D = *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* – deutsche Version. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

(6) Regressionsmodelle der beiden ERQ-Unterskalen T2-T1

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Neubewertung* des ERQ auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-1.24 (-10.25, 7.78)		.79
ERQ <i>Neubewertung</i> T2-T1	-1.50 (-3.64, 0.63)	-.17	.17
Dummy-Variable VG1	-1.29 (-5.29, 2.72)	-.05	.53
Dummy-Variable VG2	-4.67* (-7.83, -1.50)	-.22*	.01
IV ERQ <i>Neubewertung</i> T2-T1*VG1	-2.63 (-7.68, 2.43)	-.09	.31
IV ERQ <i>Neubewertung</i> T2-T1*VG2	-2.03 (-5.37, 1.32)	-.13	.23
Alter zu T0	0.12 (-0.01, 0.26)	.13	.07
Geschlecht	0.91 (-2.40, 4.21)	.04	.59

Anmerkungen. ERQ = *Emotion Regulation Questionnaire*. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.

Lineares Regressionsmodell zur Prüfung des Einflusses von EI-Veränderung T2-T1 der Unterskala *Unterdrückung* des ERQ auf das Behandlungsergebnis bzgl. depressiver Symptomatik gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar II (T2-T1) unter Einschluss der aufgeführten Variablen

Variablen	β (95%-CI)	b_{stand}	p
Konstante	-1.61 (-10.58, 7.37)		.72
ERQ <i>Unterdrückung</i> T2-T1	2.23* (0.65, 3.82)	.28*	.01
Dummy-Variable VG1	-1.53 (-5.50, 2.44)	-.06	.45
Dummy-Variable VG2	-4.99* (-8.13, -1.85)	-.24*	.01
IV ERQ <i>Unterdrückung</i> T2-T1*VG1	1.81 (-1.99, 5.62)	.08	.35
IV ERQ <i>Unterdrückung</i> T2-T1*VG2	-0.52 (-3.45, 2.41)	-.03	.73
Alter zu T0	0.12 (-0.01, 0.26)	.13	.07
Geschlecht	1.20 (-2.11, 4.51)	.05	.48

Anmerkungen. ERQ = *Emotion Regulation Questionnaire*. IV = Interaktionsvariable. * Koeffizient ist signifikant mit $p \leq .05$.