

www.sport-training.de

Sportwissenschaftliche Skripte



Sportpsychologie

Stress und Stressbewältigung

Präventions- und Rehabilitationssport

Zusammengestellt von

Michael Fröhlich

Saarbrücken

2001

Inhaltsverzeichnis

1	GESUNDHEIT, STREß UND BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN ZIMBARDO KAPITEL 12.....	5
1.1	Gesundheit	5
1.2	Streß.....	8
1.2.1	<i>Die Bedeutung der kognitiven Bewertung.....</i>	<i>8</i>
1.2.2	<i>Physiologische Streßreaktionen.....</i>	<i>9</i>
1.2.3	<i>Das allgemeine Adaptationssyndrom.....</i>	<i>10</i>
1.2.4	<i>Streß und Krankheit</i>	<i>10</i>
1.2.5	<i>Verhaltensmuster</i>	<i>11</i>
1.2.6	<i>Katastrophale Ereignisse</i>	<i>11</i>
1.2.7	<i>Bewältigungsstrategien</i>	<i>11</i>
2	PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND ABWEICHENDES VERHALTEN ZIMBARDO KAPITEL 13 14	
2.1	Was ist „psychisch“ gestört?	14
2.2	Die Klassifikation psychischer Störungen.....	14
2.2.1	<i>Neurose.....</i>	<i>14</i>
2.2.2	<i>Psychosen.....</i>	<i>15</i>
2.2.3	<i>Persönlichkeitsstörungen</i>	<i>15</i>
2.2.4	<i>Angststörung</i>	<i>15</i>
2.2.5	<i>Phobien</i>	<i>16</i>
2.2.6	<i>Generalisierte Angststörung.....</i>	<i>16</i>
2.2.7	<i>Panikstörung</i>	<i>16</i>
2.2.8	<i>Zwangshandlung.....</i>	<i>17</i>
2.2.9	<i>Somatoforme Störungen</i>	<i>17</i>
2.2.10	<i>Dissoziative Störungen.....</i>	<i>17</i>
2.2.11	<i>Sexuelle Störungen</i>	<i>17</i>
2.2.12	<i>Affektive Störungen.....</i>	<i>18</i>
2.2.13	<i>Depression</i>	<i>18</i>
2.2.14	<i>Wahnhaftige Störungen</i>	<i>18</i>
2.2.15	<i>Schizophrenie.....</i>	<i>19</i>
2.3	Ansätze zur Klärung psychischer Störungen.....	19
2.3.1	<i>Kulturelle Ansätze.....</i>	<i>19</i>
2.3.2	<i>Biologische Theorien.....</i>	<i>20</i>
2.3.3	<i>Psychologische Ansätze</i>	<i>20</i>
3	STREß IN SCHWARZER, R.: STREß, ANGST UND HANDLUNGSREGULATION. P.11-28.....	21
3.1	Die kognitiv-transaktionale Streßtheorie.....	22
3.2	Die Theorie der Ressourcenerhaltung.....	23
3.3	Die Messung von Streß	24

4	ANGST IN SCHWARZER, R.: STREß, ANGST UND HANDLUNGSREGULATION. P. 88-105..	26
4.1	Zeitstabilität: Zustandsangst und Ängstlichkeit.....	26
4.2	Besorgnis und Aufgeregtheit	28
4.3	Generalität und Bereichsspezifität von Angst.....	28
5	LEISTUNGSANGST IN SCHWARZER, R.: STREß, ANGST UND HANDLUNGSREGULATION.	
P. 105-118.....		29
5.1	Aufmerksamkeitssteuerung.....	29
5.2	Leistungsrückmeldung und Kausalattribution.....	30
5.3	Angst und Leistung in Schule und Hochschule	31
6	SOZIALE ANGST IN SCHWARZER, R.: STREß, ANGST UND HANDLUNGSREGULATION. P.	
118-140		32
6.1	Verlegenheit.....	32
6.2	Scham	33
6.3	Publikumsangst	34
6.4	Schüchternheit.....	35
6.5	Gemeinsamkeit und Verschiedenheit sozialer Ängste	36
6.6	Überwindung sozialer Ängstlichkeit.....	38
7	HILFLOSIGKEIT UND KONTROLLÜBERZEUGUNG IN SCHWARZER, R.: STREß, ANGST	
UND HANDLUNGSREGULATION. P. 141-157		39
7.1	Informationskontrolle	39
7.2	Kontingenzerleben und Kompetenzerwartung.....	40
7.3	Attribution, Hilflosigkeit und Depression	41
7.4	Anwendung auf Leistungsschwierigkeiten.....	43
8	EMOTION IN SCHWARZER, R.: STREß, ANGST UND HILFLOSIGKEIT. 1981	44
8.1	Einführung	44
8.2	Der Ansatz von Schachter	44
8.3	Der Ansatz von Zajonc	45
8.4	Der Ansatz von Averill	47
9	THERAPIE IN ZIMBARDO KAPITEL 14	49
9.1	Therapieformen	49
9.2	Psychodynamische Therapien	50
9.2.1	<i>Freie Assoziation</i>	50
9.2.2	<i>Traumdeutung</i>	51
9.2.3	<i>Übertragung und Gegenübertragung</i>	51
9.3	Verhaltenstherapien	51
9.3.1	<i>Systematische Desensibilisierung</i>	52
9.3.2	<i>Implosion</i>	53

9.4	Aversionstherapie.....	53
9.5	Kontingenzmanagement.....	53
9.5.1	<i>Strategien der positiven Verstärkung</i>	54
9.5.2	<i>Löschungsstrategien</i>	54
9.5.3	<i>Bestrafung</i>	54
9.6	Generalisierungstechniken.....	54
9.7	Kognitive Therapien.....	55
9.7.1	<i>Kognitive Verhaltensmodifikation</i>	55
9.7.2	<i>Die kognitive Therapie der Depression</i>	56
9.8	Rational-emotive Therapie.....	56
9.9	Existentialistisch-humanistische Therapien.....	56
9.10	Klientenzentrierte Therapie.....	56
9.11	Gruppentherapie (Gründe und Vorteile für eine Gruppentherapie):.....	57
9.12	Therapieerfolg.....	57
9.13	Pro und Kontra von Psychotherapien.....	58
10	STREßBEWÄLTIGUNG IN SCHWARZER, R.: STREß, ANGST UND HANDLUNGSREGULATION. P. 28-68.....	59
10.1	Die Messung von Bewältigung.....	60
10.2	Arten der Bewältigung.....	60
10.3	Konsequenzen von Streß und Streßbewältigung.....	60
10.4	Befindlichkeit nach Viktimisierung.....	61
10.5	Gesundheitliche Auswirkungen von Streß und Streßbewältigung.....	63
10.6	Ein Beispiel für pathogene habituelle Streßbewältigung:.....	65
10.6.1	<i>Das Typ A-Verhaltensmuster</i>	65
10.7	Sozialer Rückhalt: Ein Mittel gegen Streß?.....	66
10.7.1	<i>Wirkungsweise sozialer Unterstützung</i>	68
10.7.2	<i>Bedingungen und Probleme von sozialer Unterstützung</i>	70
11	KOMPETENZERWARTUNG IN SCHWARZER, R.: STREß, ANGST UND HANDLUNGSREGULATION. P. 173-192.....	71
11.1	Selbstwirksamkeits- bzw. Kompetenzerwartung.....	71
11.2	Der Einfluß der Kompetenzerwartung auf die Verhaltensänderung.....	73
11.3	Individuelle Unterschiede in generalisierter Kompetenzerwartung.....	75

1 Gesundheit, Streß und Bewältigungsstrategien Zimbardo Kapitel 12

1.1 Gesundheit

Gesundheit bezieht sich auf den allgemeinen Zustand von Leib und Seele, auf deren Unversehrtheit und Vitalität. Gemeint ist nicht lediglich die Abwesenheit von Krankheit oder Verletzung, sondern vielmehr die volle Funktionstüchtigkeit aller Teile des Körpers. Psychologische und soziale Faktoren spielen eine wichtige Rolle für die körperliche Gesundheit, und deren Verständnis führt zur Entwicklung eines biopsychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit. Beispielsweise ist es wahrscheinlicher, daß eine Person gesund bleibt, wenn sie Gewohnheiten hat, die der Gesundheit dienen. Diese Überzeugungen und Einstellungen können durch die Person selbst, durch kulturelle Werte und durch die Verhaltensroutinen der Familie oder Freunde beeinflußt werden. Es ist auch klar, daß psychische Faktoren bei der Entwicklung vieler schwerer Krankheiten (einschließlich Herzerkrankungen, Krebs und Schlaganfällen) eine Rolle spielen, ebenso bei solchen Störungen wie Magengeschwüren, hohem Blutdruck, Infektionskrankheiten, Rückenschmerzen, Übergewicht, Asthma und Diabetes. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, daß Menschen, die sieben gesundheitsfördernde Gewohnheiten ausüben, sich besser fühlen, weniger Krankheiten haben und mit geringerer Wahrscheinlichkeit wegen gesundheitlicher Probleme der Arbeit oder der Schule fernbleiben.

Tun Sie etwas für ihre Gesundheit!

- Nicht Rauchen
- Regelmäßige sportliche Betätigung
- Mäßiger Alkoholgenuß oder Verzicht auf Alkohol
- Sieben oder acht Stunden Schlaf pro Nacht
- Normalgewicht halten
- Nicht zwischen den Mahlzeiten essen
- Frühstücken

Die Gesundheitspsychologie ist inzwischen eine etablierte psychologische Teildisziplin. Es ist ihr Ziel, die psychologischen Einflüsse auf das Gesundbleiben und Erkranken, die Ursachen für Erkrankungen und deren Reaktionen auf das Kranksein zu erforschen (*Taylor 1986*). Entsprechend lassen sich folgende Arbeitsgebiete von Gesundheitspsychologen unterscheiden: (a) Förderung und Erhaltung der Gesundheit; (b) Vorbeugung-Prävention und Behandlung; (c) Erforschung der Ursachen und Korrelate von Gesundheit; und (d) Verbesserung des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik (*Matarazzo 1980*). Die Gesund-

heitspsychologie bezieht sich somit auf die Beziehungen zwischen psychischen und somatischen Prozessen.

a) Förderung und Erhalt der Gesundheit

Die Gesundheitspsychologie konzentriert sich auf die Frage, wie Menschen ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit erhalten können und mit welchen Methoden die entsprechenden Verhaltensweisen gefördert werden können. Beispielsweise weiß man, daß regelmäßige sportliche Betätigung ein wichtiger Faktor für die Förderung und Erhaltung der Gesundheit ist. Insbesondere können durch Sportarten, wie Schwimmen, Radfahren, Laufen oder Seilhüpfen wesentliche Fortschritte erzielt werden. Sie führen zu einer besseren Kondition des Herzkreislaufsystems, sowie des Atemsystems und stärken somit den gesamten Gesundheitszustand. Andere gesundheitsfördernde Maßnahmen sind Impfungen gegen Krankheiten, die sorgfältige Gestaltung der Ernährung, sowie zahnmedizinische Hygiene.

b) Prävention und Behandlung von Krankheiten

Prävention von Krankheiten stellt den Versuch dar, das Risiko, daß Menschen erkranken, zu eliminieren oder zu reduzieren. Die bedeutendste Todesursache in den westlichen Industrienationen ist heute der Lebensstil. Rauchen, Übergewicht, Verzehr von Nahrungsmitteln mit hohem Cholesteriengehalt, Trinken von zuviel Alkohol, fahren ohne Sicherheitsgurt und ein streßreiches Leben, spielen eine wichtige Rolle bei Herzkrankheiten, Krebs, Schlaganfällen, Unfällen und Selbstmord. Ein Ansatz besteht darin, schlechte, gesundheitliche Gewohnheiten zu verändern. Es gibt beispielsweise Programme, die Menschen dabei unterstützen, das Rauchen aufzugeben, ihr Übergewicht zu reduzieren oder ihren Alkoholkonsum einzuschränken. Ein anderer Ansatz zur Prävention besteht darin, Menschen davon abzuhalten, daß sie überhaupt gesundheitsschädigende Gewohnheiten entwickeln. Im Unterschied zur Prävention ist die Behandlung darauf ausgerichtet, Menschen zu helfen, mit ihren Krankheiten umzugehen und sie zu überwinden.

c) Ursachen und Korrelate von Gesundheit, Krankheit und Dysfunktion

Die Gesundheitspsychologie interessiert sich auch für die Ursachen (Ätiologie) von Krankheiten und Verletzungen. Gesundheitsschädliche Lebensgewohnheiten sind eine wichtige Krankheitsursache, jedoch können auch die Persönlichkeit oder individuelle Verhaltensstile eine kausale Rolle spielen. Die Forschung hat einen Großteil ihrer Aufmerksamkeit einem besonderen Verhaltensstil, genannt das Typ A-Verhalten, gewidmet. Das Typ A-Verhalten erhöht die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen der Herzgefäße. Menschen vom Typ A sind immer in Eile, können sich nicht entspannen, sie sind kurz angebunden in Sprache und Gestik und unterbrechen häufig andere, um selbst zu beenden, was sie sagen wollten. Sie sind

sehr konkurrenzbewußt, bestehen darauf, es alleine durchzuziehen, streben intensiv nach Erfolg, zeigen ein hohes Niveau an Feindseligkeit und Ungeduld und beschäftigen sich mit zwanghaften Handlungen.

Tatsächlich haben viele Untersuchungen gezeigt, daß Menschen die Typ A-Verhalten zeigen, mit einem größeren Risiko für alle Arten kardiovaskulärer Erkrankungen leben. Unglücklicherweise werden Typ A-Verhaltensweisen mittlerweile auch bei College und High-school-Studenten und sogar bei Schulkindern beobachtet (*Thoresen & Eagleston 1983*). Männer entwickeln bisher das Typ A-Verhalten mit sehr viel größerer Wahrscheinlichkeit als Frauen. Je mehr, jedoch auch Frauen Spitzenpositionen in der Geschäftswelt einnehmen, um so häufiger werden auch Typ A-Verhalten bei ihnen auftreten

d) Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik

Der Gesundheit dienende Institutionen, das Personal das dort arbeitet, und die Gesundheitspolitik, die die Vorgaben liefert, sind Themen der gesundheitspsychologischen Forschung. Ein wichtiger Faktor ist die soziale Schicht. Die Armen werden mit größerer Wahrscheinlichkeit krank, haben aber weniger Geld, das sie für die Pflege ihrer Gesundheit ausgeben können. Wer arm ist, sieht einen Arzt mit größerer Wahrscheinlichkeit nur bei Notfällen und nicht zur regelmäßigen oder präventiven Untersuchung.

1.2 Streß

Streß ist ein Muster spezifischer und unspezifischer Reaktionen eines Organismus auf Reizereignisse, die sein Gleichgewicht stören und seine Fähigkeiten zur Bewältigung strapazieren oder überschreiten. Diese Reizereignisse umfassen eine ganze Bandbreite externer und interner Bedingungen, die allesamt als Stressoren bezeichnet werden.

Die Streßreaktion ist zusammengesetzt aus einer vielfältigen Kombination von Reaktionen auf unterschiedlichen Ebenen, einschließlich physiologischer, verhaltensbezogener, emotionaler und kognitiver Veränderungen. Bei der Streßreaktion gibt es große individuelle Unterschiede. Manche Menschen erleben ein streßreiches Ereignis nach dem anderen, ohne zusammenzubrechen, während andere sogar bei wenig Streß in Aufregung geraten. Dies ist so, weil sich die meisten Stressoren nicht direkt auswirken. Ihr Effekt hängt von anderen Bedingungen ab, die als Moderatorvariablen bezeichnet werden. (a) die kognitive Bewertung eines Stressors - ob er als Bedrohung oder als Herausforderung gesehen wird - ist eine solche Moderatorvariable. (b) die Ressourcen, die zur Bewältigung von Streß zur Verfügung stehen, sind ein weiterer Moderator.

1.2.1 Die Bedeutung der kognitiven Bewertung

Die kognitive Bewertung (Cognitive appraisal) spielt eine zentrale Rolle bei der Situationsdefinition - was für eine Anforderung es ist, wie groß die Bedrohung ist, welche Ressourcen für Gegenmaßnahmen zur Verfügung stehen und welche Strategien angemessen sind. Unsere Bewertung eines Stressors und unserer Ressourcen zu seiner Bewältigung können für die bewußte Erfahrung, für die Auswahl geeigneter Bewältigungsstrategien und für den erfolgreichen Umgang mit Streß genauso wichtig sein, wie der reale Stressor selbst. Interpretieren wir einen Stressor so, daß er unser Handlungspotential überfordert, so schaffen wir eine sich selbst erfüllende Prophezeiung: Wahrscheinlich werden wir versagen, selbst wenn wir objektiv in der Lage wären. Die Streßerfahrung kann durchaus erheiternd sein, eine Art „Aufputzen“, mit der Erwartung von Erfolg und gesteigertem Selbstbewußtsein. Solch eine positive Reaktion auf Stressoren wird als Eustress („eu“ bedeutet „gut“) bezeichnet. *Richard Lazarus* hat zwei Stufen der kognitiven Bewertung von Anforderungen unterschieden:

(a) Er verwendet den Begriff primäre Bewertung (primary appraisal) für die erste Einschätzung der Bedeutung einer Anforderung. Sie beginnt mit den Fragen: Was passiert da? Ist das gut für mich, streßreich oder irrelevant? Lautet die Antwort streßreich, dann schätzt ein Individuum die potentielle Wirkung des Stressors ein, indem es feststellt, ob Schäden aufgetreten sind oder wahrscheinlich auftreten werden und welche Maßnahmen zu ergreifen sind.

(b) Entscheidet eine Person, daß etwas unternommen werden muß, so beginnt die sekundäre Bewertung (secondary appraisal). Die Person bewertet die persönlichen und sozialen

Ressourcen, die ihr zur Bewältigung der streßauslösenden Bedingungen zur Verfügung stehen und die Handlungen, die erforderlich sind (*Lazarus 1966*). Während die Reaktion zur Streßbewältigung ausgesprochen werden, wird die Bewertung fortgesetzt. Bleibt die erste Reaktion unwirksam und dauert der Streß an, werden neue Reaktionen in Gang gesetzt. Chronischer Streß (Reizüberflutung) wird bezeichnet als Erregungszustand, der andauert, während die Anforderungen von der Person als größer als die verfügbaren inneren und äußeren Ressourcen zur Bewältigung wahrgenommen werden (*Powell & Eagleston 1983*).

1.2.2 Physiologische Streßreaktionen

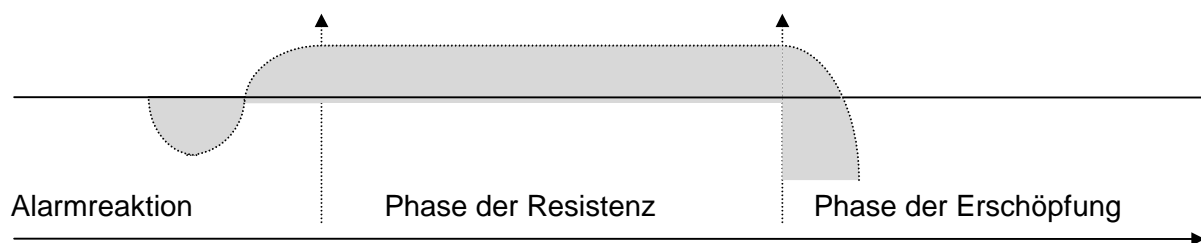
In den Zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts fand *Walter Cannon* heraus, daß in den Nerven und Drüsen eine Abfolge von Aktivitäten ausgelöst wurde, die den Körper auf Gegenwehr und Kampf vorbereitete - oder auf Flucht in die Sicherheit. *Cannon* nannte diese grundlegende zweifache Streßreaktion *fight-or-flight syndrome*.

Physiologische Streßreaktionen

- Schnellere Atmung
 - Beschleunigte Herzfrequenz
 - Verengung der Blutgefäße
 - Blutdruckanstieg
 - Gesteigerte Aktivität
 - Starke Emotionen
 - Ausschüttung von Adrenalin, Epinephrin und Norepinephrin
 - Gesteigerte Zuckerproduktion
-

1.2.3 Das allgemeine Adaptationssyndrom

Allen Stressoren ist gemein, daß sie eine Anpassung des Organismus verlangen, damit dessen Unversehrtheit und Wohlbefinden aufrechterhalten oder wiederhergestellt wird. Dieses Adaptationssyndrom vollzieht sich in drei aufeinander folgenden Stufen: (a) *die Alarmreaktion*, besteht aus den physiologischen Veränderungen, durch die ein bedrohter Organismus unmittelbar die Wiederherstellung seines normalen Funktionierens zu erreichen versucht. Dauert die streßauslösende Situation an, so folgt auf die Alarmreaktion (b) *die Phase der Resistenz*, während der der Organismus einen Widerstand gegenüber dem Aggressor zu entwickeln versucht. Wenn der Organismus den schädigenden Stressoren zu lange ausgesetzt ist, wird ein Punkt erreicht, an dem es ihm nicht länger möglich ist, die Resistenz aufrechtzuerhalten. Dann tritt er die dritte Phase des allgemeinen Adaptationssyndroms nach Selye ein, (c) in die *Phase der Erschöpfung*.



Das allgemeine Adaptationssyndrom (ASS) nach Selye

Das bedeutet, daß der Organismus sich nicht mehr an den Dauerstreß anpassen kann. Viele der Symptome aus der Phase der Alarmreaktion treten nun wieder auf. Wirkt der Stressor weiter auf den Organismus ein, so können die Zerstörung von Körpergewebe und, im Extremfall, der Tod als Folge eintreten. Kognitive Prozesse werden dabei aber nicht berücksichtigt.

1.2.4 Streß und Krankheit

Stressoren können auf drei Wegen als kausale Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten wirksam werden. (a) Psychosomatische Störungen sind körperliche Krankheiten, von denen angenommen wird, daß Emotionen und Denkprozesse eine zentrale Rolle spielen. Sie werden oft als Anpassungsstörungen bezeichnet, weil ihre Ursprünge im Versuch des Organismus liegen, sich an Stressoren anzupassen. Damit ein chronischer psychischer Stressor zu einer körperlichen Krankheit führt, muß eine Person hinsichtlich eines bestimmten Teils des körperlichen Systems eine konstitutionelle Verwundbarkeit und einen nicht effektiven Stil zur Bewältigung der Streßreaktion aufweisen. Entweder nimmt die Person die chronische emotionale Reaktion gar nicht bewußt wahr, oder sie glaubt, es gäbe keine bessere Art, mit der schwierigen Situation umzugehen. Allergische Reaktionen sind das beste

Beispiel dafür. Allergien sind wirkliche Anpassungskrankheiten: Würde der Körper den Stressor nicht als Gefahrenquelle bewerten und eine unnötige Streßreaktion hervorbringen, so gäbe es die Krankheit nicht.

1.2.5 Verhaltensmuster

- (a) Leichter Streß aktiviert und intensiviert biologisch signifikante Verhaltensweisen wie Essen, Aggressivität und Sexualität. Es erhöht die Wachsamkeit eines Organismus, Energien werden konzentriert, und die Leistung kann gesteigert sein.
- (b) Andauernder unbewältigter Streß verursacht fehlangepaßte Verhaltensweisen, wie erhöhte Reizbarkeit, schlechte Konzentration, beeinträchtigte Produktivität und chronische Ungeduld.
- (c) Mäßiger Streß führt typischerweise zum Abbruch von Verhaltensweisen, besonders solchen, die geschulte Koordination erfordern.
- (d) Schwerer Streß hemmt und unterdrückt Verhalten und kann zur völligen Unbeweglichkeit führen, wie etwa bei Hunden, die Hilflosigkeit erlernten.

1.2.6 Katastrophale Ereignisse

Die Beobachtungen haben ergeben, daß in den Reaktionen von Menschen auf Katastrophen in vorhersagbarer Weise fünf Phasen auftreten: (a) Typischerweise gibt es zuerst eine Phase des Schocks und sogar der psychischen Abschtumpfung während der die Menschen das, was geschehen ist, nicht in vollem Umfang begreifen können. (b) Die nächste Phase beinhaltet das, was als automatisches Handeln bezeichnet wird. Die Menschen versuchen, auf die Katastrophe zu reagieren und können sich anpassungsorientiert verhalten. Sie werden jedoch dessen, was sie tun, gar nicht gewahr und können sich später an diese Phase nur schlecht erinnern. (c) Während der nächsten Phase spüren die Menschen oft, daß sie etwas erreicht haben und haben sogar ein positives Gefühl der gemeinsamen Anstrengung für ein gemeinsames Ziel. In dieser Phase fühlen sie sich auch müde und merken, daß sie ihre Energiereserven aufbrauchen. (d) Während der vierten Phase erfahren sie ein Nachlassen. Ihre Energien sind erschöpft, und der Eindruck der Tragödie schlägt durch und wird emotional empfunden. (e) Darauf folgt eine ausgedehnte Phase der Erholung, in der die Menschen versuchen, sich wieder auf-zuraffen und mit den Veränderungen, die die Katastrophe mit sich brachte, umzu-gehen (Cohen & Ahearn 1980).

1.2.7 Bewältigungsstrategien

Bewältigung (*coping*) bezieht sich auf den Versuch den Anforderungen unserer Umwelt so zu begegnen, daß negative Konsequenzen vermieden werden (*Lazarus & Folkman 1984*). Es gibt viele verschiedene Techniken der Bewältigung, von denen einige für bestimmte

Personen in bestimmten Situationen effektiver sind als andere. Bewältigungsstrategien können zwei Typen zugeordnet werden, abhängig davon, ob das Ziel darin besteht, das Problem zu lösen (*problemzentriert*) oder das durch das Problem verursachte Unbehagen zu verringern (*emotionszentriert*). Der Typ der problemzentrierten Bewältigung beinhaltet alle Strategien des direkten Umgangs mit dem Stressor, sei es durch offenes Handeln, sei es durch realistische kognitive Aktivitäten im Dienste des Problemlösens. Bei all diesen Strategien konzentriert man sich auf das Problem, das zu lösen ist und auf die Bedingungen, die den Streß verursacht haben. Die Anforderung zum Handeln wird akzeptiert, die Situation beurteilt, die Ressourcen, die zur Bewältigung zur Verfügung stehen, werden bewertet, und es wird eine Reaktion ausgeführt, die zur Entfernung oder Verringerung der Bedrohung angemessen ist. Beim Typ der emotionszentrierten Bewältigung wird nicht nach Möglichkeiten zur Veränderung der streßreichen Situation gesucht. Statt dessen versuchen wir, unsere damit zusammenhängenden Gefühle und Gedanken zu verändern. Diese Bewältigung wird als Emotionsregulation bezeichnet. Es handelt sich eher um eine Strategie der Heilung als der Problemlösung, denn das Ziel ist die Abschwächung der emotionalen Auswirkungen von Streß, damit wir uns besser fühlen, auch wenn der bedrohliche oder schädigende Stressor nicht beeinflusst wird, beispielsweise Verdrängung oder Verleugnung. Sie führen zu Bewältigungsstrategien, die im wesentlichen auf den Schutz des Selbst und weniger auf die Lösung von Problemen gerichtet sind. Manchmal allerdings veranlassen sie uns zu verzerrten Wahrnehmungen der Realität, und sie führen, bei übereifrigem Gebrauch, zu fehlangepassten Bewältigungsversuchen.

Bewältigungsstrategien

- Entspannung (progressive Muskelentspannung nach Jacobson, 1970)
- Entspannung durch Meditation
- Autogenes Training
- Hypnose
- Biofeedback
- Neubewertung von Stressoren
- Kognitive Neustrukturierung
- Unterstützung durch soziale Netzwerke

Biofeedback ist eine Technik der Selbstregulation, die bei einer ganzen Reihe besonderer Probleme angewandt wird, wie beispielsweise bei der Kontrolle des Blutdrucks, der Entspannung der Stirnmuskulatur und sogar bei der Bekämpfung extremen Errötens. Die Methode wird auch eingesetzt, um unspezifische allgemeine Entspannung zu erreichen. Die Veränderung des Denkens über bestimmte Stressoren, deren neue Etikettierung oder deren

Vorstellung im Rahmen eines weniger bedrohlichen (vielleicht sogar lustigen) Kontextes sind Formen kognitiver Neubewertung, die Streß reduzieren können.

Soziale Unterstützung bezieht sich auf die Ressourcen, die von anderen Personen bereitgestellt werden (*Cohen & Syme 1985*). Sie können materielle Hilfe, soziale und emotionale Unterstützung (Liebe, Fürsorge, Wertschätzung, Sympathie, Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe) und Hilfe durch Informationen (Ratschläge, persönliches Feedback) einschließen. Es gibt mittlerweile eine beachtliche Anzahl von Belegen dafür, daß das Vorhandensein sozialer Unterstützung Menschen weniger anfällig für Streß macht. Wenn andere Menschen da sind, an die man sich wenden kann, ist es leichter möglich, Stressoren bei der Arbeit, Arbeitslosigkeit, das Scheitern der Ehe, schwere Krankheiten und andere Katastrophen sowie alltägliche Probleme des Lebens zu bewältigen (*Gottlieb 1981; Pilisuk & Parks 1986*).

2 Psychische Störungen und abweichendes Verhalten Zimbardo Kapitel 13

Eine psychische Störung wird definiert als klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom bzw. Merkmalsmuster ..., daß bei einer Person vorliegt und mit aktuellen Beschwerden, einer Behinderung, einem bedeutsam erhöhten Risiko, Tod, Schmerz oder Behinderung zu erleiden oder einen wichtigen Verlust an Frieden zu erfahren, einhergeht.

2.1 Was ist „psychisch“ gestört?

Unter welchen Bedingungen kann eine Person als psychisch gestört etikettiert werden? Ohne Mühe läßt sich ein halbes Dutzend Kriterien aufstellen: (a) Die Person leidet oder verhält sich fehlangepaßt, d.h. sie zeigt Verhalten, das ihrem Wohlergehen nicht förderlich ist. (b) Das Verhalten der Person ist irrational, d.h. es scheint nicht sinnvoll oder verständlich zu sein. (c) Die Person verhält sich von einer Situation zur anderen oder über die Zeit hinweg unvorhersagbar, als ob ein Kontrollverlust vorläge. (d) Was die Handlung betrifft, so wirkt die Person unkonventionell. (e) Zuweilen sind die Dinge, die die Person tut, moralisch inakzeptabel, verletzen soziale Maßstäbe für das, was richtiges und gerechtes Handeln ist. (f) Schließlich ist es wahrscheinlich, daß jemand als pathologisch etikettiert wird, wenn er beim Beobachter Unbehagen auslöst, andere dazu bringt, sich bedroht oder bedrängt zu fühlen (Rosenhan & Seligman 1984).

2.2 Die Klassifikation psychischer Störungen

Um psychische Störungen vom Normalfall zu unterscheiden und um zwischen verschiedenen Arten von Störungen zu unterscheiden, benutzen Psychologen und Psychiater verschiedene Klassifikationssysteme. Im einzelnen lassen sich vier verschiedene Fragestellungen unterscheiden: (a) bei juristischen Fragen, (b) bei Versicherungsansprüchen, (c) bei der Planung der therapeutischen Behandlung und (d) für Forschungszwecke. Der Versuch psychische Störungen zu klassifizieren, ist komplex und umstritten. Jede Klassifikation steht unter dem Einfluß der jeweiligen Theorie über psychische Probleme, und kein theoretischer Ansatz wird von allen geteilt, die auf dem klinischen Sektor arbeiten.

2.2.1 Neurose

Im traditionellen Sprachgebrauch stand Neurose für eine psychische Störung, bei der es Symptome wie Phobien oder Zwänge gibt, die ineffektive Angstbewältigungsversuche des Individuums darstellen. Es liegt kein klar abgrenzbares organisches Problem vor, keine Verletzung der grundlegenden sozialen Normen und kein Verlust der Orientierung an der Realität. Die neurotische Person weist jedoch ein Muster aus Selbstbehinderung und unangemessenen Bewältigungsstrategien auf, das mehr auf die Reduzierung der Angst als auf

die Lösung des Lebensproblem gerichtet ist. Dadurch zeigt sie anderen Menschen, daß sie angesichts einer bedrohlichen Welt machtlos ist. Es gibt keine klare Trennungslinie zwischen neurotischen und normalen Menschen. Der Unterschied ist lediglich graduell. Neurotische Symptome sind nur selten schwer genug, um eine Hospitalisierung zu erfordern, sie sind jedoch belastend für den Einzelnen, dem sie persönlich inakzeptabel und fremd vorkommen.

2.2.2 Psychosen

Psychosen (psychotische Störungen) unterscheiden sich von Neurosen qualitativ und kategorial, nicht einfach im Schweregrad. Psychose ist die allgemeine Kategorie für eine Reihe schwerer psychischer Störungen, bei welchen Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, des Denkens und der Emotionalität auftreten. Eine Person die psychotisch beschrieben wird, leidet an einer gravierenden organischen und psychischen Dysfunktion, weshalb sie auf sehr abweichende Art fühlt, denkt und/oder handelt. Diese extremen pathologischen Reaktionen sind möglicherweise die Ursache dafür, daß die Personen den Kontakt mit der Realität verlieren. Deshalb ist eine intensive Behandlung und manchmal Hospitalisierung notwendig.

2.2.3 Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen bestehen aus lange anhaltenden (chronischen) unflexiblen, schlecht angepaßten Verhaltensmustern. Die Leistungsfähigkeit der Betroffenen ist wesentlich beeinträchtigt, oder sie klagen über subjektive Beschwerden. Verhaltensmuster sind seltsam oder exzentrisch, dramatisch, emotional, unberechenbar oder ängstlich oder furchtsam. Die Wahrnehmung, das Denken oder das Verhalten des Menschen ist schwerwiegend beeinträchtigt Die drei bekanntesten Persönlichkeitsstörungen sind: (a) die *narzißtische Persönlichkeitsstörung* (übertriebenes Selbstwertgefühl. (b) *zwanghafte Persönlichkeitsstörungen* (aufgabenorientierter Perfektionismus) und (c) *antisoziale Persönlichkeitsstörungen* (80% aller Krimineller besitzen antisoziales Verhalten).

2.2.4 Angststörung

Alle Angststörungen beinhalten physiologische Erregungen (Veränderung des Herzschlages, der Atmung, der Muskelspannung usw.) und Gefühle der Spannung, Tremor, Schütteln und intensive Besorgnis ohne Grund. Solche Angst ohne bekannte Ursache wird als frei flottierende Angst bezeichnet. Es gibt zwei Hauptkategorien für Angstsymptome (oder phobische Angstneurosen) und Angstzustände (oder Angstneurosen). Angstneurosen werden weiter unterteilt in: (a) das generalisierte Angstsyndrom, (b) das Paniksyndrom, (c) das Zwangssyndrom und (d) die posttraumatische Belastungsreaktion.

2.2.5 Phobien

Furcht ist eine rationale Reaktion auf eine objektiv gegebene und von der Person identifizierte äußere Gefahr, z.B. ein Feuerausbruch, oder ein Überfall, und kann mit Flucht oder Gegenangriff zur Verteidigung zusammenhängen. Bei einer Phobie erkennt die Person, daß sie an einer hartnäckigen und irrationalen Furcht vor einem bestimmten Objekt, einer Aktivität oder Situation (dem phobischen Reiz) leidet, die einen zwanghaften Wunsch nach Vermeidung verursacht (die phobische Reaktion). Die extreme Furcht vor dem Aufenthalt auf öffentlichen Plätzen oder im Freien ist das wesentliche Merkmal der Agoraphobie. Diese beraubt agoraphobische Menschen ihrer Freiheit. In extremen Fällen können sie zu Gefangenen in ihrem eigenen Zuhause werden. Es ist ihnen nicht möglich, eine Arbeitsstelle zu behalten oder den normalen Aktivitäten des Alltags nachzugehen, weil ihre Furcht ihren Kontakt mit der Außenwelt einschränkt. Agoraphobie ist die am meisten angegebene phobische Störung bei Menschen. Wie bei anderen Menschen, die von einer extremen Furcht befallen werden, besteht die Möglichkeit des Alkohol- oder Drogenmißbrauches bei dem Bemühen, die emotionale Erregung zu unterdrücken. Die ständige physische und psychische Belastung durch eine Phobie fordert jedoch ihren Preis. Das zeigt sich an der größeren Anfälligkeit gegenüber vielen gewöhnlichen Krankheiten, wie Erkältungen und Grippe, Kopfschmerzen, Infektionen und Herzinfällen. Als drittes befassen wir uns mit der Zwangsstörung (früher Zwangsneurose). Ein Gedanke, ein Bild oder ein Impuls der immer wiederkehrt oder beharrlich bleibt, wird als Zwangsgedanke bezeichnet. Es ist schwer oder unmöglich, eine Zwangsvorstellung zu ignorieren oder zu unterdrücken, wenn der Betroffene auch versuchen mag, sich gegen sie zu wehren.

2.2.6 Generalisierte Angststörung

Das Hauptmerkmal für die generalisierte Angststörung ist unrealistische oder übertriebene Angst und Besorgnis bezüglich zweier oder mehrerer Lebensumstände, die mindestens sechs Monate lang die Hauptbeschäftigung der betroffenen Person bildet.

2.2.7 Panikstörung

Bei der Panikstörung ohne Agoraphobie treten Episoden heftiger Angst und eines intensiven Unbehagens auf, die üblicherweise nur Minuten dauern, aber in der Regel mehrmals pro Woche auftreten. Wesentliches Merkmal ist das unerwartete Auftreten der Attacken. Zu den Symptomen gehören Atemnot, Benommenheit, Herzklopfen, Zittern, Schwitzen, Erstikungsgefühle, Übelkeit, Depersonalisation, Taubheit, Hitzewallungen, Schmerzen in der Brust, Furcht zu sterben und Furcht, verrückt zu werden.

2.2.8 Zwangshandlung

Eine Zwangshandlung ist eine wiederholte zweckmäßige und beabsichtigte Verhaltensweise, die auf einen Zwangsgedanken hin nach bestimmten Regeln oder in stereotyper Form ausgeführt wird. Eine Person fühlt sich gezwungen, diese oder jene übertriebene Verhaltensweise auszuführen. Zumindest am Anfang widersetzt sie sich der Ausführung, aber obwohl das Ritual der zwanghaften Person sinnlos vorkommt, wenn sie gelassener Stimmung ist, liefert es ein Ventil für Spannung bei großer Angst.

2.2.9 Somatoforme Störungen

Wenn Klagen über körperliche Beschwerden dafür sprechen, daß ein körperliches Leiden vorliegt, aber keine organischen Störungen zu finden sind, kann angenommen werden, daß die Reaktion psychische Konflikte spiegelt. Eine solche Reaktion wird als somatoforme Störung bezeichnet (soma = Körper).

2.2.10 Dissoziative Störungen

Im Normalfall ist es für uns wichtig zu spüren, daß wir unser Verhalten grundsätzlich unter Kontrolle haben. Das schließt unsere Gefühle, Gedanken und Handlungen ein. Wesentlich für diese wahrgenommene Selbstkontrolle ist ein Gefühl der Ich-Identität, der Konsistenz unterschiedlicher Aspekte unseres Selbst und der Kontinuität der eigenen Identität über Raum und Zeit. Psychologen sind der Ansicht, daß Menschen mit dissoziativen Störungen vor ihren Konflikten flüchten, indem sie diese besondere Konsistenz und Kontinuität aufgeben, sich in gewisser Weise selbst enteignen. Die zwei wichtigsten dissoziativen Störungen sind (a) *psychogene Amnesie*, sie ist die plötzlich einsetzende Unfähigkeit, wichtige persönliche Daten zu erinnern (ohne daß neurologische Störungen vorlägen), d.h. das bedingte Ausblenden bestimmter Erinnerungen. (b) die *multiple Persönlichkeit* ist eine dissoziative psychische Störung, bei der in einem Individuum zwei oder mehr unterschiedliche eigenständige Persönlichkeiten existieren. Zu jedem Zeitpunkt beherrscht eine dieser Persönlichkeiten das Verhalten.

2.2.11 Sexuelle Störungen

Bei sexuellen Störungen handelt es sich um ein Problem sexueller Hemmungen und Dysfunktionen und sexueller Perversionen. Allerdings muß betont werden, daß es innerhalb des normalen Bereichs sexuellen Verhaltens und der Einstellung zur Sexualität beträchtliche Unterschiede gibt. Es wäre voreilig, alles, was anders ist, als Störung zu etikettieren.

2.2.12 Affektive Störungen

Affektive Störungen, sind Störungen der Stimmung, bei welcher die Betroffenen entweder übermäßig niedergeschlagen (depressiv) oder übermäßig euphorisch (manisch) oder beides abwechselnd sind, ohne daß eine organische Ursache vorläge. Das Verhalten der Person wirkt übertrieben und selbstschädigend, aber der Kontakt mit der Realität ist nicht abgebrochen. In einigen Fällen ist die Störung gravierend genug, um als psychotisch bezeichnet zu werden.

2.2.13 Depression

Es gibt vier Kategorien von Symptomen, die wir bei Personen mit einer depressiven Störung vorfinden. Es handelt sich um Auffälligkeiten in der Stimmung, im Denken, in der Motivation und in körperlichen Symptomen. (a) Stimmung: Die vorherrschende Emotion ist Traurigkeit, begleitet von Weinen, Verlust der Freude an jeglicher Aktivität und Gefühlen der Ängstlichkeit, der Scham und der Schuld. (b) Denken: Ein niedriges Selbstwertgefühl kommt daher, daß man denkt, man sei ein Versager, eine inkompetente Person, die es verdient, die Schuld an Schwierigkeiten zu tragen. (c) Motivation: Eine Lähmung des Willens setzt ein, die die Initiative und die Reaktion hemmt. Dies hindert die Person daran, zu arbeiten, Hobbys nachzugehen, oder sogar, sich sexuell zu betätigen. (d) Körperliche Symptome: Der Appetit auf Essen und das sexuelle Verlangen lassen nach, Schlafstörungen und ein allgemeiner Zustand der Schwäche und der Müdigkeit treten auf. Nach *Beck, 1967* verfügt eine depressive Person über drei spezifische kognitive Verzerrungen. (a) eine negative Sicht der Welt, (b) ein negatives Selbstkonzept und (c) eine negative Einschätzung der Zukunft.

2.2.14 Wahnhafte Störungen

Die wahnhaften Störungen (paranoide Störungen) zählen zu den faszinierendsten und erschreckendsten Erscheinungen der Psychopathologie. Es gibt bei einer paranoiden Störung nur ein typisches Symptom, einen anhaltenden Wahn. Ein Wahn ist eine Überzeugung, an der starr festgehalten wird. Trotz gegenteiliger Information über ihren Gehalt und Mangel an sozialer Unterstützung für ihre Realitätsangemessenheit hat sie sich festgesetzt. Es ist ein weiterer bemerkenswerter Aspekt dieser Störung, daß Paranoide über relativ hohe Intelligenz verfügen und sich auf einem höheren ökonomischen Niveau bewegen, als Personen, die unter all den anderen psychischen Störungen leiden. Paranoide Menschen können üblicherweise eine Zeit lang angepaßt leben, ohne daß andere erkennen, daß sie eigentlich behandelt, möglicherweise stationär aufgenommen werden sollten. Abgesehen von dem höchst spezifischen Wahn gibt es keine Indikatoren für etwas Pathologisches. Arten sind: (a) Verfolgungswahn, (b) Eifersuchtswahn, (c) Größenwahn, (d) Liebeswahn, (e) körperbezogener Wahn.

2.2.15 Schizophrenie

Die schizophrenen Störungen machen eine schwere Form der Psychopathologie aus, bei der die Persönlichkeit sich aufzulösen scheint. Die Wahrnehmung ist verzerrt, die Emotionen sind abgestumpft, die Gedanken bizarr und die Sprache fremdartig. Es scheinen keine Angstzustände vorzuliegen und die Person fühlt sich psychisch losgelöst.

Merkmale der Schizophrenie

- Unlogisches Denken
- Unzusammenhängende Sprache-Wortsalat
- Halluzinationen
- Wahnphänomene
- Flache Emotionen
- Desorganisiertes psychomotorisches Verhalten

Schizophrene Patienten zeigten im Vergleich eine größere Sensibilität gegenüber sensorischer Stimulation als normale Vpn. Diese Hypersensitivität führt zu einer Überflutung durch äußere Stimulation und großer Ablenkbarkeit, wodurch es für die betroffene Person schwierig wird, Konstanz in der sensorischen Umwelt zu finden. Gestörte Denkvorgänge mögen somit die Konsequenz einer Unfähigkeit sein, den einzelnen Ereignissen oder Vorgängen, die stattfinden, hinreichend selektive Aufmerksamkeit zu schenken.

2.3 Ansätze zur Klärung psychischer Störungen

2.3.1 Kulturelle Ansätze

Alle Kulturen stellen bestimmte Regeln auf, die zu befolgen sind und legen Rollen fest, denen die Menschen gerecht werden müssen, wenn sie als normale und akzeptierte Mitglieder der Gemeinschaft anerkannt werden wollen. Das bedeutet, daß es bezüglich dessen, was in unterschiedlichen Gesellschaften als verrückt oder pathologisch beurteilt wird, eine gewisse kulturelle Relativität gibt. Was in einem Kontext als pathologisch gelten würde, wird in einem anderen als angemessen betrachtet. Es bedeutet auch, daß in einer bestimmten Gesellschaft einige Arten psychischer Störungen eher zu finden sind als in anderen (s. *Triandis & Draguns 1980*). Andererseits werden in allen Kulturen Menschen als nicht normal betrachtet, wenn sie (a) unvorhersagbar handeln und (b) nicht mit anderen kommunizieren. Bei vielen Fällen von Depression, Selbstmord, Massenmord, Vergewaltigung, Kindesmißbrauch, Zwangsvorstellungen und psychotischen Zuständen ist soziale Isolation einer der primären Ursachefaktoren.

2.3.2 Biologische Theorien

Biologische Theorien zur Schizophrenie deuten auf verschiedene Faktoren hin, die Schlüsselrollen hinsichtlich der Körperfunktion des einzelnen Menschen einnehmen. Unter diesen befinden sich genetische Faktoren, Störungen des hormonellen Systems, Veränderung des Dopaminsystems im Gehirn und pathologische Veränderungen der Gehirnstruktur.

2.3.3 Psychologische Ansätze

Psychologische Modelle erkennen an, daß einige psychische Störungen organische Ursachen haben, nehmen jedoch an, daß die meisten psychischen Störungen durch psychosoziale Variablen verursacht werden. Der Schlüssel liegt in ungewöhnlichen Erfahrungen und Lernprozessen die auftreten, ohne daß irgendeine Gehirnerkrankung vorliegt.

Psychologische Ansätze

Psychodynamische Modelle nach Freud

Behavioristische Modelle

Kognitive Modelle

Genetische Prädisposition

Keines dieser breit angelegten Modelle kann alle psychischen Störungen vollständig erklären. Sie liefern jedoch recht gute Erklärungen für bestimmte Störungen. Eine große Anzahl empirischer Belege stützt die Ansicht, daß das Potential für Schizophrenie möglicherweise genetisch übertragen wird (*Gottesman & Shields 1976*). Menschen, die von psychischen Leiden betroffen sind, werden, anders als die meisten körperlich Erkrankten, stigmatisiert. Ein Stigma ist ein Brandmal oder ein Schandmal.

3 Streß in Schwarzer, R.: Streß, Angst und Handlungsregulation. p.11-28

Jeder von uns kennt aus eigener Erfahrung Alltagserfahrung das Wort Streß. Da kommen Belastungen auf jemanden zu, man fühlt sich durch etwas beansprucht oder überbeansprucht und ist sich nicht sicher, wie man damit umgehen kann. Dabei entstehen Unruhe, Erregungen, Nervosität und Angst. Unter Streß verhalten wir uns anders als sonst. Bei Streß handelt es sich um einen Prozeß, der sowohl von Situationen als auch von personalen Merkmalen bestimmt wird. Dabei werden Erfahrungen gewonnen, Kompetenzen aufgebaut und Umweltgegebenheiten gemäß den eigenen Bedürfnissen verändert. In diesem Sinn ist Streß die Grundlage für geistig-seelisches Wachstum. Ursprünglich bezog sich der Streßbegriff auf allgemeine Reaktionsweisen (*Selye, 1956*): Später interessierte man sich besonders für die auslösenden Reizsituationen, die man auch Stressoren nennt. Heute meinen wir mit Streß die prozeßhafte wechselseitige *Person-Umwelt-Auseinandersetzung* (*Lazarus, 1991*). Demnach müssen die eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten, mit denen man sich normalerweise die Umwelt verfügbar macht, von irgendwelchen Anforderungen übertroffen oder zumindest in Frage gestellt werden. Diese Anforderungen können seitens der Umwelt oder seitens der eigenen Person geltend gemacht werden.

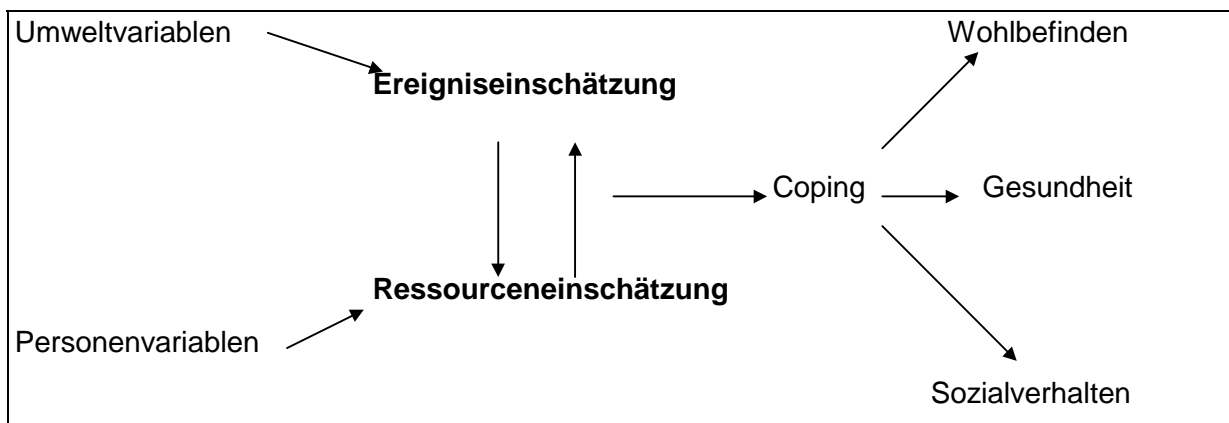
Wie können sich diese Streßdefinitionen auf konkrete Situationen anwenden? Auf das Individuum strömen Reize ein, die selektiv wahrgenommen werden. Es handelt sich hier um kognitive Vorgänge, bei denen zunächst bestimmt wird, welche Reize überhaupt in die Phase der bewußten Informationsverarbeitung gelangen und wie diese anschließend eingestuft werden. Die vom Subjekt als relevant wahrgenommenen Reize lassen sich in die positiv-ungefährlichen und die streßreichen aufgliedern. Nur solche, die als streßreich eingestuft werden, bilden den Ausgangspunkt für die Bewältigung, also eine Streßphase. Ein streßreiches Ereignis läßt sich demnach auf verschiedene Weise bewerten: als Herausforderung, als Schaden (bzw. als Verlust), oder als Bedrohung. Eine andere Art von Bedrohung bezieht sich auf die körperliche Unversehrtheit. Der Vorgang der Einschätzung eines streßrelevanten Ereignisses als bedrohlich, schädigend oder herausfordernd wird auch die erste Bewertung genannt. Demgegenüber steht die zweite Bewertung, auf der das Individuum seine Gegenkräfte einschätzt, die der Bewältigung der Umwelтанforderung dienen. Gemäß der Streßdefinition kommt es hierbei darauf an, ob die adaptiven Ressourcen des Individuums den Umwelтанforderungen standhalten können. Danach wird der Bewältigungsprozeß eingeleitet. Überschreiten die adaptiven Ressourcen die Umwelтанforderungen, ist die Streßphase zu Ende. Werden die Gegenkräfte als zu gering eingeschätzt, dann wird der Streß erlebt und irgendeine Form der Bewältigung muß stattfinden. Was sind nun adaptive Ressourcen? Damit sind die Fertigkeiten und Fähigkeiten gemeint, über die das Individuum zu verfügen glaubt. Der Betroffene kann hier ganz andere Einschätzungen vornehmen als die

außenstehenden Beobachter. Sowohl bei der Bewertung der Umwelanforderungen als auch bei der Bewertung der eigenen Kapazitäten kommt es auf die subjektive Wahrnehmung und weniger auf die objektive Beschaffenheit der Reize und Ressourcen an. Subjektive Kompetenz, Umwelt regulieren zu können, ist daher erforderlich. Die subjektiv wahrgenommenen Ressourcen beziehen sich also nicht nur auf die eigene Kompetenzen und Fertigkeiten, sondern auch auf das Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes, das eventuell zur Unterstützung bereitsteht. Streßbewältigung besteht zum einen aus Informationsverarbeitung und zum anderen aus instrumenteller Aktion, also aus Denken und Handeln. Weiterhin ist zu beachten, daß dieser Vorgang von Emotionen begleitet wird. Im Falle einer Auseinandersetzung mit einem streßrelevanten Ereignis, welches als bedrohlich eingeschätzt wird, tritt Angst auf. Dagegen handelt es sich im Falle einer Herausforderung eher um eine produktive Erregung oder Gespanntheit und im Falle von Schaden oder Verlust eher um Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Ärger. Streß läßt sich also als ein Kräftespiel von Person und Umwelt darstellen, wobei beide Seiten aus der Perspektive des Betroffenen zu sehen sind. Dabei ist die Verarbeitung von Information zentral für den Streßvorgang, sowohl für die subjektive Bewertung als auch für die Bewältigungsphase. Es handelt sich daher vor allem um eine kognitive Auseinandersetzung des Ich mit den Ansprüchen der Außenwelt, wobei sich Person und Umwelt im Fluß des Geschehens wechselseitig bedingen. Nach jedem Erkenntnis- oder Regulationsschritt haben sich beide Seiten aufgrund gegenseitiger Beeinflussung verändert. Ein solcher Vorgang heißt Transaktion

3.1 Die kognitiv-transaktionale Streßtheorie

Diese Position wird seit den sechziger Jahren von Lazarus vertreten. Mit Transaktion ist gemeint, daß Streß sich nicht auf Input oder Output beschränkt, sondern eine Verbindung zwischen einer sich verändernden Situation und einer denkenden, fühlenden und handelnden Person widerspiegelt. Psychologischer Streß beruht auf der Einschätzung einer betroffenen Person, daß die jeweilige Person-Umwelt-Beziehung entweder herausfordernd, bedrohlich oder schädigend ist. Die kognitive Einschätzung oder Bewertung (appraisal) wird somit zum zentralen Bestimmungstück von Streß. Zwei Facetten dieses kognitiven Prozesses treten ungefähr gleich auf: die primäre Einschätzung (primary appraisal), bei der geprüft wird, was auf dem Spiel steht, und die sekundäre Einschätzung (secondary appraisal), bei der die Bewältigungsmöglichkeiten in Augenschein genommen werden. Das Ergebnis der Einschätzung läßt sich klassifizieren in Herausforderung, Bedrohung und Schaden/Verlust, wobei nicht ausgeschlossen wird, daß mehr als solch ein Ereignis gleichzeitig auftritt; zumindest wird eine dieser Kognitionen dominant sein. Objektive Bedingungen liegen den kognitiven Einschätzungen zugrunde, aber entscheidend bleibt, wie das Subjekt die Dinge sieht, nicht die tatsächlichen Gefahren der Umwelt und nicht die tatsächlichen Eigenschaften einer Per-

son machen die Streßerfahrung aus, sondern die vielleicht verzerrte persönliche Sichtweise. Die primäre Einschätzung bedient sich überwiegend der Informationen aus der Umwelt, also aus Schicksalsschlägen, Alltagsanforderungen oder Reizkonfigurationen, während die sekundäre Einschätzung sich vor allem auf die Merkmale der Person stützt, auf ihre Kompetenzen, Wertvorstellungen, Ziele und Überzeugungen. Aus der Art und Weise der Einschätzung resultieren dann unterschiedliche Bewältigungsformen (coping). Allgemein unterscheidet Lazarus zwischen einer *problemorientierten* und einer *emotionsorientierten* Funktion von Coping. Im ersten Fall bezieht sich das Verhalten auf die Lösung des Problems, im zweiten auf die Linderung der Belastungssymptome. Beides kann in verschiedenen Situationen mehr oder weniger angemessen sein. Der Ansatz von Lazarus ist in Abbildung 1 illustriert. Er stellt mehr dar als nur eine Streßtheorie, denn er schließt komplexe Bewältigungsvorgänge und Emotionen sowie situative, persönliche und soziale Voraussetzungen und Konsequenzen mit ein. Daraus läßt sich ableiten: Voraussetzungen, Prozesse, Ereignisse.



Streß und Coping aus transaktionaler Sicht

3.2 Die Theorie der Ressourcenerhaltung

Die Theorie von *Hobfoll (1988, 1989)* stellt eine moderne Alternative zu der von Lazarus dar. Zunächst wird angenommen, daß Menschen nach dem streben, was sie wertschätzen, es zu erhalten suchen und Verluste vermeiden wollen. Das Vermeiden von Verlust ein gilt dabei als ein stärkeres Motiv als das Streben nach Gewinn. Streß tritt dann auf, wenn Ressourcen bedroht werden, verlorengehen oder fehlinvestiert werden. Als Ressourcen bezeichnet *Hobfoll* Gegenstände, Bedingungen, Persönlichkeitsmerkmale und Energien, die als wertvoll und nützlich erscheinen.

Ressourcen nach Hobfoll

- Gegenstände: Nahrungsmittel, Kleidung, Wertsachen, Autos oder andere Objekte dieser Art ...
- Bedingungen: Ehe, Beamtenstatus, Staatsbürgerschaft, berufliches Fortkommen .
- Persönlichkeitsmerkmale: Intelligenz, Geschick, Liebe, Gefühle, Zuneigung oder Wertschätzung, Optimismus ...
- Energien: Geld, Zeit, Wissen (Hilfsfunktion)

Streß ist nach *Hobfoll* in erster Linie dann gegeben, wenn eine der Ressource verlorenght. Im Unterschied zu *Lazarus* meint *Hobfoll*, daß das Erleben von Verlust die zentrale Eigenschaft von Streß darstellt, nicht dagegen Herausforderung, Bedrohung oder Schädigung. Aus diesen grundlegenden Annahmen ergeben sich vier Ableitungen: (a) Zunächst sind die Ressourcen nicht nach Zufall oder nur aufgrund äußerer Gegebenheiten verteilt, sondern Menschen spielen auch eine aktive Rolle darin, über welche Ressourcen sie verfügen und wie geschickt sie diese zum Einsatz bringen. (b) Menschen setzen Ressourcen dazu ein, um andere Ressourcen zu erhalten. (c) Bewältigung von Streß kostet Ressourcen, weil Ressourcen zur Sicherung anderer Ressourcen gebraucht werden. (d) Gewinn und Verlust von Ressourcen erzeugt positive und negative Spiralen. Nach *Hobfoll* streben Menschen vor allem danach, Ressourcen zu gewinnen und zu erhalten, so daß der Verlust solcher Ressourcen als ganz besonders bedrohlich erscheint. Streß ist dann gegeben, wenn jemand auf eine Situation reagiert, in der der Verlust von Ressourcen droht, dieser Verlust eingetreten ist oder wenn keine Gewinne eintreten, obwohl man zuvor Ressourcen investiert hat.

3.3 Die Messung von Streß

Wenn es darum geht, das Ausmaß an Streß zu messen, gibt es sehr unterschiedliche Verfahrensweisen. Man kann z.B. Leute fragen, wie belastet sie sich fühlen und mit welchen Schicksalsschlägen sie in ihrem Leben konfrontiert wurden. Eine neuere Skala ist die *Perceived Stress Scale (PSS)* von *Cohen, Kamarck* und *Mermelstein (1983)*. Ähnlich wie bei einem Persönlichkeitsfragebogen beschreibt sie in 14 Aussagen verschiedene Arten, sich „gestreßt“ oder den Anforderungen nicht gewachsen zu fühlen. Daraus ergibt sich ein Summenwert, der den Grad von erlebtem Streß angeben soll. Eine mehr objektive Art, Streß zu messen, liegt in der Registrierung von Schicksalsschlägen oder Lebenskrisen. Der Lebenslauf des Menschen stellt eine Auseinandersetzung mit einer Vielzahl von kritischen Ereignissen dar. Leben und Streß werden daher manchmal gleichgesetzt: die völlige Abwesenheit von Streß ist demnach der Tod. Ein Ereignis ist dann kritisch, wenn es subjektiv als belastend empfunden wird. Verluste von Angehörigen, Unfällen, Schwangerschaften Arbeitsplatzverluste, Ehescheidung, Schulwechsel oder Krankheiten können mit der Erfahrung von

intensivem Streß verbunden sein und den weiteren Lebenslauf auf dramatische Weise beeinflussen. Was liegt also näher, als die Häufigkeiten kritischer Lebensereignisse zur Messung von Streß zu verwenden? *Holmes und Rahe (1967)* haben einen solchen Fragebogen entwickelt, die *Social Readjustment Rating Scale (SRRS)*, das 43 solcher Ereignisse auflistet. Kritikpunkt bei dieser Auflistung bleibt, daß der Mensch ein aktives, seine Umwelt explorierendes Wesen ist, indem er absichtlich und systematisch Situationen aufsucht, dabei Risiken eingeht und Herausforderungen annimmt. Viele kritische Ereignisse sind daher ein kalkulierbares Produkt der Lebensführung. Verschiedene Individuen werden mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit mit solchen Ereignissen konfrontiert. Diese Auffassung entspricht der transaktionalen Streßkonzeption. Die diagnostische Erfassung von lebensverändernden Ereignissen und deren Wirkung auf das Wohlbefinden, Gesundheit, Leistung und Sozialverhalten erfolgt normalerweise mit Hilfe von Fragebogenverfahren. Eine deutsche Kurzform dieses Fragebogens, bei der wir und auf 14 Ereignisse beschränken, die allgemein als negativ und belastend empfunden werden, ist in Tabelle 1 abgedruckt.

Die Lazarus-Gruppe hat sich darauf beschränkt, eine Alternative zu den *Life Event-Skalen* zu entwickeln, nämlich die *Daily Hassels* und *Daily Uplifts-Skalen (Lazarus & Folkman, 1989)*. Zugrunde liegt die Annahme, daß es nicht so sehr die wenigen großen, Zäsuren erzeugenden Lebensereignisse sind, die die Gesundheit beeinträchtigen, als vielmehr die ständigen Alltagsprobleme und täglichen Mißgeschicke, die uns den Nerv rauben und uns auf den Geist gehen. Dazu gehören z.B. Probleme mit Übergewicht, Erkrankungen von Angehörigen, steigende Preise, Reparaturen im Haushalt usw. Solche *Hassels* sollten zu vielen Zeitpunkten in natürlichen Lebensumwelten in Verbindung mit Befindlichkeit- und Gesundheitsindikatoren erhoben werden. Zusätzlich erwähnen die Autoren die kompensierende Wirkung von positiven Alltagserscheinungen, den *Uplifts*. Dazu gehören vor allem angenehme Interaktionen mit Partnern und Freunden, der erfolgreiche Abschluß von Arbeiten, gutes Essen, Freizeitveranstaltungen und Kontakte zu anderen.

4 Angst in Schwarzer, R.: Streß, Angst und Handlungsregulation. p. 88-105

Angst ist ein unangenehmes Gefühl, das in Situationen auftritt, die als bedrohlich eingeschätzt werden. Es gibt individuelle Unterschiede in der Einschätzung dessen, was als bedrohlich erfahren wird. Weiterhin ist bei der Analyse dieses Konstrukts zu unterscheiden, inwieweit jemand chronisch zu Angst neigt oder nur in einer bestimmten Situation ängstlich reagiert. Es hat sich bewährt, die Angstneigung (Ängstlichkeit) von der momentanen Angstreaktion zu unterscheiden. Daß uns angesichts einer Gefahr besorgte Gedanken durch den Kopf gehen, stellt einen wichtigen Aspekt dar, während der Andere in der Wahrnehmung von körperlichen Erregungen besteht.

4.1 Zeitstabilität: Zustandsangst und Ängstlichkeit

Der Angstzustand läßt sich unterscheiden von der Ängstlichkeit als einem Persönlichkeitsmerkmal. Wir haben es im ersten Fall mit der akuten Reaktionsweise und im zweiten Fall mit der chronischen Erregungsbereitschaft zu tun. Menschen die sehr häufig ängstlich reagieren, schreibt man die Eigenschaft zu, ängstlich zu sein. Dies ist eine überdauernde Disposition wie viele andere Persönlichkeitsmerkmale auch (z.B. Intelligenz, Optimismus, Anschlußmotiv). Zunächst soll Angst als Zustand näher betrachtet werden. Angst ist das bewußte Erleben eines unangenehmen Erregungszustandes. Ob jemand ängstlich reagiert, ist für den Außenstehenden nicht immer sichtbar. Es handelt sich vor allem um eine private Erfahrung. Dabei erlebt das Individuum körperliche und gedankliche Vorgänge, die gemeinsam das ängstliche Zustandbild charakterisieren. Die Bedrohung durch die situative Anforderung wird erkannt, und das Auftreten von Anzeichen autonomer Erregung (z.B. Zittern, feuchte Hände, Anstieg des Blutdrucks usw.) wird registriert. Der Zustand läßt sich kognitiv und physiologisch beschreiben. Ein weiterer Indikator der Angstreaktion ist das Verhalten. Meidet jemand die Situation, beziehungsweise will er flüchten, so haben wir einen Hinweis auf Angst auf der Verhaltensebene. Schließlich liefert das Ausdrucksverhalten zusätzlich nonverbale Informationen über die ängstliche Erregung eines Menschen. Zum Ausdruck gehören die Körperhaltung (zum Beispiel gebeugt, starr), die Stimme (leise, stotternd, desorganisiert), der Gesichtsausdruck (weit aufgerissene Augen) usw. Die Angstreaktion läßt sich daher mit Hilfe von vier Meßebenen beschreiben und diagnostisch erfassen: sprachliche Mitteilung, körperliche Erregung, offenes Verhalten und Gefühlsausdruck. Angst ist aber in erster Linie eine private Sache.

Die Art und Weise, wie autonomes Feedback wahrgenommen und eingeschätzt wird, variiert bei Hochängstlichen und bei Niedrigängstlichen. Die Hochängstlichen richten ihre Aufmerksamkeit mehr auf sich selbst, auf ihre Körpersensationen und inneren Erfahrungen, während die Niedrigängstlichen die anstehenden Sachprobleme vor Augen haben und ihre Erregung nicht so differenziert wahrnehmen. Es könnte also sein, daß beide Gruppen zwar über ein

objektiv gleiches Erregungsniveau in der Streßsituation verfügen, dieses aber entweder überschätzen oder unterschätzen, je nachdem als wie ängstlich sie sich allgemein einstufen. Hochhängstliche werten ihre Erregung eher als ein Hinweis auf eigene Schwäche oder ängstliche Erregbarkeit, während Niedrigängstliche sie als Handlungsaufforderung werten oder als produktive, handlungserleichternde Erregung deuten. Das Erleben bezieht sich auf zwei Aspekte, nämlich die Empfindung von Erregung und die Wahrnehmung von selbstbezogenen Gedanken. Die Empfindung und Interpretation von autonomer Erregung soll als „Aufgeregtheit“ und die Wahrnehmung von selbstbezogenen Gedanken als „Besorgnis“ bezeichnet werden.

Angstzustand und Ängstlichkeit stellen zwei Aspekte der Angst dar, die sich in einer gemeinsamen Theorie vereinigen lassen (State-Trait Anxiety-Theorie von Spielberger, 1966, 1972, 1980; vgl. Schwenkmezger, 1985). Danach sind folgende Aussagen maßgeblich:

Angst- und Ängstlichkeitstheorie

- Ein Angstzustand wird ausgelöst, wenn das Individuum eine Situation als bedrohlich einschätzt.
- Je bedrohlicher die Situation eingeschätzt wird, desto stärker fällt die Angstreaktion aus.
- Je länger diese Situationseinschätzung unverändert anhält, desto länger wird die Angstreaktion dauern.
- Personen mit hoher Ängstlichkeit nehmen selbstwertrelevante Situationen als bedrohlicher wahr, als Personen mit niedriger Ängstlichkeit
- Die Auslösung von Angstreaktionen kann sich direkt im offenen Verhalten oder zu innerpsychischen Abwehrvorgängen führen.
- Häufig auftretende Streßsituationen können ein Individuum dazu veranlassen, spezielle Bewältigungshandlungen oder Abwehrmechanismen zu entwickeln, mit denen sich der Angstzustand reduzieren läßt.

Schon früher fand *Sarason (1960)*, daß Hochhängstliche mehr selbstwertabwertend, gedanklich mit sich selbst beschäftigten und insgesamt weniger zufrieden mit sich sind als Niedrigängstliche. Wer sich selbst als ängstlich beschreibt, meint damit, daß er über zu geringe adaptive Ressourcen verfügt, um einer bestimmten Klasse von Anforderungssituationen genügen zu können, und daß ihn die Begegnung mit derartigen Situationen besorgt und aufgeregt werden läßt. Ängstlichkeit wird offenbar im Laufe der Lebensgeschichte in Verbindung mit Bewertungssituationen erworben, wobei Kindheitserfahrungen mit inkonsistent strafenden Eltern eine wichtige Rolle spielen können.

4.2 Besorgnis und Aufgeregtheit

Die Unterscheidung zwischen den beiden Erlebenskomponenten hat sich in der Angstforschung und -diagnostik durchgesetzt. So unterscheidet man sechs Dimensionen von Besorgnis: (a) Sorgen über Sozialbeziehungen, (b) mangelndes Selbstvertrauen, (c) ziellose Zukunft, (d) arbeitsbezogene Unfähigkeit, (e) finanzielle Sorgen, (f) sozio-politische Sorgen.

4.3 Generalität und Bereichsspezifität von Angst

Die Generalität bezieht sich auf die Breite der Situationen, die als bedrohlich bewertet werden. Es gibt Menschen, für die sehr viele Aspekte der Umwelt bedrohlich und daher angsterregend sind. Normalerweise jedoch ist Ängstlichkeit situationsspezifisch, d.h. man ist kein ängstlicher Mensch, sondern fürchtet sich vor ganz bestimmten Situationen, z.B. vor Mäusen, Krankenhäusern, Ehekrach oder vor dem Fliegen.

Unterscheidung existentieller und selbstwertbezogener Bedrohung

- Angst vor physischer Verletzung
- Angst vor Auftritten
- Angst vor Normüberschreitungen
- Angst vor Erkrankungen und ärztlichen Behandlungen
- Angst vor Selbstbehauptung
- Angst vor Abwertung und Unterlegenheit

Man kann über alles ängstlich besorgt sein, was einen Person-Umwelt-Bezug ausmacht. Wenn das Selbst sich mit einem Aspekt der Umwelt konfrontiert sieht, werden Einschätzungsprozesse vorgenommen, die emotionale Konsequenzen nach sich ziehen. Hat jemand Angst vor Spinnen, vor dem Lehrer, vor dem Zahnarzt oder dem anderen Geschlecht, so liegen hier Person-Umwelt-Bezüge vor, die als bedrohlich eingeschätzt werden können. Es genügt, wenn diese Person-Umwelt-Bezüge in der Vorstellung auftreten. Es kommt also weniger auf die beobachtbaren Realsituationen als vielmehr auf den Kognitionsinhalt an. Angst führt vor allem zu einer Beeinträchtigung des individuellen Wohlbefindens, des Zusammenlebens mit anderen und des Lernverhaltens.

5 Leistungsangst in Schwarzer, R.: Streß, Angst und Handlungsregulation. p. 105-118

Leistungsängstlichkeit (test anxiety, performance anxiety) gehört zu den am längsten und am besten erforschten psychischen Konstrukten. Eine klassische Fragestellung liegt darin, Minderleistungen auf ängstliche Erregung zurückzuführen zu wollen, aber schon seit Beginn dieser Forschungsrichtung gibt es auch Überlegungen dazu, inwieweit daneben die störenden Gedanken ihren Einfluß auf die Leistungsminderung geltend machen. Nach dem heutigen Stand der Leistungsforschung wird den kognitiven Prozessen vor, während und nach kritischen Anforderungssituationen besonderes Interesse entgegengebracht. Als inzwischen weithin akzeptierte Definition kann die folgende gelten: *Leistungsangst ist die Besorgtheit und Aufgeregtheit angesichts von Leistungsanforderungen, die als selbstwertbedrohlich eingeschätzt werden.* Diese Definition enthält Merkmale der Auslösesituation (Leistungsanforderung), der subjektiven Einschätzungsprozesse (Selbstwertbedrohung) und der sich daran anschließenden Kognitionsinhalte (Besorgtheit und Aufgeregtheit).

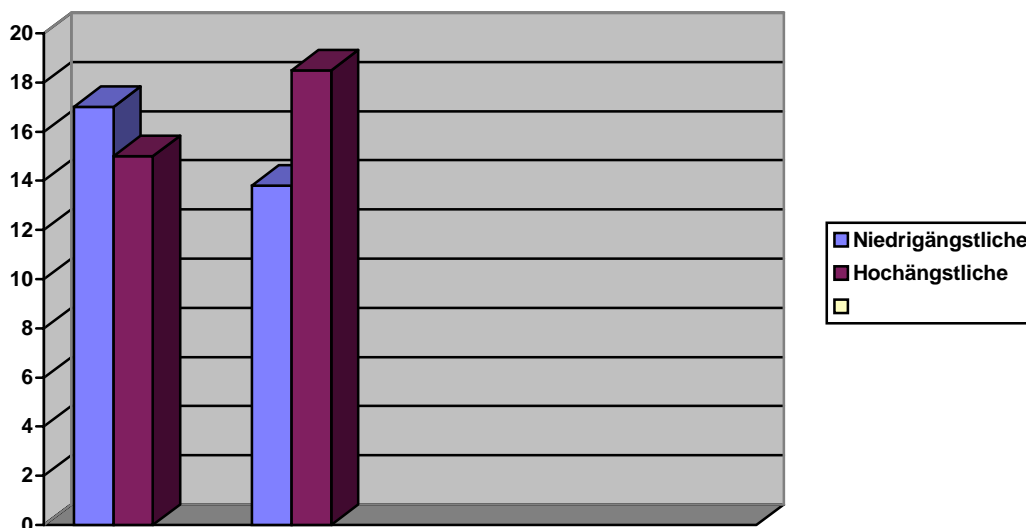
5.1 Aufmerksamkeitssteuerung

Ängstliche wenden ihre Aufmerksamkeit von den anstehenden Problemen teilweise ab und sind mit sich selbst befaßt. Die Teilung der Aufmerksamkeit in aufgabenrelevante und selbstrelevante Richtung ist der erste Unterschied zu Nichtängstlichen. In der inhaltlichen Bestimmung der Selbstvoreingenommenheit liegt der zweite Unterschied. Ängstliche beziehen soziale Bewertungsmöglichkeiten auf die eigene Person, denken an öffentlichen Mißerfolg und antizipieren eine Selbstabwertung aufgrund des möglichen Versagens, für das sie sich selbst verantwortlich machen. Mißerfolg in Verbindung mit Fremd- und Selbstbewertung sowie ungünstige Attribution des erwarteten Leistungsergebnisses stellen die zentralen Kognitionsinhalte der leistungsängstlichen Person dar. Nichtängstliche dagegen richten ihre Aufmerksamkeit stärker auf problembezogene Reize, die mit der Beschaffenheit der zu bewältigenden Aufgabe zu tun haben. Danach wurden bei Hochängstlichen mehr aufgabenirrelevante Gedanken gefunden, mehr Selbstbeschuldigungen bei Mißerfolg und mehr selbstbezogene und selbstabwertende Kommentare während des Leistungsvollzuges. Der ängstlich Erregte nimmt als nur einen schmalen Aspekt von vielen Reizen wahr, wendet sich nur mit reduzierter Aufmerksamkeit den eigentlichen Problemen zu und hat zugleich noch sehr viele andere Teilprobleme im Blickfeld. Die Wahrnehmung körperlicher Erregung (Aufgeregtheit) und die Zweifel an der eigenen Kompetenz (Besorgtheit) stellen typische aufgabenirrelevante Kognitionen dar. Hochängstliche sind besonders empfänglich für sozial bewertende Reize in ihrer Umwelt (Wine, 1980). Sie achten in Leistungssituationen darauf, ob andere anwesend sind, und fühlen sich dann beeinträchtigt. Leistungsangst und soziale Angst

sind eng miteinander verknüpft, eben weil Leistung normalerweise in sozialen Situationen erbracht wird und Gegenstand einer öffentlichen Bewertung ist.

5.2 Leistungsrückmeldung und Kausalattribution

Weiterhin ist auffällig, daß Hochängstliche bei Erfolg und Mißerfolg andere Ursachenzuschreibung vornehmen als Niedrigängstliche (Hedl, 1990). Bei Erfolg machen sie sich nicht selbst genügend verantwortlich dafür, und bei Mißerfolg fühlen sie sich gerade zu sehr verantwortlich. Der allgemein vermutete Attributionstil von Leistungsängstlichen sollte folgende Gestalt annehmen: Erfolg sollten sie eher external, variabel oder situationsspezifisch zuschreiben, d.h. sie sollten äußere Einflüsse bzw. solche, die nicht oder kaum ihrer Kontrolle unterliegen, für ihr gutes Abschneiden verantwortlich machen. Mißerfolg sollten sie eher internal, stabil oder global zuschreiben, d.h. ihre eigenen Fähigkeitsdefizite wären die naheliegende Ursache für ein Versagen. Bei Erfolg machen die Ängstlichen dafür weniger ihre Fähigkeiten verantwortlich als die Niedrigängstlichen. Umgekehrt sah das Bild aus, wenn im Experiment Mißerfolg rückgemeldet wurde. Die Ängstlichen schrieben sich dieses vermeintliche Versagen persönlich zu, indem sie ihre Fähigkeitsmängel als Ursache angeben. Die Niedrigängstlichen dagegen zeigten sich viel weniger bereit, die Ursache mit Fähigkeitsmängeln zu erklären. Für Hochängstliche stellen die Leistungsrückmeldungen sozial bewertende Reize dar, die sich auf die Einschätzung der eigenen Person richten. Sie beziehen die Informationen mehr auf sich selbst statt auf das von ihrer Person losgelöste Handlungsergebnis. Ängstliche sind demnach in Bewertungssituationen immer besorgt, egal ob sie Erfolg oder Mißerfolg haben.



Internal-stabile Attribution von Erfolg und Mißerfolg in Abhängigkeit von der Ängstlichkeit

5.3 Angst und Leistung in Schule und Hochschule

Daß Leistungsangst in Durchschnitt eine Leistungsminderung nach sich zieht, ist bekannt, auch wenn es hin und wieder Befunde gibt, die das so nicht bestätigen. Daß umgekehrt der Wahrnehmung einer Bedrohung auch eine leistungsförderliche Komponente innewohnen kann, soll nicht bestritten werden. Dies gibt vor allem dann, wenn sie mit der Streßeinschätzung „Herausforderung“ verbunden ist. Auf einer fiktiven Leistungsskala liegen demnach Hoch- und Niedrigängstliche fast eine halbe Standardabweichung auseinander. Wenn ein Niedrigängstlicher durchschnittlich gut abschneidet (Prozentrang 50), dann erzielt ein Hochängstlicher nur einen Leistungsprozentrang von 33 (vgl. Schwarzer, 1990b).

Kleine (1990) hat den Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit und Sportleistung erforscht, indem er 77 Studien ausfindig machte, die auf insgesamt 3589 Personen beruhten. Angst kann demnach auch die sportliche Leistung beeinflussen. Leistungsangst ist normalerweise nicht behandlungsbedürftig, sondern stellt eine universelle Erfahrung angesichts von schwierigen Anforderungen dar, was zur normalen Lebensführung gehört. Extreme, unbegründete Leistungsangst läßt sich mit den üblichen Psychotherapieverfahren, wie z.B. Entspannung, beeinflussen. Oft ist Leistungsangst aber dadurch begründet, daß jemand nicht genügend vorgesorgt hat, sich nicht oder falsch auf eine Prüfung vorbereitet hat oder sich nicht die nötigen Fertigkeiten angeeignet hat, um schwierige Situationen durchzustehen. Man muß lernen, seine Arbeit vorausschauend zu organisieren, geeignete Arbeitstechniken zu entwickeln und Skripts für kritische Situationen bereitzuhalten. Präventives Handeln und Aufbau von Kompetenzen sind von genereller Bedeutung bei der Lebensbewältigung und stellen keinen Sonderfall für die Verhinderung oder Bewältigung von Leistungsangst dar.

6 Soziale Angst in Schwarzer, R.: Streß, Angst und Handlungsregulation. p. 118-140

Wenn man vor einer Gruppe redet, mit einer Autoritätsperson verhandelt, sich für ein Versägen entschuldigen oder in einer Zweierbeziehung den ersten Schritt wagen will, dann handelt es sich auch um Leistungen, die mit einer Gefahr verbunden sein können. Weil aber der soziale Kontext dabei das vorherstechende Element ist, hat es sich eingebürgert, in diesem Zusammenhang lieber von sozialer Angst, als von Leistungsangst zu reden. *Unter sozialer Angst verstehen wir die Besorgnis und Aufgeregtheit angesichts von sozialen Situationen, die als selbstwertbedrohlich erlebt werden.* Man muß mit anderen Menschen interagieren und riskiert dabei sein Ansehen, wenn man sich lächerlich macht oder sich dumm anstellt, erzielt man nicht den Eindruck, den man gern auf andere machen will. Die Forschung zur sozialen Ängstlichkeit wird daher weitgehend von solchen Überlegungen bestimmt, die das Bedürfnis nach Selbstdarstellung und Eindrucksbildung zum Ausgangspunkt nehmen. Die soziale Ängstlichkeit hängt zwangsläufig mit dem allgemeinen und sozialen Selbstkonzept zusammen, denn wer sich nicht zutraut, andere Menschen beeindrucken und beeinflussen zu können, hält sich leicht für minderwertig und neigt dazu, soziale Situationen als bedrohlich einzuschätzen. Öffentliche Selbstaufmerksamkeit gilt als eine wesentliche Voraussetzung von sozialer Angst, denn solange man aufgabenorientiert oder im Fluß handelt, gibt es keine Veranlassung zur Selbstwertbedrohung. Soziale Angst ist eine Gefühlsreaktion, die angesichts einer bestehenden oder bevorstehenden interpersonellen Beziehung auftritt. Die soziale Situation stellt für das Individuum eine Umwelthanforderung dar, die als bedrohlich eingeschätzt wird. Dabei geht es nicht um die Gefahr, körperlich angegriffen und verletzt zu werden, als vielmehr um eine Bedrohung des Selbst. Die Auslösung der sozialen Angst erfolgt durch die Art der sozialen Umgebung und durch das Verhalten der Mitmenschen. Es spielt eine Rolle, wie viele andere Menschen anwesend sind. Wenn man in einer größeren Gruppe hervorgehoben ist. Fühlt man sich stärker der Beobachtung und Prüfung durch andere ausgesetzt, als wenn man sich nur ein oder zwei Personen gegenüber sieht. Nicht die geforderte Leistung ruft Angst hervor, sondern die Erwartung, in einer leistungsthematisierten Situation beobachtet zu werden. Begleitende Kommentare, die negativ bewertend ausfallen, verstärken diese Tendenz. Natürlich gibt es auch individuelle Unterschiede. Die situative Auslösung von sozialer Angst hängt davon ab, welcher Grad an dispositionaler öffentlicher Selbstaufmerksamkeit bereits vorliegt.

6.1 Verlegenheit

Nach *Buss (1980, 1986)* läßt sich soziale Angst in vier Arten unterteilen, nämlich *Verlegenheit, Scham, Publikumsangst* und *Schüchternheit*. Erröten ist ein Hauptmerkmal der Verlegenheit. Daneben findet man ein albernes Grinsen oder „verlegenes Lächeln“, wobei man

sich linkisch, befangen, tolpatschig oder lächerlich vorkommt. Andere Kennzeichen, wie z.B. der Abbruch des Blickkontakts oder das Bedecken des Gesichts, sind nicht allein typisch für Verlegenheit, sondern treten auch bei anderen sozialen Ängsten auf.

Merkmale der Verlegenheit

- Erröten, albernes Grinsen, verlegenes Lächeln
- Geringe Erregung und reduzierte Herzfrequenz
- Unmittelbare Ursachen (ungeschicktes oder fehlerhaftes Verhalten, soziale Hervorgehobenheit und Verletzung der Privatheit, übertriebenes Lob)
- Anfällig sind Menschen mit öffentlicher Selbstaufmerksamkeit, und wenig sozialen Kompetenzen, sowie einer geringen Bereitschaft zur Selbstenthüllung

Die Konsequenz von Verlegenheit können vielfältig sein. Bei den Mitmenschen kann Gelächter ausgelöst werden, das noch zu einer Verstärkung des Zustandes führt. Höfliches Ignorieren dagegen hilft, diesen Zustand leichter zu überwinden. Bei sich selbst liegt eine unmittelbare Konsequenz in der Wahrnehmung von körperlichen Ereignissen. Man fühlt, daß sich das Gesicht errötet und bewertet mit Hilfe dieser Information seinen derzeitigen Zustand, was gerade zu einem Aufschaukelungsprozeß der psychischen Beeinträchtigung führen kann. Verlegenheit ist mit emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Konsequenzen verbunden. Verlegenheit wird im Laufe der Lebensgeschichte gelernt und beruht nach *Buss (1980, S. 231)* auf bestimmten Sozialisationspraktiken. Auslachen und Hänkeln sind verbale Bestrafungen von Verhaltensweisen, die mit den herrschenden Normen nicht im Einklang stehen.

6.2 Scham

Diese Gefühl ist eng mit Verlegenheit verbunden und läßt sich nicht immer eindeutig davon abgrenzen. Scham ist längerdauernd, gravierender und moralbezogen. Das Gegenteil von Verlegenheit ist Gelassenheit, das Gegenteil von Scham ist Stolz. Die Reaktionsweise ist genau wie bei der Verlegenheit, jedoch errötet man nicht, wenn man sich schämt. Wer sich schämt, ist sich eines Fehlverhaltens bewußt und empfindet Selbstverachtung und Selbstenttäuschung. Er macht sich Vorwürfe, bereut das Geschehene, kommt sich wertlos und unwürdig vor und möchte am liebsten in der Erde versinken. Meist erfolgt Scham in einem sozialen Kontext. Das Problem der Nichterfüllung sozialer Erwartungen spielt in viele Lebensbereiche hinein. Ein den Normen zuwiderlaufendes Handeln, ruft im allgemeinen Scham hervor. Dazu gehören, manche sozial geächtete sexuelle Handlungen oder Präferenzen. Lügen, Betrügen und Stehlen sind weitere unmoralische Handlungen, deren Entdeckung meist zu Schamgefühlen führt. Wer sich selbst als soziales Objekt wahrnimmt und

ständig überlegt, welchen Eindruck er wohl auf andere macht, wird sich eher schämen als jemand, der nicht so denkt. Eine andere Begünstigung für die Reaktion liegt im Vorhandensein eines Stigmas. Damit kann ein Körpermerkmal gemeint sein wie z.B. zu große Ohren, zu kleine Brüste. Ein Stigma kann aber auch in der Familie liegen, wie z.B. wenn der Vater ein bekannter Krimineller ist oder die Mutter eine Alkoholikerin. Nur wenn man sich selbst für den Fehler verantwortlich fühlt oder glaubt, daß andere von der eigenen Verantwortlichkeit überzeugt sind, tritt die Reaktion auf. Die wesentliche Konsequenz ist ein Verlust der Selbstwertschätzung. Die Person verachtet sich selbst, wird schüchtern, meidet die Zeugen des Vorfalles und bemüht sich, jede weitere Enthüllung zu verhindern, die den Zustand verschlimmern würde. Nach *Buss (1980)* haben Scham und Verlegenheit mit Moral zu tun, aber Schuld ist mehr an inneren und Scham mehr an äußeren Normen orientiert. Der wichtigste Unterschied liegt in der Richtung selbstbezogener kognitiver Prozesse. Um sich schuldig zu fühlen, bedarf es der privaten, um sich zu schämen, bedarf es der öffentlichen Selbstaufmerksamkeit. Bei Scham haben wir es mit der intensiveren und länger dauernden Beeinträchtigung zu tun. Scham ist mit moralischen Maßstäben verbunden, Verlegenheit jedoch nicht.

6.3 Publikumsangst

Die typische Auslöseform für soziale Angst ist die Hervorhebung einer Person in einem sozialen Kontext, in dem das Augenmerk auf das soziale Handeln dieser Person gerichtet ist. Die Angst vor einem Publikum ist weit verbreitet und wird von den meisten Menschen hin und wieder erfahren und als sehr unangenehm erlebt. Die Ansprache vor Gästen, das Referat im Seminar, das Aufsagen eines Gedichts oder Vorrechnen einer Aufgabe in einer Klasse, aber auch musische und sportliche Vorführungen sowie Arbeitsproben vor den Augen von Mitarbeitern und Vorgesetzten stellen Gelegenheiten dar, die normalerweise mit Publikumsangst verbunden sind. Die Reaktionsweise spielt sich auf vier Ebenen ab. Auf der Ausdrucksebene zeigt sich ein blasses Gesicht, eine unsichere Stimme und eine verkrampfte Körperhaltung. Psychologisch zeigt sich wie bei Streß eine Aktivierung des Sympathikus, die zu erhöhten Blutdruck, erhöhter Herzfrequenz, Atembeschleunigung und Schweißausbruch führt. Im Verhalten tritt eine Desorganisation auf. Der Sprecher stottert, fummelt in seine Unterlagen, vergißt was er sagen wollte, und lacht nervös. Auf der Ebene des persönlichen Erlebens finden wir zwei Faktoren: Emotionalität und Besorgtheit. Die Person berichtet über einen nervösen Spannungszustand, einen zugeschnürten Hals und ähnliche Erregungszustände. Ein Mißerfolg wird vor allem deshalb bedrohlich, weil er öffentlich geschieht. Die unmittelbare Ursache von Publikumsangst liegt in der sozialen Hervorgehobenheit der eigenen Person, der Neuartigkeit, der Perspektive oder Rolle des Handelnden und der Struktur des Publikums einschließlich seiner Verhaltensweisen. Allein die Tatsache, daß man alle

Blicke auf sich gerichtet fühlt, versetzt einen in den Zustand der öffentlichen Selbstaufmerksamkeit.

Faktoren, die die Publikumsangst beeinflussen

- Gedankliche Vorwegnahme der Situation
- Struktur des Publikums (Anzahl, Interesse, Verhalten, Vertrautheit, Bekanntheitsgrad des Publikums, Bewertung der Situation)
- Introvertiertheit/Extrovertiertheit des Redners
- Übung
- Fach- und Sachkompetenz des Redners
- Selbstachtung, Schüchternheit, Aufgabeneinschätzung

Auf der Prozeßebene unterscheidet Schwarzer drei Zeitintervalle, die für die Entstehung von Publikumsangst bedeutsam sind: vor dem Auftritt, die ersten beiden Minuten während des Auftritts und die restliche Zeit bis zum Ende der Ausführung. Vor dem Auftritt herrscht vor allem Besorgnis über das Gelingen der geplanten Handlung. Diese Phase ist oft von Selbstzweifeln begleitet. Die ersten beiden Minuten stellen den Gipfel der Publikumsangst dar, weil alle Augen auf den Handelnden gerichtet sind und eine gespannte und erwartungsvolle Atmosphäre herrscht. Während des weiteren Verlaufs richtet der Redner seine Aufmerksamkeit weg von der eigenen Person und hin zur eigentlichen Sache, so daß der Grad der Erregung absinkt. Bei wiederholten Auftritten gewöhnt man sich zuerst an die allgemeine Situation und stabilisiert seine Handlungsausführung, indem man sich während des Hauptteils gelassener verhält. Später gelingt es sogar, schon während der ersten Minuten die Konzentration ganz und gar auf die zu behandelnde Sache zu richten und nicht in den Zustand der öffentlichen Selbstaufmerksamkeit zu geraten. Als am schwierigsten erweist sich der Abbau der Bewertungsangst, die in der Vorphase des Auftritts dominiert. Die meisten Menschen werden besorgt darüber bleiben, wie gut sie in der Öffentlichkeit agieren, und werden bei der gedanklichen Vorwegnahme von Mißerfolg ängstlich erregt sein. Nur wenigen ist es vergönnt, mit Zuversicht und Gelassenheit allen sozialen Sprechsituationen entgegenzutreten.

6.4 Schüchternheit

Eine andere Sonderform der sozialen Ängstlichkeit ist Schüchternheit, die man an einer Beeinträchtigung des Sozialverhaltens erkennt (Zimbardo, 1977, S. 22).

Einflußfaktoren der Schüchternheit

- Schüchternheit macht es schwierig, neue Kontakte zu knüpfen und soziale Erfahrungen zu genießen.

- Sie hindert daran, eine Überzeugung auszusprechen und die eigenen Interessen durchzusetzen.
- Sie macht uns nur begrenzt aufnahmefähig gegenüber dem Lob von Anderen.
- Sie begünstigt Selbstaufmerksamkeit und ständige Voreingenommenheit mit der eigenen Person.
- Sie beeinträchtigt die Kommunikation und führt zu Desorganisation des Verhaltens.
- Sie kann von Ängstlichkeit, Depression und Einsamkeit begleitet werden.

Der Schüchterne meidet Blickkontakt, hält Abstand und setzt sich in eine Ecke, um außerhalb der „Schußlinie“ zu sein und schnell entweichen zu können. Er spricht wenig und leise und macht lange Pausen. Dabei bleibt er ernst, zurückhaltend, und reduziert seine Körperbewegungen.

Unterscheidung: Schüchternheit/Höflichkeit

Schüchternheit	Höflichkeit
• keine gezielten, sozialen Verhaltensweisen	• gezielte soziale Verhaltensweisen
• keine Selbstbehauptung	• höfliche Selbstbehauptung
• soziale Angst	• ruhig und gelassen
• besorgt über soziale Kompetenz	• soziale Kompetenz vorhanden
• Selbstzweifel	• keine Selbstzweifel

Schüchternheit ist mit Selbstaufmerksamkeit verknüpft. *Zimbardo (1977, S. 44)* berichtet, daß 85 % aller Schüchternen intensiv mit sich selbst gedanklich beschäftigt sind. Schüchterne Personen tendieren also dazu, über eine Disposition zur öffentlichen Selbstaufmerksamkeit zu verfügen, ebenso scheinen schüchterne Personen im Durchschnitt über ein geringeres Selbstwertgefühl zu verfügen.

6.5 Gemeinsamkeit und Verschiedenheit sozialer Ängste

Verlegenheit, Scham, Publikumsangst und Schüchternheit stellen vier Ausdrucksformen von sozialer Angst dar. Sie haben gemeinsam, daß in Anwesenheit anderer Personen ein Gefühl des Unbehagens und der Selbstwertbeeinträchtigung vorherrscht. Gleichzeitig tritt ein Zustand öffentlicher Selbstaufmerksamkeit ein. Grundsätzlich geht es um die Frage, wie man sein Denken, Fühlen und Handeln in sozialen Situationen reguliert. Es geht hier also um sozialen Streß! Ist jemand oft verlegen, schüchtern und ängstlich, so bringt er zu wenig Kompetenzerwartung in die Situation ein, d.h., die dispositionale geringe subjektive Kompetenz beeinflußt die Art und Weise seiner Situationseinschätzung schon auf der ersten Be-

wertungsebene. Ein wesentlicher Faktor ist die öffentliche Selbstaufmerksamkeit. Sofern man sich nicht als soziales Objekt wahrnimmt, kommt es gar nicht zu der Streißphase. Die subjektive Überzeugung, in sozialer Hinsicht nicht kompetent zu sein, ist die entscheidende Ursache für das Auftreten sozialer Angst. Die Person entwickelt blitzartig ein Situationsmodell und stellt diesem ein Selbstmodell entgegen. Das Situationsmodell stellt die Bewertung der augenblicklichen sozialen Umwelt im Hinblick auf deren Struktur sowie deren Herausforderung, Schädigung oder Bedrohung dar. Das Selbstmodell stellt die Bewertung der eigenen Person als ein sozial mehr oder weniger kompetentes Wesen dar. Aufgrund dieser beiden Modellbildungen wird der Prozeß der Bewältigung in Gang gesetzt.

Erscheinungsformen und Ursachen von vier sozialen Ängsten (*Buss, 1980, Seite 211*)

	Publikumsangst	Schüchternheit	Verlegenheit	Scham
Erscheinungsform				
Bedecken des Gesichts	Ja	Ja	Nein	Nein
Vorherrschen des Parasympathikus	Ja	Ja	Nein	Nein
Vorherrschen des Sympathikus	Nein	Nein	Ja	ja
Selbstanschuldigung	Ja	Ja	Nein	Manchmal
Persönlichkeitsmerkmal	Nein	Nein	Ja	Ja
Ursachen				
Hervorgehobenheit	Manchmal	Nein	Ja	Ja
Neuartigkeit	Nein	Nein	Ja	Ja
Enthüllung der Privatheit	Ja	Ja	Nein	Nein
Bewertungsangst	Nein	Nein	Ja	Manchmal

6.6 Überwindung sozialer Ängstlichkeit

Soziale Ängstlichkeit ist eine erworbene Emotion. Verhaltensweisen, die wir gelernt haben, lassen sich grundsätzlich mit Hilfe von Lernprozessen verändern. Ein Weg wäre, die Wahrnehmung von Belastungen zu beeinflussen. Der wirksamste therapeutische Weg zur Überwindung sozialer Ängstlichkeit führt über die kognitive Verhaltensmodifikation. Der sozial Ängstliche muß lernen, wie er seine Umwelt regulieren kann. Umweltregulation erfordert die Wahrnehmung eines handlungswirksamen Selbst. Das heißt, subjektive Kompetenzerwartung und erfolgreiche Regulationsprozesse gehen Hand in Hand. Adaptives Handeln gegenüber der sozialen Umwelt führt nur dann überdauernd zu einer Veränderung der Persönlichkeit, wenn die Erfolge der eigenen Person zugeschrieben werden und allmählich ein günstiges situationsspezifisches Selbstkonzept aufgebaut wird. Daher wird an den Ängstlichen appelliert, er möge an sich glauben und nur solche Gedanken akzeptieren, die ihm für den Aufbau von mehr Selbstvertrauen nützlich sind (*Zimbardo, 1977*). Entspannungstraining ist eine andere Maßnahme, soziale Ängstlichkeit zu überwinden, denn wer entspannt ist, kann nicht ängstlich sein.

Überwindung sozialer Ängstlichkeit nach Zimbardo

- Stärkung des Selbstvertrauens
 - Entspannung
 - Selbstbehauptendes Handeln
-

Der sozial Ängstliche sollte üben, ein Kompliment auszusprechen, andere zu ermutigen, um Hilfe zu bitten, Anleitungen zu geben, Gefühle mitzuteilen, Beschwerden vorzutragen, andere von etwas zu überzeugen und seinem Ärger auf kontrollierte Weise Luft zu machen.

7 Hilflosigkeit und Kontrollüberzeugung in Schwarzer, R.: Streß, Angst und Handlungsregulation. p. 141-157

7.1 Informationskontrolle

Die Dinge des Lebens, die uns täglich begegnen, treten oft unerwartet auf. Wir sind überrascht, enttäuscht, erschrocken oder verletzt. Eine freudige oder traurige Nachricht, die und der Briefträger oder das Telefon übermittelt, oder eine plötzliche Änderung des Gesundheitszustandes oder des Wetters laufen dem zuwider, was man sich eigentlich vorgenommen hat. Der normale Mensch empfindet jedoch erst dann Bedrohung, wenn sich eine konkrete Gefahr ankündigt. Die Abwesenheit von *Warnsignalen* gestattet es uns, die Aufmerksamkeit auf andere Dinge zu lenken. Solange wir über die subjektive Gewißheit verfügen, daß bedrohliche Ereignisse vorher angekündigt werden, können wir einigermaßen angstfrei leben.

Theoretisch geht es hier um die *Sicherheitssignal-Hypothese* (Seligman, 1979). Weiß das Individuum, daß potentiell schwerwiegende Ereignisse durch ein Signal vorhersagbar gemacht werden, so tritt Furcht immer erst dann auf, nachdem das Signal wahrgenommen wurde. Das Ausbleiben des Warnsignals bedeutet subjektiv das Vorhandensein eines ungefährlichen Zustandes. Gäbe es kein Signal, wäre die Sicherheit permanent gefährdet. Im Zustand der Ungewißheit über das mögliche Eintreten irgendwelcher Ereignisse ist Bedrohung in Verbindung mit einem chronischen Angstzustand gegeben. In dieser Theorie wird also zwischen Angst und Furcht unterschieden. Furcht ist hier eine emotionale Reaktion in Erwartung eines ganz bestimmten schädigenden Reizes. Angst wird dagegen als ein emotionaler Dauerzustand angesehen, der durch Ungewißheit über das Eintreten solcher Reize charakterisiert ist. Der Mensch verfügt über ein primäres Bedürfnis nach Sicherheit. Er braucht eine Vielzahl von Sicherheitssignalen, deren Ausbleiben ihm ein Leben mit einem Minimum an Angst ermöglichen könnte. Der Grad der Gewißheit über das Eintreten eines schädigenden Reizes wird damit zum Unterscheidungskriterium zwischen Angst und Furcht. Ist die Wahrscheinlichkeit des Ereignisses ohne Signal ebenso groß wie die Wahrscheinlichkeit des Ereignisses mit Signal, so ist die völlige Unvorhersagbarkeit des Ereignisses eingetreten. Unvorhersagbarkeit ist also dadurch definiert, daß die Eintretenswahrscheinlichkeit des unbedingten Reizes in Anwesenheit des bedingten Reizes genauso hoch ist wie die Eintretenswahrscheinlichkeit des unbedingten Reizes in Abwesenheit des bedingten Reizes. Das Auftreten unangenehmer Emotionen würde also durch Schaffung eines Signals reguliert, aber nicht beseitigt werden. Der Grad der Vorhersagbarkeit entscheidet darüber, inwieweit jemand ängstlich und inwieweit jemand furchtsam ist. Inkonsistenz im Verhalten macht die Interaktionspartner unberechenbar und kann daher zu psychosozialen Beeinträchtigungen führen. Das kennt man z.B. bei Kindern, die von ihren Eltern für die selbe Handlungsweise einmal belohnt und einmal bestraft werden. Offenbar lassen sich die Zeiträume , in

denen Besorgtheit und Aufgeregtheit erlebt werden, dann besser regulieren, wenn für die Reihe streßrelevanter Ereignisse die Vorhersagbarkeit gegeben ist. Es genügt nicht zu wissen, daß ein Ereignis und wann das Ereignis eintritt. Man muß auch glauben, es beeinflussen zu können. Unsere emotionalen Reaktionen in der Phase zwischen dem Warnsignal und dem kritischen Ereignis sind weitgehend durch kognitive Prozesse, mit denen wir die Anforderungssituation und die uns zur Verfügung stehenden Gegenkräfte einschätzen. In dieser Phase findet eine erste streßrelevante Auseinandersetzung statt, eine gedanklich vorweggenommene Person-Umwelt-Transaktion. Die Bedrohlichkeit einzelner situativer Elemente wird eingeschätzt im Hinblick, inwieweit sie bewältigbar sind. Das Selbstkonzept wird daraufhin überprüft, ob Kompetenzen vorhanden sind, mit denen die Situation kontrolliert werden kann.

7.2 Kontingenzerleben und Kompetenzerwartung

Während das lerntheoretische Prinzip, welches der Vorhersagbarkeit zugrunde liegt, als klassische Konditionierung bezeichnet wird, handelt es sich bei der Kontrollierbarkeit um instrumentelle Konditionierung. Folgt auf die Handlung einer Person ein bekräftigendes Ereignis, so wird die Handlung durch dieses Ereignis kontrolliert. Verhalten wird belohnt oder bestraft, und der Organismus tendiert zu einer wiederholten Ausführung solcher Verhaltensweisen, die belohnt werden. Hilflosigkeit gilt danach als ein durch Lernprozesse erworbener überdauernder Zustand. Sie entsteht, wenn das Individuum keinen Zusammenhang zwischen eigenem Handeln und den Konsequenzen der Umwelt wahrnimmt. Unkontrollierbarkeit ist demnach die entscheidende Bestimmungsgröße für motivationale, kognitive und emotionale Beeinträchtigungen. Objektive Unkontrollierbarkeit liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Ereignisses unabhängig von Verhalten der Person ist. Subjektive Unkontrollierbarkeit liegt dann vor, wenn die Person glaubt, das dies so ist. Verfügt das Individuum über keinerlei willentliche Reaktionen, um die erwünschte Konsequenz herbeizuführen, so ist die Konsequenz unkontrollierbar. *Seligman (1979)* definiert Hilflosigkeit wie folgt: „*Ein Individuum oder ein Tier sind hilflos gegenüber einer Konsequenz, wenn diese unabhängig von allen ihren willentlichen Reaktionen eintritt.*“ Gelernte Hilflosigkeit ist ein motivationaler, kognitiver und emotionaler Zustand, der auf der wiederholten Erfahrung der Unkontrollierbarkeit beruht. Die Person macht die Erfahrung, daß bestimmte Ereignisse nicht mit bestimmten Handlungen kontingent sind. Diese Erfahrung kann übrigens auch auf der Beobachtung von anderen Personen beruhen, die vergeblich eine willentliche Reaktion ausführen, um damit eine Konsequenz zu erzielen. Der Ablauf der Hilflosigkeitsentstehung nimmt also folgende Gestalt an: (a) objektive Nichtkontingenz, (b) subjektive Wahrnehmung dieser Nichtkontingenz, (c) Erwartung zukünftiger Nichtkontingenz, (d) Symptome der Hilflosigkeit. Statt Nichtkontingenz läßt sich auch Unkontrollierbarkeit einsetzen.

7.3 Attribution, Hilflosigkeit und Depression

Zwischen der Wahrnehmung von Nichtkontingenzen und der Erwartung zukünftiger Nichtkontingenz erfolgt nun eine Ursachenzuschreibung nach drei Gesichtspunkten:

- (a) internal gegenüber external
- (b) stabil gegenüber variabel
- (c) global gegenüber spezifisch

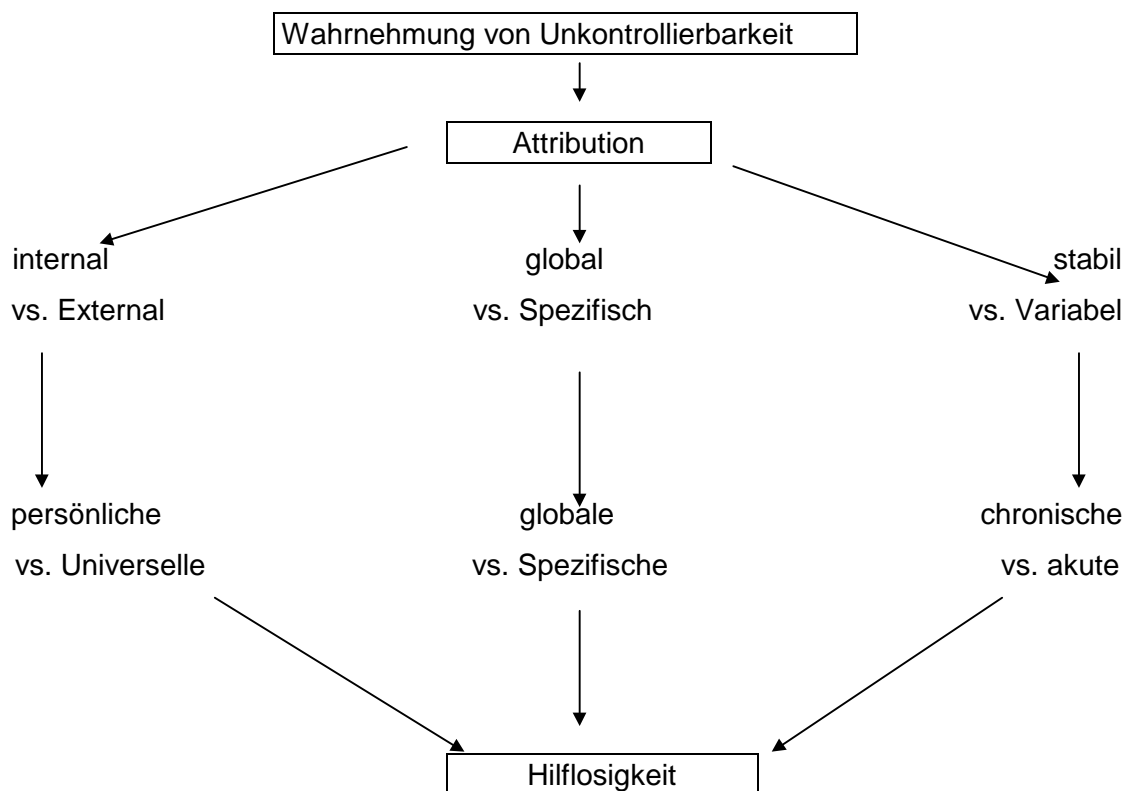
Macht jemand sich für die Nichtkontingenz verantwortlich, so bedeutet dies eine interne Attribution. Erst eine solch Zuschreibung verleiht dem Begriff der Unkontrollierbarkeit die richtige Bedeutung. Sieht die Person sich selbst als Ursache, dann erlebt sie einen persönlichen Kontrollverlust. Sie hat keine Handlung zur Verfügung, die zu der Beeinflussung der Ereignisse führen. Die aufgrund solcher kognitiver Zwischenprozesse entstehende Hilflosigkeit wird von den Autoren als persönliche Hilflosigkeit bezeichnet. Im Gegensatz dazu steht die universelle Hilflosigkeit, welche auf externe Attribution von Nichtkontingenz beruht. Stellt das Individuum beim sozialen Vergleich fest, daß alle anderen Personen einer bestimmten Bezugsgruppe ebenfalls keine Kontrolle über das infrage stehende Ereignis ausüben, so sind nichtpersonale Bedingungen für diesen Sachverhalt verantwortlich zu machen. Probleme, die von fast allen Personen bewältigt werden, sind leicht unter Kontrolle zu bringen. Kann niemand das Problem lösen, dann ist es unkontrollierbar. Es besteht universelle Hilflosigkeit.

Internale gegenüber externaler Attribution von Nichtkontingenz führt nach der neuformulierten Theorie also zu persönlicher gegenüber universeller Hilflosigkeit. Der Zustand ist im ersten Fall durch einen erheblichen Selbstwertverlust charakterisiert, während dies beim zweiten Fall nicht gegeben ist. Das Selbstwertgefühl ist kaum getroffen, wenn im sozialen Vergleich keine negative Bewertung der eigenen Person erfolgt. Neben der Dimension der Internalität nennen *Abramson et al. (1978)* die Stabilität als eine weitere Dimension. Wird Nichtkontingenz wahrgenommen und dafür eine Ursache gesucht, so kann diese mehr oder weniger zeitstabil sein. Sie kann relativ überdauernd sein (z.B. Mangel an Intelligenz oder Geschicklichkeit), oder sie kann variabel sein (z.B. augenblickliche Ermüdung oder Stimmungsschwankungen). Internale Ursachen müssen also nicht immer gravierend sein und eine Festschreibung des Defizits beinhalten. Entsprechend stark oder schwach sind dann die nachfolgenden Hilflosigkeitsdefizite. Erlebt jemand den Kontrollverlust als variabel, d.h. kurzfristig, und lediglich bedingt durch ein Stimmungstief, so ist die Hilflosigkeit nur akut und geht schnell vorüber. Wird jedoch eine zeitstabile Ursache angenommen, tritt chronische Hilflosigkeit ein. Die dritte attributive Dimension bezieht sich auf die Situationsbreite, für die

der Kontrollverlust verallgemeinert wird. Globale Ursachen sind z.B. ein grundlegender Mangel an Intelligenz oder an sozialer Kompetenz. Spezifische Ursachen sind z.B. mangelnde Lernvoraussetzungen in der Rechtschreibung oder ein Hörfehler.

Ein Aspekt, der oft zu kurz gekommen ist, stellt die Wichtigkeit einer Handlungs-Ereignis-Beziehung dar (Heckhausen, 1989). Ist die Erreichung eines Zielzustandes ohne jegliche subjektive Bedeutsamkeit, so wird eine eventuelle Unkontrollierbarkeit entweder gar nicht bemerkt, oder sie bleibt emotional konsequenzlos. Ist dagegen eine Situation selbstwertrelevant und wird dann Kontrollverlust erlebt, ergeben sich starke subjektive Beeinträchtigungen. Dies ist im Einklang mit dem Streßkonzept von Lazarus (1991): nur solche Ereignisse, die streßrelevant sind, können als bedrohlich, schädigend oder herausfordernd eingeschätzt werden. Nichtrelevante Ereignisse dagegen ziehen an uns vorbei, ohne den kognitiven Apparat zu beschäftigen.

Entstehung von Hilflosigkeit



Die Wichtigkeit von Handlungsereignissen ergibt sich aus der Bedeutung, die jemand einer Handlung, ihrem Ereignis und den Folgen beimißt.

7.4 Anwendung auf Leistungsschwierigkeiten

Mißerfolg in der Schule wird sehr unterschiedlich verarbeitet. Manche Schüler werden dadurch veranlaßt, sich mehr anzustrengen, andere dagegen verlieren den Mut. Die Art und Weise, wie ein Schüler einen Mißerfolg verarbeitet, hängt demnach von der subjektiven Einschätzung eines solchen kritischen Ereignisses ab. Ein Schüler kann die Nichterfüllung von Leistungsanforderungen als bedrohlich einschätzen. Dann erwarten wir, daß er weitere Bewältigungsversuche unternimmt und dabei ängstlich erregt ist. Er kann das versagen als einen Verlust einschätzen, indem er glaubt, die Kontrolle über einen Aufgabentyp endgültig verloren zu haben. Dann erwarten wir, daß er weitere Versuche unterläßt und dabei depressiv verstimmt ist. Er kann ein scheitern auch als Herausforderung interpretieren, deswegen seine Bemühungen verstärkt und dabei eine Mobilisierung seiner Reserven verspüren.

Verbalisierung bestimmter Kognitionen bei Mißerfolg (nach Diener & Dweck, 1978, S. 459)

Art der Verbalisierung	hilflose Gruppe	Erfolgszuversichtliche
ineffektive Lösungen	14	2
Attribution auf mangelnde Fähigkeiten	11	0
Lösungsirrelevante Aussagen	22	0
Negativer Affekt	20	1
Positiver Affekt	2	10
Selbstbeobachtung	0	25
Selbstanweisung	0	12

Die hilflosen Schüler nahmen demnach eine Einschätzung der Situation als bedrohlich und verlustreich vor, während die anderen eine Einschätzung der Situation als herausfordernd vornahmen. Die Erfolgszuversichtlichen hielten sich gar nicht erst mit Ursachenzuschreibung auf. Sie erkannten zwar, daß sie Mißerfolg hatten, nahmen diesen aber zum Anlaß, ihre weiteren Handlungen aufmerksam zu verfolgen und sich verbale Hilfen zu geben, indem sie sich ihre Lösungsschritte vorsprachen. Sie sahen die Aufgabe als ihr Problem an. Die Aufmerksamkeit der Hilflosen dagegen war auf ihren persönlichen Mißerfolg gerichtet. Das Problem lag in ihrer Person. Sie schrieben sich die Verantwortung für das Versagen zu und verhinderten dadurch die Realisierung einer adaptiven Bewältigungsstrategie.

8 Emotion in Schwarzer, R.: Streß, Angst und Hilflosigkeit. 1981

8.1 Einführung

Angst ist ein unangenehmer Gefühlszustand, der als Folge, Begleiterscheinung oder Voraussetzung von Handlungen oder Ereignissen auftreten kann. Unsere Betrachtung der Bedeutung von Angst im Rahmen subjektiver Belastungs- und Regulationsprozesse soll zunächst mit einem allgemeinen Überblick über die verschiedenen Emotionen und dahinführende theoretische Zugänge eingeleitet werden. Die Auslösung der Gefühle erfolgt normalerweise durch kognitive Prozesse, z.B. wird aufgrund der Wahrnehmung einer Gefahr Angst ausgelöst. Es ist aber auch möglich, daß eine allgemeine Erregung bereits vorhanden ist, die durch nachfolgende Umweltreize ihre emotionale Färbung erhält und dann vom Individuum als ein bestimmtes Gefühl identifiziert wird. Physiologisch gibt es kein für alle Emotionen gleiches Muster, vielmehr dominiert entweder eine Aktivierung des Sympathikus (Ärger, Freude, Angst) oder des Parasympathikus (Traurigkeit, Verlegenheit, Scham). Das Erleben der Emotion kann mit unterschiedlicher Dauer, Intensität und Qualität erfolgen. Kurzfristige Emotionen, die nur wenige Sekunden oder Minuten dauern, werden gelegentlich auch *Affekte* genannt (zum Beispiel Wutausbruch, freudige Überraschung). Länger dauernde Emotionen, die stundenlang anhalten können, werden manchmal *Stimmungen* genannt (zum Beispiel Traurigkeit). Stimmungslabile Menschen sind an manchen Tagen freudig erregt und an anderen Tagen depressiv verstimmt, ohne daß Anlässe immer erkennbar sind.

8.2 Der Ansatz von Schachter

Die kognitiv-physiologische Emotionstheorie von *Schachter (1978)* geht von der Annahme aus, daß Emotionen sowohl von Kognitionen als auch von körperlichen Erregungen abhängig sind. Das Zusammenwirken beider Faktoren macht den Gefühlszustand aus. Versetzt man Personen durch Eingabe von Medikamenten in einen Erregungszustand, dann reicht dies noch nicht aus, um emotional wirksam werden zu können. Die Personen haben ein Bedürfnis nach Bewertung der bei ihnen ablaufenden Vorgänge. Sie wollen ihre Körperwahrnehmung interpretieren und suchen zu diesem Zweck Hinweise aus der Situation, die eine Erklärung für die Erregung liefern. Diese Hinweise bestimmen dann den Charakter der Emotion, also ob die Erregung zum Beispiel als Ärger, Angst, Freude oder Überraschung gedeutet wird. Die Erregung stellt somit den unspezifischen Faktor dar, während die Kognition den spezifischen Faktor ausmacht. In einem Experiment von *Schachter und Singer (1962)* wurde den Versuchspersonen unter einem Vorwand Adrenalin verabreicht, so daß sie in einen körperlichen Erregungszustand gerieten. Diejenigen Versuchspersonen, die keine Erklärung für ihre Erregung erhalten hatten, benutzten Hinweise aus der jeweiligen Situation, um ihren Zustand zu interpretieren. Personen, die mit einer verärgerten Person zusammentrafen, reagierten nämlich ärgerlich, während solche, die mit einer gutgelaunten Person zu-

sammentrafen, eher mit Freude reagierten. Es wird angenommen, daß die Versuchspersonen ihre Gefühle durch Vergleich mit der jeweiligen Kontaktperson bewertet haben und dadurch eine Etikettierung ihrer Erregung vornehmen konnten. Das wahrgenommene Verhaltensangebot lieferte nachträglich den kognitiven Faktor für die Aktualisierung einer Emotion.

Grundlegend für die Theorie sind folgende Annahmen:

- Hat die Person keine Erklärung für ihren Erregungszustand, dann verwertet sie Informationen aus der jeweiligen Situation, womit sie ihren Zustand etikettiert. Verschiedene situative Umstände erlauben also in diesem Fall verschiedene Emotionen bei ein und demselben Erregungszustand.
- Hat die Person bereits eine Erklärung für ihren Erregungszustand, so ist eine weitere Informationssuche nicht mehr erforderlich.
- Hat die Person Kognitionen, die erfahrungsgemäß zu Emotionen führen, so tritt der erwartete Gefühlszustand erst dann auf, wenn auch die körperliche Erregung vorhanden ist.

Die ersten beiden Annahmen beziehen sich auf die zeitliche Reihenfolge von Kognition und Erregung. Hier muß wohl zwischen dem Laborexperiment und der natürlichen Lebenssituation unterschieden werden. Im Experiment kann man für eine Erregung sorgen, ohne daß den Versuchsperson dafür eine Erklärungen bereitstehen. Im Alltag wird das wohl die Ausnahme sein. Der Mensch kogniziert in der Regel zuerst seine Umwelt und wird dann je nach dem Grad der subjektiv wahrgenommenen Bedrohung ängstlich reagieren, wie es auch bei der Streßkonzeption von *Lazarus* der Fall ist. Die dritte Annahme von *Schachter* behauptet, daß ohne körperliche Erregung keine Emotionen entstehen können. Dieser Auffassung wird heute von mehreren Seiten widersprochen, indem behauptet wird, Kognition sei allein schon hinreichend für die Entstehung von Emotionen.

8.3 Der Ansatz von Zajonc

Während heute allgemein angenommen wird, daß in einer Reizsituation zuerst komplizierte kognitive Prozesse ablaufen, die eine Grundlage für die affektiven Reaktionen liefern, glaubt Zajonc, daß es eher umgekehrt ist. Affektive Urteile entstehen unabhängig von Kognitionen, sie sind schneller verfügbar und werden mit größerer Sicherheit abgegeben. Zajonc unterscheidet zwischen „heißen“ und „kalten“ Kognitionen, indem er den Gefühlsanteil zum Unterscheidungskriterium macht. „Ich liebe Katzen“ wäre z.B. eine „heiße“ Kognition oder ein *affektives* Urteil, „Katzen sind Säugetiere“ wäre dagegen eine „kalte“ Kognition, oder ein *kognitives* Urteil. Emotionale Einstellungen fließen somit im Wahrnehmungsprozeß mit und erlauben an verschiedenen Stellen den Einstieg von Kognitionen. Das Umgekehrte gilt nicht.

Affekte sind grundlegend unausweichbar und enthalten einen unmittelbaren Selbst-Bezug. Affektive Urteile sind immer auch Urteile über das Selbst, indem man das zu beurteilende Ereignis im Hinblick auf seine Bedeutung für die eigene Person wahrnimmt und dabei eine mehr positive oder mehr negative Tönung erlebt. Dies konnte auch im Alltag beobachtet werden: Jemand mag ein Auto, ohne die technischen Daten zu kennen. Erst die „heiße“ Kognition veranlaßt das Individuum dazu, mehr „kalte“ Kognitionen in eine bestimmte Richtung vorzunehmen, sich eine Autozeitung mit dem Fahrbericht zu kaufen, bis schließlich die Kaufentscheidung in Übereinstimmung mit dem allerersten affektiven Urteil erfolgt. Untersucht man die handlungsleitende Funktion von kognitiven Prozessen, so müßte man vor allem die Affektgeladenheit der ersten Wahrnehmung des Objektes studieren. Der Ansatz von Zajonc führt daher zu einer Betonung der Steuerfunktion des ersten Eindrucks (*primacy effect*).

Die Trennung von Affekt und Kognition läßt sich auch damit begründen, daß beide unterschiedlich schnell und intensiv verlaufen. Affekte spielen sich ohne jeden Anstrengungsaufwand ab, sind ganzheitlich, unausweichbar, schwer zu verbalisieren, aber leicht zu verstehen und an andere weiter zu vermitteln. Im Modell der affektiven und kognitiven Reaktion des Autors stehen zu Beginn die sensorischen Prozesse, mit denen die Reizaufnahme erfolgt, anschließend wird der Reiz affektiv beurteilt (gut-schlecht), dann findet die Wiedererkennung statt (alt-neu) und erst auf der dritten Stufe wird eine nähere gedankliche Verarbeitung des Gegenstandes hinsichtlich seiner Form vorgenommen (rund-oval). Allgemein läßt sich sagen, daß im Gegensatz zu den herrschenden kognitiven Theorien die Verarbeitungsvorgänge hier erst im Anschluß an die emotionale Einschätzung stattfindet. Nun wäre es voreilig, wollte man die Auffassung von Zajonc, so weit interpretieren, als wären die Kognitionen zeitlich und ursächlich von den Emotionen abhängig. Er befaßt sich ja nicht mit dem üblichen Emotionen wie Angst, Ärger, Freude usw. sondern lediglich mit dem Affektgehalt der ersten Informationsverarbeitungsprozesse im Verlauf einer Reizwahrnehmungs- und Reizbeurteilungssequenz. Grundlegende und einfache Affekte, die sich auf der Dimension „gut-schlecht“ abbilden lassen, treten danach vorzeitig und unabhängig von der Wiedererkennung eines Reizes auf und liefern eine weitere Grundlage für kognitive Prozesse neben der objektiven Reizumwelt. Möglicherweise stellen „heiße“ Kognitionen eine zusätzliche Informationsquelle dar, die dem Individuum in jeder Situation rasch zur Verfügung gestellt wird und auf der nächsten Stufe der Informationsverarbeitung zurückgegriffen wird. Das Auftreten von differenzierten Emotionen dagegen bedarf einer kognitiven Vorgeschichte im Geschehensverlauf. „Kalte“ Kognitionen, wie z.B. Kausalattributionen können als Vorläufer und Determinanten von spezifischen Emotionen dienen.

8.4 Der Ansatz von Averill

Die Definition von *Averill (1980)* lautet: Eine Emotion ist eine transitorische soziale Rolle (ein sozial konstruiertes Syndrom), die die Situationsbewertung eines Individuums einschließt, und eher als Passion denn als Aktion interpretiert wird.

Emotionen enthalten eine überindividuelle Bedeutung, die durch gesellschaftliche Definitionsprozesse hergestellt und im Laufe der Sozialisation individuell erworben wird. Die Bedeutung der Emotion hängt vielmehr von sozialen Konventionen ab. Doch enthalten Emotionen durchaus auch biologische, psychologische und soziokulturelle Bestimmungstücke, die für sich genommen zwar notwendig, aber nicht hinreichend sind. Eine Emotion ist somit ein sozialkonstruiertes Syndrom. Die Situationseinschätzung wird von *Averill (1980)* als ein Aspekt des Emotionssyndroms gesehen, nicht als kognitiver Vorgang, der der Entstehung einer Emotion vorausläuft. Das Objekt einer Emotion stellt einen komplexen situativen Zustand dar. Man ist nicht einfach ärgerlich oder ängstlich, sondern ärgerlich über jemanden und ängstlich vor jemandem. Die subjektive Einschätzung des Objektes kann Elemente von Liebe, Ärger und Furcht gleichzeitig oder nacheinander hervorrufen.

Das urteilende Subjekt tritt in eine Beziehung zu der Situation bzw. ist selbst Bestandteil jeder Situation, die emotional relevant ist. Die kognitive Einschätzung und emotionale Reaktion stellen keine Abfolge von distinkten Ereignissen dar, sondern zwei Aspekte der selben transitorischen sozialen Rolle. Die Bedeutung, die der Situation zugeschrieben wird, beruht gleichermaßen auf sozialer Konvention wie die damit verknüpfte Emotion überhaupt. Emotionen sind nicht Ergebnisse eigenen Handelns, sondern eigenen Erduldens. Sie überwältigen die Person und füllen sie aus. Sie werden als nicht kontrollierbar erlebt. Zugleich sind sie unverfälschte Bestandteile des Selbst, die gerade wegen ihrer mangelnden Kontrollierbarkeit wertvolle Hinweise auf das Wesen der eigenen Person liefern. *Averill* unterscheidet drei Arten oder Paradigmen von Emotionen: *impulsive*, *konfliktive* und *transzendente*.

- *Impulsive Emotionen* sind z.B. Trauer, Vergnügen, Hoffnung, sexuelle Bedürfnisse und Furcht. Sie werden ähnlich wie instinktive Gefühle betrachtet und stellen relativ autonome Tendenzen dar, die zwar aus dem Selbst resultieren, nicht jedoch aus der expliziten Handlung der eigenen Person.
- *Konfliktive Emotionen* sind z.B. Ärger oder romantische Liebe. Eine Handlung wird z.B. blockiert, man kann nicht erreichen was man will, man versucht Hindernisse zu überwin-

den. Irgendwo ist immer ein Konflikt im Handlungsverlauf der Person oder in den gesellschaftlichen Ansprüchen, den es zu lösen gilt.

- Transzendente Emotionen sind z.B. mystische Erfahrungen oder Angst. Sie entstehen, wenn kognitive Strukturen, die das Selbst definieren, zusammenbrechen. Angst ist charakterisiert durch diffuse Gefühle von Hilflosigkeit, Ungewißheit und Scheu. Man ist unfähig, routinemäßig Bewältigungshandlungen in Gang zu setzen, kann der Welt keine Bedeutung beimessen und fühlt sich machtlos und desorganisiert. Das vom Zusammenbruch der kognitiven Struktur bedrohte Individuum weicht auf eine Reihe von Abwehrhandlungen aus, die mit sozialen Rollen übereinstimmen. Religiöse und rituelle Handlungen gelten nach Averill als solche Abwehrmechanismen, die angstmotiviert sind. Diese Verhaltensweisen selbst stellen Elemente des transzendentalen Emotionssyndroms dar.

9 Therapie in Zimbardo Kapitel 14

Die Formen der Behandlung psychischer Störungen sind fast so zahlreich und unterschiedlich wie die Störungen selbst. In diesem Kapitel geben wir einen Überblick über die wichtigsten der derzeit verwendeten Behandlungsmethoden:

Überblick über Behandlungsformen:

- psychodynamische Therapie
 - Verhaltenstherapie
 - kognitive Therapie
 - humanistische Therapie
-

9.1 Therapieformen

Psychologische Behandlungsmethoden, allgemein als Psychotherapie bezeichnet, konzentriert sich auf die Veränderung der unangemessenen Verhaltensweisen, die wir erlernt haben, sowie auf Gedanken, der Wörter, Interpretationen und Rückmeldungen, die unsere Strategien im Leben lenken. (a) der psychodynamische Ansatz, meistens als analytischer Ansatz bezeichnet, sieht das Leiden des neurotischen Erwachsenen als das äußere Symptom innerer ungelöster Traumata und Konflikte aus der Kindheit. Die Psychoanalyse behandelt psychische Störungen durch das Sprechen. Sie ist eine Redekur, bei der der Therapeut dem Betroffenen hilft, Einsichten in die Beziehung zwischen den offenliegenden Symptomen und den ungelösten verborgenen Konflikten zu gewinnen. (b) die Verhaltenstherapie setzt am Verhalten selbst an. Die Störungen die es zu verändern gilt, werden als erlernte Verhaltensmuster betrachtet, nicht als die Spitze des Eisbergs der eigentlichen, zugrundeliegenden Störung. Für Verhaltenstherapeuten besteht die Linderung der Störung in der Veränderung des Problemverhaltens. Dies wird auf vielerlei Weise erreicht, unter anderem durch Verändern der verstärkenden Kontingenzen für erwünschte und für unerwünschte Reaktionen, durch Extrinktion (Löschung) konditionierter Furchtreaktionen und durch Bereitstellung von Modellen für effektives Problemlösen. (c) bei den kognitiven Therapien geht es darum, die Art und Weise, in der Personen über sich nachdenken, zu verändern. Das wird erreicht, indem sie angeleitet werden, die oft verzerrten selbstbezogenen Behauptungen über die Ursachen und deren Änderungsmöglichkeiten eines Problems neu zu strukturieren. (d) die Therapie, die der existentialpsychologisch-humanistischen Tradition entspringen, betonen die Wertvorstellung der Klienten. Sie sind auf Selbstverwirklichung, psychische Weiterentwicklung und die Bildung befriedigender interpersonalen Beziehungen gerichtet und betonen, daß jeder Mensch seinen Weg frei wählen kann. Ihr Schwerpunkt liegt eher auf der Verbesserung der Lebensqualität im Grunde genommen gesunder Menschen als auf der Linderung der Symptome ernsthafter gestörter Menschen. Trotz aller Unterschiede in

der Theorie haben die meisten therapeutischen Interventionen den gleichen Zweck: die Reduzierung des Leidens des Klienten und die Steigerung des Wohlbefindens. Das bedeutet üblicherweise, daß eine Person darin unterstützt wird, effektive Bewältigungsstrategien für den Umgang mit alltäglichen Anforderungen und Stressoren zu entwickeln. Das Ziel besteht darin, an die Stelle psychischer Probleme oder unangemessener Verhaltensweisen eine verbesserte psychische Gesundheit und effektive Bewältigungsstrategien zu setzen. Um Hilfe bei psychischen Problemen oder Störungen zu erhalten, kann man sich an einen Psychologen, einen Psychiater, einen Psychotherapeuten oder einen Psychoanalytiker wenden.

9.2 Psychodynamische Therapien

Psychodynamische Therapien gehen von der Annahme aus, daß die Probleme des Klienten durch die psychische Spannung zwischen seine bewußten Impulsen und den Einschränkungen seiner Lebenssituation verursacht worden ist. Sie sehen das Zentrum der Störung in der gestörten Person. Dabei akzeptieren sie das allgemeine Modell eines Krankheitskerns, der sich in Symptomen manifestiert. Der Schwerpunkt liegt jedoch eher auf andauernden psychischen Prozessen als auf organischen Störungen. Bei der psychoanalytischen Therapie handelt es sich um eine intensive und zeitaufwendige Technik zur Erkundung unbewußter Motivationen und Konflikte bei neurotischen und angstgeplagten Menschen. Das Hauptziel der Psychoanalyse ist, Unbewußtes bewußt zu machen. Weil ein zentrales Anliegen des Therapeuten darin besteht, den Klienten zur Entdeckung von Zusammenhängen zwischen aktuellen und deren vergangenen Ursprüngen zu bringen, wird das Prinzip der psychodynamischen Therapie oft als Heilung oder Einsicht bezeichnet. Psychoanalytiker setzen unterschiedliche Techniken ein, um verdrängte Konflikte bewußt zu machen und dem Klienten bei ihrer Lösung zu helfen, diese umfassen:

- die freie Assoziation
- die Analyse des Widerstandes
- die Traumdeutung
- und die Analyse der Übertragung und der Gegenübertragung

9.2.1 Freie Assoziation

Die freie Assoziation ist die wichtigste Technik der Psychoanalyse zum Eindringen in das Bewußte und zum Hervorbringen verdrängten Materials. Ein Klient, der bequem auf der Couch liegt, läßt seine Vorstellungen frei herumschweifen, wobei er erzählt, welche Gedanken, Wünsche, körperliche Gefühle und innere Bilder auftreten. Der Klient wird bei der freien Assoziation ermutigt, jeden Gedanken oder jedes Gefühl zu äußern, gleichgültig wie privat, schmerzhaft oder scheinbar unbedeutend es ihm vorkommen mag. Die emotionale Erleich-

terung, die durch den Ausdruck bislang verdrängter Gefühle zustande kommt, wird als *Katharsis* bezeichnet.

9.2.2 Traumdeutung

Therapeuten versuchen, diese versteckten Motive durch die Traumdeutung aufzudecken. Das ist eine therapeutische Technik, bei der der Inhalt des Traums einer Person auf die zugrundeliegenden oder verschleierte Motivationen und auf die symbolische Bedeutung signifikanter Lebenserfahrungen und wichtiger Wünsche hin untersucht wird. Dabei unterscheidet man zwei Arten der Traumdeutung: (a) *die manifeste Traumdeutung* ist das, woran wir uns erinnern und was wir nach dem Aufwachen berichten können. (b) *die latente Traumdeutung*, sie beinhaltet die wirklichen Motive, die nach Ausdruck suchen, für und aber so schmerzlich oder unannehmbar sind, daß wir nicht anerkennen können, daß es sie gibt.

9.2.3 Übertragung und Gegenübertragung

Während die intensive psychoanalytische Therapie ihren Verlauf nimmt, entwickelt der Klient normalerweise eine emotionale Reaktion gegenüber dem Therapeuten. Oft wird er mit einer Person gleichgesetzt, die in der Vergangenheit im Mittelpunkt eines emotionalen Konfliktes stand, oft ist das ein Elternteil oder ein Partner. Diese emotionale Reaktion wird als Übertragung bezeichnet. Persönliche Gefühle machen sich auch in den Reaktionen eines Therapeuten gegenüber einem Klienten bemerkbar. Es kann eine Gegenübertragung geben, bei der ein Therapeut veranlaßt wird, einen Klienten zu mögen oder abzulehnen, will der Klient als jemand wahrgenommen werden, der bedeutenden Menschen im Leben des Therapeuten ähnelt.

9.3 Verhaltenstherapien

Bei den Verhaltenstherapien werden die Prinzipien der Konditionierung und der Verstärkung zur Veränderung unerwünschter Verhaltensmuster eingesetzt. Grundlegend für diese Therapierichtung ist die Ablehnung des medizinischen Krankheitsmodells und der Auffassung „psychisch kranke“ Menschen litten an „psychischen“ Störungen. Verhaltenstherapeuten behaupten, abweichendes Verhalten würde auf gleiche Weise erworben wie normales; durch einen Lernprozeß. Die zentrale Aufgabe aller lebenden Organismen besteht darin, zu lernen, wie man sich an die Anforderungen der jeweiligen aktuellen sozialen Umwelt anpaßt. Wenn Organismen nicht lernen, diese Anforderungen effektiv zu bewältigen, so können fehlgepaßte Reaktionen durch eine Therapie überwunden werden, die auf den Prinzipien des Lernens (oder Umlernens) aufgebaut sind. Die Begriffe Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation werden oft synonym benutzt. Beide beziehen sich auf den systematischen Einsatz der Lernprinzipien zur Steigerung der Häufigkeit erwünschter und/oder der Senkung der

Häufigkeit problematischer Verhaltensweisen. Der Bereich abweichenden Verhaltens und persönlicher Probleme, die typischerweise verhaltenstherapeutisch behandelt werden, ist recht ausgedehnt und umfaßt:

- Angstsyndrome
- Zwangssyndrome
- aggressives Handeln
- und delinquentes Verhalten

Heute arbeiten die Verhaltenstherapeuten mit etwas raffinierteren Methoden, die aber noch immer auf den Grundlagen der klassischen und operanten Konditionierung oder auf der Kombination von beiden aufbauen. Starke emotionale Reaktionen, die das Leben einer Person grundlos durcheinanderbringen, sind oft konditionierte Reaktionen, die die Person nicht als gelernt erkennt. Um die Stärke der negativen erlernten Verbindung abzubauen, verwenden Verhaltenstherapeuten die Techniken:

- der systematischen Desensibilisierung
- der Implosion
- und des aversiven Lernens

9.3.1 Systematische Desensibilisierung

Es ist schwierig, wenn nicht sogar unmöglich, gleichzeitig fröhlich und traurig oder entspannt und ängstlich zu sein. Dieser Grundsatz wird bei der Technik der systematischen Desensibilisierung angewendet. Da Angst ein Hauptgrund für fehlangepaßte Vermeidungshandlungen ist, wird der Klient angeleitet, der Entstehung von Ängsten durch Entspannung vorzubeugen. Die Desensibilisierung verläuft in drei Hauptabschnitten. Am Anfang steht die Bestimmung der Reize, die bei dem Patienten die Angst verursacht und deren Anordnung in einer Rangreihe vom schwächsten bis zum stärksten. Dann wird der Klient in einem System der progressiven Muskelentspannung unterwiesen. Schließlich beginnt der wirkliche Prozeß der Desensibilisierung. Der Klient, der sich in einem entspannten Zustand befindet, wird angewiesen sich den schwächsten Angstreiz auf der Liste so lebhaft wie möglich vorzustellen. Falls Angstreaktionen auftreten, hält er inne und konzentriert sich auf die Entspannung. Kann der schwächste Reiz vorgestellt werden, ohne daß der Klient sich unwohl fühlt, so geht er zum nächsten Reiz der Rangreihe über. Es wird sehr darauf geachtet, daß während dieses Prozesses der graduellen Annäherung an den „unvorstellbaren“ Reiz keine Angst erregt wird. Nach einer Reihe von Sitzungen ist es dem Klienten möglich, sich die bedrängenden

Situationen auf der Liste vorzustellen, ohne daß Angst auftritt. Die Desensibilisierung ist die ideale Behandlungsmethode für bestimmte phobische Reaktionen

9.3.2 Implosion

Bei einer anderen Technik, der Implosion, wird ein der Sensibilisierung entgegengesetzter Ansatz benutzt. Anstelle der Erfahrung einer graduellen, schrittweisen Annäherung wird der Klient zu Beginn dem Reiz ausgesetzt, der an der Spitze der Hierarchie steht und am meisten Angst auslöst, jedoch in einer sicheren Umgebung. Die Person muß erleben, daß der Kontakt mit dem Reiz nicht notwendigerweise die erwarteten negativen Wirkungen hat. Eine Möglichkeit, eine irrationale Angst zu löschen, besteht darin, den Klienten zu zwingen, eine starke Angstreaktion zu erleben, ohne daß er eine Verletzung erleidet. Die therapeutische Sitzung wird so eingerichtet, daß der angstausslösende Reiz unter Bedingungen auftritt, die es dem Klienten unmöglich machen, zu entkommen. Tritt am Ende keine Angst mehr auf, so verschwindet auch das fehlangepaßte neurotische Verhalten, das vorher der Angstvermeidung diente. Reizüberflutung hat sich bei der Behandlung mancher Verhaltensstörungen, wie der Agoraphobie, als der systematischen Desensibilisierung überlegen erwiesen.

9.4 Aversionstherapie

Bei der Aversionstherapie werden die Gegenkonditionierungsverfahren des aversiven Lernens eingesetzt. Dabei werden die verlockenden Reize mit stark unangenehmen Reizen verabreicht, etwa mit Elektroschocks oder Übelkeit erregenden Medikamenten. Mit der Zeit und im Laufe der Konditionierung werden dieselben negativen Reaktionen durch die konditionierten anziehenden Reize ausgelöst, und die Person entwickelt diesen Gegenüber eine Abneigung.

9.5 Kontingenzmanagement

Der Ansatz der operanten Konditionierung zur Entwicklung erwünschten Verhaltens ist einfach: Es geht darum, den Verstärker zu finden, der eine gewünschte Reaktion aufrechterhalten wird, diesen Verstärker kontingent mit der Reaktion einzusetzen und seine Wirksamkeit zu bewerten. Diese verhaltenstherapeutische Strategie wird als Kontingenzmanagement bezeichnet. Die wichtigsten Techniken des Kontingenzmanagements sind:

- die positive Verstärkung
- die Löschung
- und die Bestrafung

9.5.1 Strategien der positiven Verstärkung

Wenn eine Belohnung unmittelbar auf eine Reaktion folgt, wird diese Reaktion wahrscheinlich wiederholt werden und mit der Zeit immer häufiger auftreten. Dieses zentrale Prinzip des operanten Lernens wird zur therapeutischen Strategie, wenn es gezielt eingesetzt wird, um die Häufigkeit einer erwünschten Reaktion zu beeinflussen.

9.5.2 Lösungsstrategien

Löschung (*Extrinktion*) ist in der Therapie dann nützlich, wenn neurotische Verhaltensweisen durch nicht erkannte verstärkende Bedingungen aufrechterhalten werden. Diese Verstärker werden durch eine sorgfältige Situationsanalyse aufgefunden gemacht. Dann wird ein Programm aufgestellt, das sie vorenthält, wenn die unerwünschte Reaktion auftritt. Ist die Anwendung dieses Verfahrens möglich, so wird das Verhalten immer seltener, bis es schließlich gelöscht ist.

9.5.3 Bestrafung

Die Bestrafung wird in einer therapeutischen Einrichtung üblicherweise in Reaktion auf selbstschädigendes Verhalten eines Patienten eingesetzt, dann in Kombination mit dem systematischen Aufbau (*shaping*) eines angemessenen Verhaltens. Statt körperliche Gewalt anzuwenden, können Techniken der Bestrafung effektivere Mittel wie das Sperrern oder die Einschränkung von Zugang zu begehrten Aktivitäten enthalten. Es gibt keine Bedingungen, unter welchen öffentliche Demütigung jemals als therapeutisch für einen Menschen, der bestraft wird, zu rechtfertigen ist. Die Regel lautet: Bestrafe das unerwünschte Verhalten, nicht aber die Person, die niemals veranlaßt werden sollte, zu denken, sie selbst sei unerwünscht.

9.6 Generalisierungstechniken

Die Verhaltenstherapeuten beschäftigt besonders die Frage, ob die neuen Verhaltensmuster, die in einer therapeutischen Umgebung entstanden sind, in den alltäglichen Situationen, mit denen die Klienten konfrontiert werden, auch zur Anwendung kommen. Mit Generalisierungstechniken wird versucht, die Ähnlichkeit der betroffenen Verhaltensweisen, Verstärker, Modelle und Reizanforderungen der Therapie und der Bedingungen des wirklichen Lebens zu erhöhen. Es werden beispielsweise Verhaltensweisen trainiert, die sehr wahrscheinlich in der natürlichen Umgebung einer Person belohnt werden, wie etwa höfliches oder aufmerksames Verhalten gegenüber anderen. Belohnungen werden auf der Grundlage eines intermittierenden Verstärkungsplanes verabreicht, so daß ihre Wirkung auch dann aufrecht erhalten bleibt, wenn die Belohnung in der wirklichen Welt nicht immer gleich auf die gute Tat folgt.

9.7 Kognitive Therapien

Bei den kognitiven Therapien wird versucht, problematische Gefühle und Verhaltensweisen dadurch zu beseitigen, daß darauf Einfluß genommen wird, wie der Klient über bedeutende Lebenserfahrungen denkt. Diesem Ansatz liegt die Annahme zugrunde, daß abweichendes Verhalten und emotionales Unbehagen von kognitiven Störungen ausgehen: Gestört ist, was wir denken (kognitiver Inhalt) und wie wir denken (kognitiver Prozeß).

9.7.1 Kognitive Verhaltensmodifikation

Die kognitive Verhaltensmodifikation verbindet das Gewicht, das die kognitive Orientierung auf die Bedeutung der Gedanken und Einstellungen legt, mit der Konzentration des Behaviorismus auf das Verhalten, das durch die Veränderung der verstärkten Kontingenzen modifiziert werden kann. Dreiphasen Prozeß zur Veränderung von Verhaltensmustern nach *Donald Meichenbaum, 1977*:

- Die erste Phase beinhaltet die kognitive Vorbereitung. (Der Therapeut und der Klient finden heraus, wie der Klient über das Problem denkt und wie er seinem Denken über dieses Problem Ausdruck verleiht).
- Die zweite Phase ist der Erwerb von Fähigkeiten und das Einüben (*rehearsal*). Es geht darum, neue konstruktive, selbstbezogene Behauptungen zu lernen, während die alten selbstdestruktiven, angstauslösenden oder selbstherabsetzenden abgebaut werden.
- Die dritte Phase ist schließlich der Anwendung und der Praxis (*practice*) des Gelernten in realen Situationen gewidmet. Dabei wird mit den leichteren Situationen begonnen und Schritt für Schritt zu den schwierigeren weitergegangen.

Der Aufbau von Erwartungen, selbst etwas zu bewirken, steigert die Wahrscheinlichkeit für Verhalten, das etwas bewirkt. Durch setzen erreichbarer Ziele, durch das Entwickeln realistischer Strategien zu ihrer Erreichung und durch die realistische Auswertung der Rückmeldung erwerben Menschen das Gefühl der Selbstwirksamkeit, das Gefühl, ihr Schicksal zu meistern (*Bandura, Adams, Hardy & Howell 1980*).

9.7.2 Die kognitive Therapie der Depression

Bei der kognitiven Therapie wird der Klient veranlaßt, fehlerhafte Denkmuster zu korrigieren, indem er wirksame Techniken der Problemlösung anwendet. Ein Therapeut verwendet die vier Techniken zur Veränderung der kognitiven Grundlage der Depression:

- Die Realität wird geprüft, und die Belege für und wider die automatischen Gedanken des Klienten werden ausgewertet.
- Schuldzuschreibungen werden von der Inkompetenz des Klienten auf situative Faktoren umattribuiert.
- Alternative Problemlösungen werden offen diskutiert
- und Grundannahmen werden explizit gemacht und in Frage gestellt.

9.8 Rational-emotive Therapie

Die rational-emotive Therapie ist ein umfassendes System der Persönlichkeitsveränderung, das auf der Veränderung irrationaler Überzeugungen, die unerwünschte, höchst belastende emotionale Reaktionen wie schwere Angst verursachen, aufgebaut ist. Die rational-emotive Therapie zielt auf die Steigerung des Selbstwertgefühls des Individuums und auf sein Potential zur Selbstverwirklichung, indem versucht wird, das System falscher Überzeugungen, das die persönliche Entwicklung blockiert, abzubauen.

9.9 Existentialistisch-humanistische Therapien

Im Zentrum der humanistischen als auch der existentialistischen Therapien steht die Vorstellung, daß es die ganze Person ist, die sich in einem kontinuierlichen Prozeß der Veränderung und des Werdens befindet. Wenn auch die Umwelt und Vererbung diesem Prozeß des Werdens gewisse Einschränkungen auferlegen, so bleiben wir doch immer frei zu wählen, was wir werden wollen, indem wir unsere eigenen Werte schaffen und uns selbst durch unsere Entscheidung auf diese Werte hin verpflichten. Zusammen mit dieser Freiheit, erhalten wir aber auch die Bürde der Verantwortung. Die Psychotherapien, die die Grundsätze dieser allgemeinen Theorie über die Natur des Menschen anwenden, versuchen, den Klienten zu helfen, ihre eigene Freiheit zu definieren, ihre Erfahrungen und den Reichtum des Augenblicks zu schätzen, ihre Individualität zu pflegen und herauszufinden, auf welche Weise sie sich selbst am besten entfalten können (Selbstverwirklichung).

9.10 Klientenzentrierte Therapie

Das Hauptziel der klientenzentrierten Therapie ist die Förderung des gesunden psychischen Wachstums des Individuums (*Rogers 1951*). Der Ansatz geht von der Annahme aus, daß allen Menschen das grundlegende Streben der menschlichen Natur nach Selbstverwirkli-

chung, nach der Verwirklichung des eigenen Potentials, gemeinsam ist. Nach *Rogers (1959)* verfügt der Organismus über die angeborene Neigung, all seine Fähigkeiten so zu entwickeln, daß sie ihn erhalten oder fördern. Ein Konflikt zwischen dem eigenen positiven Selbstbild und negativen Kritiken von außen führt zu Angst und Unglücklichsein. Die klientenzentrierte Therapie bemüht sich um ein nichtdirektives Vorgehen, bei dem der Therapeut das Streben des Klienten nach Selbsterkenntnis und Selbstverwirklichung lediglich unterstützt, aber nicht lenkt.

9.11 Gruppentherapie (Gründe und Vorteile für eine Gruppentherapie):

- ist weniger teuer für die Teilnehmer
- ermöglicht einen ökonomischen Einsatz der begrenzten personellen Ressourcen des therapeutischen Sektors
- ist für manche Menschen von der Machtverteilung her weniger beängstigend
- gestattet die Nutzung einflußreicher Gruppenprozesse, etwa von Gruppenkonsens
- bietet die Gelegenheit, interpersonelle Fähigkeiten zu beobachten und zu üben

Faktoren die die Wirksamkeit der Gruppentherapie tragen:

- Gefühle der Zugehörigkeit und des Akzeptiertwerdens
- Gelegenheit zur Beobachtung, zur Nachahmung und zur sozialen Verstärkung
- die Erfahrung der Universalität menschlicher Probleme, Schwächen und Stärken
- die Wiederherstellung von Vergleichen mit der primären Gruppe der Familie in der Kindheit, wodurch korrigierende emotionale Erfahrungen möglich gemacht werden

9.12 Therapieerfolg

Aus unbekanntem gründen bessert sich ein Prozentsatz der psychisch gestörten Patienten ohne jegliche professionelle Intervention. Dieser Effekt der *spontanen Remission* ist die Grundrate, mit der die Heilung der Therapien zu vergleichen ist. Die Erfolge von *Placebo-Therapien* müssen gleichfalls von substantieller therapeutischen Effekten unterschieden werden, wenn wir bestimmen wollen, ob die Besserung eines Klienten von spezifischen klinischen Verfahren herrührt oder einfach davon, daß er in Behandlung ist. Einige Psychologen sind der Ansicht, daß der Glaube eines Klienten daran, daß die Therapie ihm Helfen werde und der soziale Einfluß eines Therapeuten Bestimmungsstücke für den Erfolg jeder Therapie seien (*Fish 1973*). Aufgrund solcher Ereignisse geht es in der gegenwärtigen Forschung weniger um die Frage, ob Psychotherapie wirkt, sondern mehr um die Frage, warum sie wirkt und ob jede Behandlungsform auch für jegliches Problem angemessen ist.

9.13 Pro und Kontra von Psychotherapien

Bei der Bewertung der Wirksamkeit eines therapeutischen Ansatzes ist es wichtig, sowohl seine Beschränkungen als auch seine Besonderheiten zu beachten:

- Die psychodynamische Therapie ist typischerweise teuer, dauert eine lange Zeit und ist auf Klienten ausgerichtet, die über ein relativ hohes Niveau an sprachlicher Gewandtheit, Intelligenz und materiellem Wohlstand verfügen und die motiviert sind, beharrlich an der Therapie teilzunehmen.
- Die Kurztherapie von begrenzter Dauer, gewöhnlich 10 bis 20 Sitzungen, wird wegen der praktischen und ökonomischen Vorteile, die sie den Klienten und der Gesellschaft bietet, immer populärer. Neben der Kosten- und Zeitökonomie haben die Verhaltenstherapien den Vorzug, daß ihre Annahmen innerhalb eines experimentellen Paradigmas überprüfbar sind.
- Die kognitiven Ansätze sind eine fruchtbare Ergänzung und Erweiterung der traditionellen Strategien der Verhaltensmodifikation
- Wie die psychodynamische ist die existentialistisch-humanistische Therapie am wirksamsten bei einer ausgelesenen Gruppe verbal gewandter, intelligenter und motivierter Individuen.

10 Streßbewältigung in Schwarzer, R.: Streß, Angst und Handlungsregulation. p. 28-68

Die Art und Weise der Bewältigung (*coping*) von kritischen Lebensereignissen wirft ein Licht auf beide Einschätzungsrichtungen, also auf die Anforderungsstärke und das situationsspezifische Selbstvertrauen. Es gibt zu diesem Punkt allerdings unterschiedliche Auffassungen. Coping wird häufig als Ich-Prozeß beschrieben (*Haan, 1977*), bei dem das Ich mit Hilfe von Abwehrmechanismen den Forderungen der inneren und äußeren Welt begegnet, bis eine hinreichende Anpassung erfolgt ist. Dabei wird das Funktionieren des Ich im Hinblick darauf beurteilt, wie gut es gelingt, einer objektiven Realität gerecht zu werden. *Lazarus & Launier (1978)* unterscheiden dagegen wertneutral vier Arten von Bewältigung: Informationssuche, direkte Handlung, Unterdrückung von Handlungen und intrapsychisches Coping. Sie können sich sowohl auf der Regulation des Problems als auch auf die Regulation der emotionalen Erregung beziehen. Informationssuche kann instrumentelle Funktion haben, indem Voraussetzungen für eine Handlung geschaffen werden, mit der sich das Problem lösen läßt. Informationssuche kann aber auch emotionsgerichtet sein, indem man nur solche Gefühle zusammenträgt, die den augenblicklichen Gefühlszustand verbessern. Direkte Handlungen dienen dazu, die jeweilige Person-Umwelt-Transaktion auf instrumentelle Weise zu verändern, indem man eingreift, arbeitet, entscheidet, Kontakte herstellt usw. Aber auch das Einnehmen von Tabletten oder das systematische Entspannen anstelle von Anstrengung sind direkte Handlungen. Sie dienen der Regulation von Emotionen. Die Unterdrückung von Handlungen ist ein Spezialfall der direkten Handlung. Wenn man etwas tut, unterläßt man gleichzeitig etwas anderes. Instrumentelle Unterdrückung einer Gewohnheit wäre z.B. der Verzicht auf das Rauchen angesichts einer gesundheitlichen Bedrohung. Intrapsychisches Coping ist zum Beispiel dann instrumentell, wenn man Selbstbeobachtungen vornimmt, um sich seiner Kompetenz zu vergewissern. Es ist z.B. dann emotionsregulierend, wenn man sich beruhigt oder wenn man sich auf regelgeleitete Übungssätze aus einem Entspannungstraining konzentriert. Nach der kognitiv-transaktionalen Streßtherorie sind zwei Funktionen zu unterscheiden, nämlich das problembezogene und das emotionale Coping (*Lazarus, 1991*). Beim problembezogenen Coping handelt die Person in einer Weise, die direkt zu einer Beseitigung oder Minderung des Problems führen kann, indem eine instrumentelle Tätigkeit ausgeführt wird (z.B. sich auf eine Prüfung vorbereiten). Damit ist nicht gemeint, daß diese Handlung auch erfolgreich beendet wird. Im Gegensatz dazu bezeichnet emotionales Coping die Versuche, die Emotion zu regulieren, was durch Selbstgespräche, Umin-terpretationen, Beruhigungsmittel erfolgen kann, ohne daß damit unterstellt wird, daß diese Versuche auch wirklich erfolgreich ausgehen und eine gute Streßanpassung bewirken (*vgl. Jerusalem & Schwarzer, 1989*). Die Funktion wird als unabhängig von der Wirkung gesehen.

10.1 Die Messung von Bewältigung

Dies ist eine schwierige Angelegenheit, denn schließlich reagiert man ja nicht wie ein Automat in gleicher Weise auf unterschiedliche Situationen und zu unterschiedlichen Zeiten. Da ist zunächst einmal die Frage nach der Situationsgeneralität: Wie reagiert jemand auf sehr unterschiedliche Herausforderungen, Bedrohungen, Schädigungen oder Verluste. Dann folgt die Frage nach der Stabilität: Verwendet man denselben Satz von Strategien oder Mitteln immer wieder, oder ist man in der Lage, intraindividuell flexibel zu handeln und eine Reihe mehr oder weniger geeigneter Techniken zu erproben oder weiterzuentwickeln? Schließlich ist zu überlegen, ob es nicht auch überdauernde Unterschiede zwischen Menschen gibt, indem die einen bevorzugt so und die anderen lieber so mit Streß fertig werden.

10.2 Arten der Bewältigung

- *Billings und Moos (1984)* liefern drei Arten der Bewältigung, nämlich die bewertungsorientierte (appraisal focused), problemlösungsorientierte und emotionsorientierte Copingstrategie.
- *Stone und Neale (1984)* trugen acht verschiedene Copingsstrategien zusammen, die sich als nützlich erwiesen: Ablenkung, Umdefinition der Situation, direkte Handlung, Katharsis, Akzeptanz der Umstände, Suche nach sozialer Unterstützung, Entspannung, Religiosität.
- *Miller (1987)* hat zwei grundlegende Modi von Coping erfaßt, das „*Monitoring*“ und das „*Blunting*“. Der Begriff Monitoring steht für Aufmerksamkeitstendenz, die darauf gerichtet ist, daß man ständig auf bedrohliche Reize achtet und seine Umwelt nach gefährlichen Informationen absucht. Der Begriff Blunting steht für eine Vermeidungstendenz, bei der es gerade darum geht, solche Reize zu entschärfen oder abzuschwächen, zum Beispiel indem man sich davon ablenkt.

10.3 Konsequenzen von Streß und Streßbewältigung

Zur Bewältigung von Situationen, die als bedrohlich oder schädigend angesehen werden, ist mit emotionalen Reaktionen zu rechnen. So nimmt man an, daß bei Herausforderung eine Art „produktiver Erregung“ oder auch Ärger dominiert, bei Bedrohung vor allem Angst und bei Verlust oder Schädigung in erster Linie eine depressive Verstimmung vorliegt. Mehrere emotionale Stimmungen können gleichzeitig auftreten und ganz spezifische Muster herausbilden. So werden unangenehme Lebensereignisse meist als verlustreich und bedrohlich eingeschätzt, so daß Depression und Angst am häufigsten während oder nach solchen Ereignissen erwartet werden. Festzustellen bleibt, daß weder die Streßkonzeption von *Lazarus (1991)*, noch andere Theorien erlauben, gezielte Vorhersagen des emotionalen Zustandes während und nach kritischen Lebensereignissen zu machen. Auch ist nicht hinreichend ge-

klärt, wie universell eine Emotion ist, d.h. mit welcher Sicherheit das Auftreten einer ganz bestimmten Lebenskrise für die meisten Menschen ist. (vgl. *Hodapp & Schwenkmezger, 1993; Janoff-Bulmann, 1992; Montada, Filipp & Lerner, 1992; Orbuch, 1992*).

10.4 Befindlichkeit nach Viktimisierung

Silver und Wortman (1980) haben über eine Reihe von Untersuchungen berichtet, in denen Menschen nach ihren Gefühlen als Reaktion auf unangenehme und belastende Ereignisse befragt worden sind. Ärger wird demnach selten erlebt. Von 70 Opfern von Vergewaltigungen berichten 10 % über Ärger während des Angriffes und 20 % über Ärger danach. In einer Untersuchung an Personen, die den Tod eines geliebten Menschen zu beklagen hatten, zeigte ein Drittel der Trauernden Feindseligkeit und ein Fünftel Ärger über den Verlorenen. Dies mag damit zusammenhängen, daß die Betroffenen zunächst nicht immer von der Endgültigkeit des Ereignisses überzeugt sind. Während Ärger relativ selten beobachtet wurde, ist Depression angesichts solcher Lebensereignisse stärker verbreitet, wie *Silverman und Wortman (1980)* bei ihrer Literaturrecherche gefunden haben. 87 % der in einer Studie untersuchten Angehörigen berichteten über Traurigkeit und Depression nach einem Todesfall. 46 % dieser Personen waren schon während der Krankheitsphase deprimiert gewesen, während bei 41 % der Personen die Depression erst nach dem eigentlichen Todesfall begann. Lediglich 13% der Angehörigen zeigten überhaupt keine Symptome einer Depression. In einer weiteren Untersuchung an Krebspatienten wurden 74 % von ihnen als depressiv eingestuft, in einer anderen dagegen fast keiner dieser Patienten. Vier Monate nach einer Brustamputation wurden 75 Frauen nach dem Grad ihrer depressiven Verstimmung eingeschätzt: eine war sehr depressiv, 19 zeigten einen mittleren Grad an Depression, 24 nur einen geringen und 31 hatten keine Symptome. Diese Daten lassen erkennen, daß es kein einheitliches Bild von emotionalen Reaktionen nach Tod und Krebserkrankung gibt.

Angst wird im Vergleich zu Depression bei lebensbedrohlichen Krankheiten öfter als die dominierende Emotion angegeben. Fast alle der brustamputierten Frauen schätzten sich als ängstlich ein, die Hälfte als sehr verängstigt. Opfer von Vergewaltigungen hatten keine Depressionen, dafür aber starke Ängste, die thematisch an den kritischen Vorgang gebunden waren. Sie fürchteten sich, allein zu sein oder verfolgt zu werden, und hatten Alpträume und Zwangsvorstellungen. Von Personen, die den Tod eines geliebten Menschen zu beklagen hatten, waren 26 % etwa vier Wochen nach dem Verlust von Angst geplagt, aber nach zwei bis vier Jahren waren es 44 % . Dies entspricht zunächst nicht den Annahmen von *Lazarus (1991)*, denn auf den Verlust sollte Trauer folgen, während Angst ein Ereignis von Bedrohung darstellen sollte. Dies führt zu der Frage, ob die Bewältigungsphase (coping) im Anschluß an ein unangenehmes Lebensereignis einer bestimmten Verlaufsgestalt folgt? *Wortman und Brehm (1975)* postulierten zwei Phasen, die der Mensch durchlebt, wenn ihm die

Kontrolle über seine Umwelt versagt ist: zuerst lehnt er sich auf und bringt vermehrt Kräfte ins Spiel, bis er sich schließlich der Aussichtslosigkeit seines Tuns gewahr wird, aufgibt und in den Zustand der Hilflosigkeit fällt, der mit einer depressiven Verstimmung einhergeht (vgl. *Jerusalem & Schwarzer, 1992*).

Bowlby (1973, 1980) hat ein Stufenmodell postuliert, das die emotionale Reaktion nach Trennung bzw. Verlust beschreiben soll: erst Protest, dann Verzweiflung und schließlich Ablösung. Jedoch haben *Silver und Wortman (1980, S. 304)* keine hinreichende empirische Evidenz für die Gültigkeit eines Stufenmodells der Problembewältigung gefunden. Die erheblichen individuellen Unterschiede zwischen den Personen erlauben keine befriedigenden Vorhersagen darüber, ob und wann eine bestimmte Emotion in einer Lebenskrise auftritt. In einer weiteren Untersuchungsarbeit haben *Bulman und Wortman (1977)* 29 querschnittsge lähmte Unfallopfer befragt, um herauszufinden, welche Ursachenzuschreibung sie gegenüber ihrem Schicksal vornahmen. Etwa zwei Drittel der Opfer gestanden etwas Selbstverantwortlichkeit zu, und etwa ein Drittel meinte sogar, die Ursache sei zumindest zur Hälfte auf die eigene Person zurückzuführen.

In einer Untersuchung an 49 Brandopfern (*Kiecolt-Glaser & Williams, 1987*) waren nur 27 % bereit, mehr als die Hälfte der Ursachen auf sich selbst zurückzuführen. Innerhalb dieser Untergruppe handelte es sich aber überwiegend um eine verhaltensbezogene Selbstzuschreibung. Aufgrund dieser Daten, läßt sich offenbar bis heute nicht eindeutig entscheiden, welche Rolle Attribution von Unfallopfern für deren nachfolgende Bewältigung oder für die Genesung spielen. Eine Antwort könnte der „pessimistische Erklärungsstil“ liefern. *Lin & Peterson, 1990* verstehen unter dem pessimistischen Erklärungsstil, ein überdauerndes Muster, bei dem negative Ereignisse eher als internal, stabil und global aufgefaßt werden. Menschen, die sich für unerfreuliche Vorkommnisse verantwortlich fühlen und die dies fortwährend auf ganzer Linie tun („Ich bin ein Versager“), berichten demnach über mehr Krankheits-symptome und ergreifen weniger präventive und kurative Maßnahmen. Dieser erworbene Attributionsstil gilt als Ursache für mangelndes Vorsorgeverhalten und stärkere Anfälligkeit gegenüber Krankheiten.

Bei Patienten mit chronischen Leiden wird ebenfalls abgenommen, daß ihre Kognitionen die Art ihrer Anpassung an die unheilbare Krankheit zum Ausdruck bringt. *Taylor, Lichtman und Wood (1984)* haben dies bei 87 Brustkrebs-Patienten untersucht, die kurz zuvor wegen ihres Tumors operiert worden waren. Fast alle hatten über die Ursachen ihres Leidens nachgedacht, und 40 % nahmen bis zu einem gewissen Grade auch internale Attributionen vor. Ein anderer Forschungsbereich, der mit Streß und Viktimisierung zu tun hat, liegt in sexuellen Übergriffen (vgl. *Krahe, 1992*). *Janoff-Bulman (1979)* hat ihre Unterscheidung auch auf das Studium von Vergewaltigungsopfern ausgeweitet. Sie erfuhr von 48 Beratern von Vergewaltigungsopfern, daß ihre Klientinnen sich meist einen Teil der Verantwortung für ihr Schicksal

selbst zugeschrieben. Verhaltensbezogene Selbstzuschreibung (69 %) war häufiger anzutreffen als dispositionale Selbstzuschreibung (19 %). Solche Attributionen auf ein Verhalten vermitteln den Opfern ein stärkeres Gefühl von Kontrolle gegenüber zukünftigen Attacken gleicher Art, weil sie ihr Verhalten gezielt ändern können und damit den Wiederholungsfall eher unwahrscheinlich machen können.

10.5 Gesundheitliche Auswirkungen von Streß und Streßbewältigung

Werden wir krank, weil ein kritisches Lebensereignis zugeschlagen hat? Die Tatsache, daß bestimmte Ereignisse als streßreich aufgefaßt werden, darf uns nicht zu der Schlußfolgerung verleiten, sie sei unmittelbar und ursächlich verantwortlich für eine Erkrankung. Es sind zwar Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von kritischen Lebensereignissen und der Inzidenz von Krankheiten ermittelt worden, aber solche Korrelationen erlauben keine Aussage über die Ursache der Erkrankung. Streß bezieht sich auf die kognitive Einschätzung, während Bewältigung oft einen schmerzhaften Vorgang der Auseinandersetzung widerspiegelt. Wenn also eine Lebenskrise in eine Erkrankung mündet, dann ist es der Streßbewältigungsprozess, der näher am pathogenen Geschehen liegt und dafür primär verantwortlich zu machen ist. Wenn es nicht gelingt, ein Problem unter Kontrolle zu bringen, bleibt der Organismus dem Stressor oder der kritischen Situation auf Dauer ausgesetzt und wird geschädigt. Gelingt die Wiederanpassung, dann geschieht dies mit einem hohen Aufwand. Coping, ob erfolgreich oder nicht, ist mit Kosten verbunden, mit Anstrengungen, die den Organismus auf Dauer überfordern oder schwächen können und somit verletzbar machen (vgl. *Ratliff-Crain & Baum, 1990*). Auch eine erfolgreiche Bewältigung kann demnach gesundheitlich bedeutsame Spuren hinterlassen. Streß veranlaßt uns dazu, unsere Emotionen zu bewältigen. Wir können z.B. den Ärger über Alltagssituationen hinunterschlucken, oder wir können ihm statt dessen freien Lauf lassen. Es gibt inzwischen eine Mehrzahl verlässlicher Studien, die nahelegen, daß häufig unterdrückter Ärger ebenso wie häufig geäußertes Ärger zu gesundheitlichen Schäden führen kann (vgl. *Hodapp & Schwenkmezger, 1993; Weber, 1990*). Vieles spricht für die Annahme, daß der feindselige, aggressive Ausdruck von Ärger mit der Entwicklung von Arteriosklerose zusammenhängt, während die Unterdrückung von Ärger häufig bei Krebspatienten beobachtet worden ist und daher mit Immunsuppression in Verbindung gebracht wird. Für die gesundheitliche Prävention erscheint es zweckmäßig, seine Lebensbewältigung so einzurichten, daß weniger Ärger erlebt wird, und bei der Konfrontation mit Ärgerreizen die Emotion gezielt zu regulieren statt sie zu unterdrücken oder auszuleben. Wenn Streß und seine Bewältigung bei manchen Menschen zu Erkrankungen führt, warum dann nur bei diesen und nicht bei anderen Menschen? Es muß offenbar Faktoren geben, die bei einigen den Streß abpuffern oder den Copingprozeß erleichtern oder beschleunigen, die also protektiv wirken. Es kann sich dabei um Persönlichkeitsmerkmale han-

deln oder um soziale Unterstützung. Nach dem Stressorenkonzept lassen sie sich als isolierte Konstrukte auffassen, die als Moderator zwischen Streß und Pathogenese wirken, während man nach der kognitiv-transaktionalen Streßtheorie besser von Ressourcen spricht, die an zwei Stellen des Systems Einfluß nehmen können: bei der Einschätzung von Situationsanforderungen gegenüber den Ressourcen sowie im Copingvorgang, wenn auf sie ständig zurückgegriffen wird. (vgl. Cohen, 1988; Jerusalem, 1990; Schwarzer & Leppin, 1991, 1991b). Zum einen ist hier die Kompetenzerwartung (self-efficacy) zu nennen, also die Erwartung, eine spezifische Bewältigungshandlung auch tatsächlich selbst ausführen zu können (Bandura, 1977, 1992a). Zum anderen spielt der Optimismus eine Rolle, also die generalisierte Erlebniserwartung, die die subjektive Annahme widerspiegelt, es werde schon alles gut gehen (Scheier & Carver, 1987, 1992). Das zeigte sich z.B. bei der Krankheitsbewältigung von herzkranken Männern, die sich einer Bypass-Operation unterzogen hatten. Die Optimisten unter den Patienten erholten sich schneller und waren zufriedener mit ihrer Situation. Sechs Monate nach der Operation hatte sich ihr Berufs- und Privatleben weitgehend normalisiert und noch 5 Jahre später berichteten sie über eine höhere Lebensqualität als die Pessimisten. Ähnliche Befunde erhielten die Autoren in einer Studie mit Brustkrebspatientinnen (Carver & Scheier, 1993; Carver et al., im Druck). Als ein weiterer protektiver Faktor, der Coping begünstigt, wird Hardiness genannt (Kobasa, 1982; Maddi, 1990). Damit ist eine Reihe von Überzeugungen über sich und die Umwelt gemeint, die sich auf drei Dimensionen zurückführen lassen: Engagement, Kontrolle und Herausforderung (Commitment, Control, Challenge). Personen, die als engagiert gelten, halten sich und die Welt für bedeutungsvoll und interessant und finden in jeder Aktivität etwas, was ihre Neugier anstachelt. Personen mit hoher Kontrolle glauben, daß sie einen Einfluß auf das Geschehen haben und es lediglich genügend Anstrengung bedarf, um ihn geltend zu machen. Personen voller Herausforderung schließlich sind davon überzeugt, daß sie durch immer neue Lernprozesse persönliches Wachstum erreichen und ihr Leben verbessern können, anstatt sich mit dem einmal Erreichten zufrieden zu geben. Dieser protektive Faktor wird mit dem Hardiness-Test gemessen, einem Fragebogen mit 50 Items, die die genannten drei Subskalen bilden.

Ein anderes vielzitiertes Konstrukt ist der Kohärenzsinn (Antonovsky, 1987, 1990). Er beruht auf einer Reihe von „generalisierten Widerstandressourcen“. Das sind Eigenschaften von Personen und Umwelt wie z.B. Selbstwertgefühl, soziale Unterstützung, höhere Sozialschichtzugehörigkeit oder kulturelle Stabilität, aus denen sich im Laufe der Lebensgeschichte so etwas wie eine kristallisierte, integrierte Weltsicht ergibt. Antonovsky (1987, S.19) definiert Kohärenzsinn als „eine globale Orientierung, die das Ausmaß zum Ausdruck bringt, in dem jemand ein umfassendes und dauerhaftes, aber auch dynamisches Vertrauen darin besitzt, daß (1) die inneren und äußeren Umweltreize im Leben strukturiert, vorhersag-

bar und erklärbar sind, (2) daß man über die Ressourcen verfügt, um den Umwelthanforderungen zu begegnen, und (3) daß diese Anforderungen Herausforderungen darstellen, für die sich Anstrengung und Engagement lohnen“. Die beiden aktuellen Ansätze, Hardiness und Kohärenzsinn, ähneln sich und können als Beispiele dafür dienen, wie das Interesse an protektiven Faktoren im Copingprozeß gestiegen ist. Die zuvor genannten Forschungsarbeiten über Kompetenzerwartung und Optimismus erscheinen jedoch tragfähiger für die Zukunft, vor allem wegen ihrer konzeptuellen Sparsamkeit, ihrer reliablen Messung sowie der bereits vorliegenden soliden Validitätsnachweise.

10.6 Ein Beispiel für pathogene habituelle Streßbewältigung:

10.6.1 Das Typ A-Verhaltensmuster

Frage: Kann die Art und Weise, wie wir ständig mit Streß umgehen, dazu führen daß, wir eher einen Herzinfarkt erleiden? In den 50er Jahren haben die beiden Kardiologen *Meyer Friedman* und *Ray Rosenman* Beobachtungen angestellt, die weitreichende Konsequenzen für die medizinische Forschung sowie für die Entwicklung von Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie gehabt haben. Sie entdeckten bei ihren Patienten typische Verhaltensweisen, die bei anderen Patienten nicht in dem selben Maße auftraten. Dazu gehörten ehrgeiziges Leistungsstreben, Konkurrenzdruck, Zeitdruck, Ungeduld, Aggressivität und Feindseligkeit. Diese Verhaltensmuster nannten sie Typ A und das Gegenteil davon Typ B (*Friedman & Rosenman, 1974, 1985*). Der Typ A ist demnach in einen unaufhörlichen aggressiven Kampf involviert, um in immer kürzerer Zeit immer mehr zu erreichen (*vgl. auch Siegrist, 1985*). Das Typ A-Verhalten wurde schnell populär, und viele Studien setzten sich das Ziel, empirische Zusammenhänge zum Auftreten von Herzinfarkt zu ermitteln. *Glass* und *Carver (1980)* haben Personen, die aufgrund verschiedener diagnostischer Verfahren als dem Typ A-Verhalten zugehörig klassifiziert waren, mit Personen des B-Typs verglichen. Dabei konnten sie experimentell bestätigen, daß die ersteren tatsächlich aggressiver, feindseliger und ärgerlicher reagierten, wenn man sie frustrierte, und außerdem bei Aufgaben schlechter abschnitten, die ein geduldiges Warten erforderten. Personen vom A-Typ sind im Durchschnitt ungeduldiger, weil sie sich selbst in Zeitdruck bringen. Sie wollen das Maximum aus sich herausholen, um anderen überlegen zu sein. Die Autoren haben ein Experiment durchgeführt, bei dem beide Personengruppen eine Reihe von Rechenaufgaben ohne Zeitdruck bewältigen sollten. Die A-Gruppe löste mehr Aufgaben in kürzerer Zeit als die B-Gruppe. Wurde dagegen für alle Personen eine Zeitgrenze von Fünf Minuten vorgegeben, dann verschwand der Unterschied. Die A-Gruppe hatte sich beim ersten Mal selbst unter Druck gesetzt, um viel zu erreichen, während die B-Gruppe dafür keine Notwendigkeit gesehen hatte. Personen des A-Typs arbeiten näher an ihrer Leistungsgrenze und unterdrücken Symptome von Erschöpfung, um mehr zu erreichen. Sie streben unaufhörlich nach Leistung,

wobei der Maßstab für Güte und Menge aufgrund von „Konsensinformationen“ vorgegeben wird: der soziale Vergleich mit anderen Menschen liefert die Grundlage für die Einschätzung der eigenen Leistung und spornt dazu an, noch mehr Anstrengung zu investieren. Konkurrenzorientiertes Leistungsstreben, Zeitdruck und Ungeduld sowie Reaktionen bei Unterbrechungen des Handlungsablaufes sind im Persönlichkeitstyp A miteinander verknüpfte, funktionale Tendenzen. Diese Verhaltensmuster kann zugleich als eine Bewältigungsstrategie angesehen werden (*coping style*). Personen des A-Typs sind immer im Streß. Ihr Alltag ist dadurch gekennzeichnet, daß sie permanent ihre Umwelt unter Kontrolle bringen müssen. Sie wollen ihr Leben aktiv beeinflussen und etwas bewirken. Offenbar handelt es sich um eine Personengruppe, die die Umwelt als grundsätzlich kontrollierbar erlebt und glaubt, durch vermehrte Anstrengung bessere Ergebnisse erzielen zu können. Insofern haben wir es hier mit einem Typ zu tun, der durchaus dem Zeitgeist entspricht und dessen Merkmale und Handlungen in unserer Gesellschaft erwünscht sind und daher honoriert werden. Ursprünglich war angenommen worden, daß das Typ A-Verhalten aufgrund von geschlechtsspezifischen Sozialisationsbedingungen in erster Linie ein männliches Muster sei, das bei Frauen nur selten vorkomme, doch hat sich dies später als ein Irrtum herausgestellt (*Baker, Dearborn, Hastings & Hamberger, 1984; Greenglass, 1985; Price, 1982*). Die Übereinstimmung der Befundlage zwischen den beiden großen epidemiologischen Längsschnittstudien an der amerikanischen West- und Ostküste sowie der vielen gleichsinnigen Ergebnisse kleinerer Arbeiten und der Grundlagenforschung (*Glass, 1977*) hat dazu geführt, daß ein bedeutender Ausschuß des *National Heart, Lung and Blood Institute* im Jahre 1981 zu der Schlußfolgerung gelangte, das Typ A-Verhalten sei bei berufstätigen Personen im mittleren Alter mit koronaren Herzkrankheiten verbunden, und zwar unabhängig von den üblichen Risikofaktoren (*zit. nach Schneiderman et al., 1989, S. 662*). Damit war zum ersten Mal ein psychosozialer Risikofaktor von den Medizinern anerkannt worden. *Booth-Kewley und Friedman (1987)* ziehen aus einer Metaanalyse den Schluß, daß sich das Typ A-Konzept als Prädiktor bewährt hat, es jedoch um andere Merkmale ergänzt werden müsse. Sie betonen die Rolle von negativen Emotionen im Krankheitsprozeß, insbesondere von Depression, Angst und Feindseligkeit.

10.7 Sozialer Rückhalt: Ein Mittel gegen Streß?

Wie wir mit Streß umgehen, hängt nicht nur davon ab, wie wir die Situation einschätzen und welche Handlungsmöglichkeiten wir wahrnehmen, sondern auch davon, welche externen Ressourcen zur Verfügung stehen. Unser soziales Netz kann uns in schweren Zeiten begleiten und dazu beitragen, daß wir standhaft ausharren oder uns ihm vertrauensvoll überlassen.

Zunächst einmal ist der Begriff der sozialen Unterstützung abzugrenzen von der sozialen Integration. Damit ist die Einbettung in ein soziales Netzwerk gemeint; der Gegenpol dazu liegt in der sozialen Isolation. Verschiedene Indikatoren können hierfür herangezogen werden: der Familienstand, Zahl der Verwandten, Freunde und Bekannte, die Häufigkeit von Kontakten mit diesen Menschen oder mit anderen Menschen überhaupt, und schließlich gibt es komplexe Netzwerkmaße, die die Dichte, Dauer, Reziprozität und Homogenität der sozialen Einbettung abzuschätzen erlauben (vgl. *Laireiter & Baumann, 1992*). Bei der sozialen Integration geht es also um quantitative und strukturelle Aspekte von Sozialbeziehungen. Ein soziales Netz läßt sich also als ein Potential für sowohl positive als auch negative Interaktionen auffassen. Wer enge Sozialbeziehungen pflegt, wird davon oft profitieren, aber wird auch Konflikte und Spannungen ertragen müssen. Soziale Integration ist also im Prinzip weder gut noch schlecht, doch stellt sie eine wichtige Voraussetzung für soziale Unterstützung dar: wer keinen kennt, wird sich allein durchschlagen müssen und wenig Chancen auf eine helfende Hand bei der Bewältigung von Lebensstreß haben. Es sind drei Konzepte des sozialen Rückhalts zu unterscheiden, nämlich soziale Integration, erwartete Unterstützung und erhaltene Unterstützung. Außerdem macht es einen Unterschied, ob jemand Geschenke entgegennimmt, Herzenswärme verspürt oder einen guten Rat zu hören bekommt. Je nach Situation kann mal das eine und mal das andere die beste Wirkung zeigen (vgl. *Cutrona & Russe, 1990*). Aber nicht nur die Art der Unterstützung (erwartete vs. erhaltene) und die Dimension der Unterstützung (emotional, instrumentell, informationell), sondern auch die Quelle der Unterstützung ist von großer Bedeutung. Es kommt eben auch darauf an, von wem die Hilfe gewährt wird.

Begriffliche Differenzierung von sozialem Rückhalt

<ul style="list-style-type: none"> • quantitativ-strukturell 	<ul style="list-style-type: none"> • quantitativ-funktional
soziale Integration	soziale Unterstützung
	erwartete Unterstützung
	<ul style="list-style-type: none"> • emotionale Unterstützung
	<ul style="list-style-type: none"> • instrumentelle Unterstützung
	<ul style="list-style-type: none"> • informationelle Unterstützung
	erhaltene Unterstützung
	<ul style="list-style-type: none"> • emotionale Unterstützung
	<ul style="list-style-type: none"> • instrumentelle Unterstützung
	<ul style="list-style-type: none"> • informationelle Unterstützung

10.7.1 Wirkungsweise sozialer Unterstützung

In der Erforschung von Streß und kritischen Lebensereignissen wird immer wieder auf die Pufferfunktion von sozialer Unterstützung hingewiesen (*Cassel, 1974; Mitchell & Trickett, 1980*). Demnach dient soziale Einbettung als Schutz vor den psychischen oder auch gesundheitlichen Folgen kritischer Ereignisse. Wie ist das theoretisch zu erklären? Die subjektive Einschätzung einer potentiellen Belastung erfolgt als kognitive Gegenüberstellung von Umwelanforderungen und eigenen Ressourcen (*Lazarus, 1991*). Die Ressourcen müssen sich nicht allein auf innerpsychische Aspekte beziehen, wie z.B. die eigene Kompetenz. Vielmehr gibt es auch externale Ressourcen, auf die das Individuum unter Streß zurückgreifen kann. Dazu gehören zum Beispiel finanzielle Reserven und die Einbettung in ein Netzwerk von Sozialbeziehungen, welches dem betreffenden Subjekt in allen möglichen Situationen durch psychologische Verstärkung und aktive Unterstützung Rückhalt bietet. Soziale Unterstützung kann demnach als Teil der individuellen Gegenkräfte wirksam werden und dazu führen, daß von vornherein die Belastung als geringer eingeschätzt wird oder daß im Verlauf des Bewältigungsprozesses durch Rückgriff auf diese Unterstützung eine Erleichterung eintritt. Sozial gut eingebettet zu sein und im Notfall Hilfe von anderen zu erwarten, übt eine wohltuende Wirkung auf die Befindlichkeit aus. Dies wird als Haupteffekt bezeichnet im Gegensatz zum Puffereffekt, der nur im Fall einer Krise auftritt, bei der die gewährte Unterstützung die schädigende Auswirkung dämpft oder gleich zum Verschwinden bringt. Nach *Cohen, Sherrod und Clark (1986)* kann erwartete Unterstützung durchaus hinreichend sein, um Puffereffekte zu erzeugen, ohne daß es der erhaltenen Unterstützung bedarf. Die Art und Weise, wie jemand eingebettet ist, läßt sich durch Netzwerkparameter näher bestimmen. Dazu gehören eine Mehrzahl von Beziehungen, die unterschiedliche funktionale Bedeutung erlangen können. Die erwartete Unterstützung ist von den Netzwerkgegebenheiten abhängig, aber nicht nur von diesen, denn was jemand wahrnimmt, wird

auch von Merkmalen seiner Person bestimmt. Hat jemand z.B. ein labiles Selbstkonzept, so wird das Vertrauen in die Zuwendung durch andere schwach ausfallen; ob jemand die Verfügbarkeit von Unterstützung überschätzt oder unterschätzt, hängt nämlich auch von der sozialen Bedeutung und Beliebtheit ab, die jemand sich selbst zuschreibt. Bei einer Überschätzung der Unterstützung, also der „Illusion“ sozialen Rückhalts kommt es zu herben Enttäuschungen, wenn das soziale Netz tatsächlich benötigt wird, aber nicht erwartungsgemäß reagiert. Bei einer Unterschätzung der Unterstützung kommt es dagegen zu positiven Überraschungen. Die für zukünftige Krisenfälle wahrgenommene Unterstützung übt eine direkte Wirkung auf die seelische Gesundheit aus (vgl. *Henderson, 1992; Monroe & Johnson, 1992*). Menschen, die sich geborgen fühlen, erweisen sich als emotional stabiler als solche, die nicht auf die Hilfe anderer vertrauen.

Neben dem direkten Effekt gibt es auch einen indirekten Effekt der erwarteten Unterstützung auf seelische Gesundheit, der durch die Streßbewertung vermittelt wird. Dabei wird angenommen, daß Menschen, die sich geborgen fühlen, ihre kritischen Umwelтанforderungen als weniger bedrohlich, schädigend oder verlustreich empfinden. Nach der Streßtheorie von *Lazarus (1991)* stellt die soziale Unterstützung eine Ressource dar, die gegen die kritischen Ereignisse ins Feld geführt werden können, so daß die Wahrnehmung von Support von vornherein die Streßeinschätzung mitbestimmt. Darüber hinaus wird auch die Streßbewältigung von sozialen Ressourcen in doppelter Weise günstig beeinflusst. Das Vertrauen auf die Existenz und Hilfsbereitschaft eines sozialen Netzes stärkt die eigene Handlungsbereitschaft und ein problemorientiertes Vorgehen angesichts von kritischen Anforderungen. Zum anderen werden die Mobilisierung und die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung selbst als Bewältigungsstrategien angesehen. Ob jemand soziale Unterstützung erhält, hängt u.a. davon ab, ob jemand sozial eingebettet ist, Hilfe erwartet, sozial kompetent ist, um das Netz zu mobilisieren, und auch bereit ist, die gewährte Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wer Unterstützung erhält, wird nach diesem Modell psychisch davon profitieren, wobei Reziprozität unterstellt wird: gegenseitige hilfreiche Sozialbeziehungen fördern die seelische Gesundheit.

10.7.2 Bedingungen und Probleme von sozialer Unterstützung

- Wie unterstützend eine soziale Interaktion wirkt, ergibt sich aus der Geschichte einer Beziehung; die bisherigen Erfahrungen mit gegenseitiger Hilfestellung bestimmt die Erwartung angesichts zukünftiger Streßsituationen.
- Ein mittlerer Grad an Belastung kann dazu führen, daß mehr Hilfe gewährt wird, während bei zu hoher oder zu lange anhaltender Belastung das soziale Netz selbst in Mitleidenschaft gezogen wird.
- Aktives Bemühen und Suche nach sozialer Unterstützung hat sich als guter Prädiktor für tatsächliche Hilfeleistung erwiesen.
- Gute persönliche Ressourcen wie Selbstwertgefühl, Kompetenz, Optimismus und interne Kontrollüberzeugungen rufen eine starke Hilfsbereitschaft bei anderen hervor.
- Wenn eine Norm der Gegenseitigkeit etabliert ist und wenn die Beziehung eine positive Geschichte von Hilfeleistung, Dankbarkeit, Rückmeldung und Reziprozität aufweist, kann mit stabiler sozialer Unterstützung gerechnet werden.

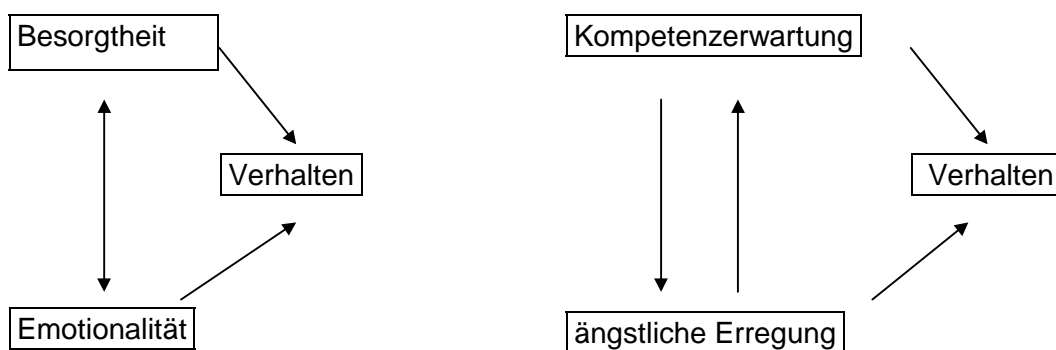
11 Kompetenzerwartung in Schwarzer, R.: Streß, Angst und Handlungsregulation. p. 173-192

11.1 Selbstwirksamkeits- bzw. Kompetenzerwartung

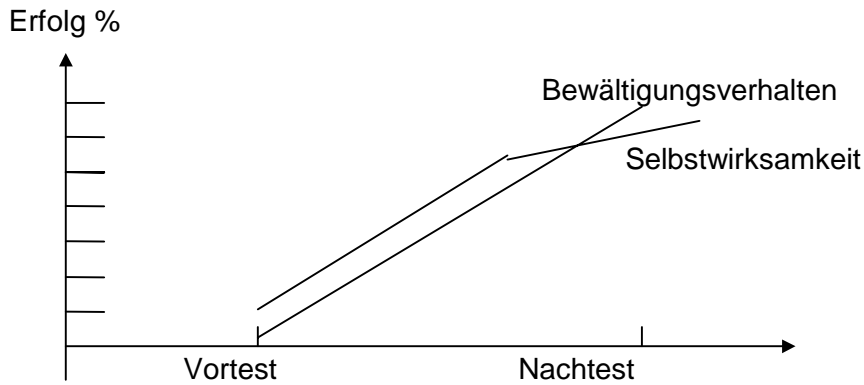
Die Verhaltensmodifikation ist eine planmäßige Veränderung des Verhaltens, bei der unerwünschtes Verhalten durch erwünschtes ersetzt wird. In der Annahme, jedes Verhalten sei aufgrund von früheren Lernprozessen erworben, soll es durch Lernprozesse ebenfalls wieder modifiziert werden können. Die Verhaltensmodifikation richtet ihr Interesse auf die Frage, wie sich ein mit Leistungsdruck verbundener seelischer Zustand wieder zurückentwickeln läßt. In der kognitiven Verhaltenstherapie wird die Person zu einer Umstrukturierung ihrer Wahrnehmung angeleitet und systematisch desensibilisiert. Sie entwickelt dabei Kompetenzerwartungen gegenüber den ursprünglich aversiven Umweltbedingungen. Unkontrollierbarkeit wird schrittweise mit Hilfe therapeutischer Maßnahmen abgebaut und durch Kontrollierbarkeit ersetzt. Dabei löst die eigene Erfahrung mit der Umweltauseinandersetzung oder die Beobachtung einer anderen Person, die dies sozusagen stellvertretend tut, kognitive Prozesse aus, mit denen die Grundlage für den Erwerb neuer Verhaltensweisen geschaffen wird. Sprachliche und bildhafte Informationen sind kognitiv repräsentiert und erlauben zeitliche Verzögerungen bis zur Ausführung eines früher erworbenen Verhaltens. Dabei wird zwischen externer Verstärkung und Selbstverstärkung unterschieden. Insbesondere die Möglichkeit, sich selbst bewerten, verstärken und gezielt regulieren zu können, ist nach dieser Theorie eine wesentliche Grundlage der Verhaltensmodifikation und Persönlichkeitsentwicklung. Nach heutiger Auffassung beeinflussen Bekräftigungen vielmehr das Verhalten dadurch, daß sie Erwartungen über bestimmte Kontingenzen erzeugen. Bekräftigung ist daher weniger ein Mittel zur Erzeugung von Reaktionen als vielmehr ein Mittel zur Erzeugung einer entsprechenden Motivation. Weitere kognitive Elemente des Motivierungsprozesses sind z.B. die Zielsetzung und die selbstbewertende Reaktion.

Eine Person befindet sich in einer bestimmten Situation und hegt in diesem Augenblick bestimmte Erwartungen bezüglich ihrer Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieser Situation. Diese Kognition wird Kompetenzerwartung oder Selbstwirksamkeit genannt. Die Handlungserwartung dagegen bezieht sich auf die Verbindung von der Handlung und dem daraus resultierenden Ergebnis. Die subjektiv wahrgenommene Selbstwirksamkeit beeinflusst die Auswahl von Situationen, in die man sich hineinbegibt. Der Grad der Selbstwirksamkeit bestimmt außerdem das Ausmaß der Anstrengung, mit der man eine Aufgabe zu lösen versucht, und die Ausdauer bei der Bewältigung kritischer Situationen. Je höher die Selbstwirksamkeit, desto weniger früh wird man aufgeben. Kompetenzerwartungen lassen sich in dreierlei Hinsicht erfassen: Ein Aspekt liegt in ihrer Größe (Niveau), d.h. man kann gegenüber hochwertigen oder niedrigwertigen Aufgaben die Erwartung eigener Wirksamkeit hegen. Ein zweiter Aspekt liegt in der Allgemeinheit (Globalität), d.h. sie können situationsspezifisch

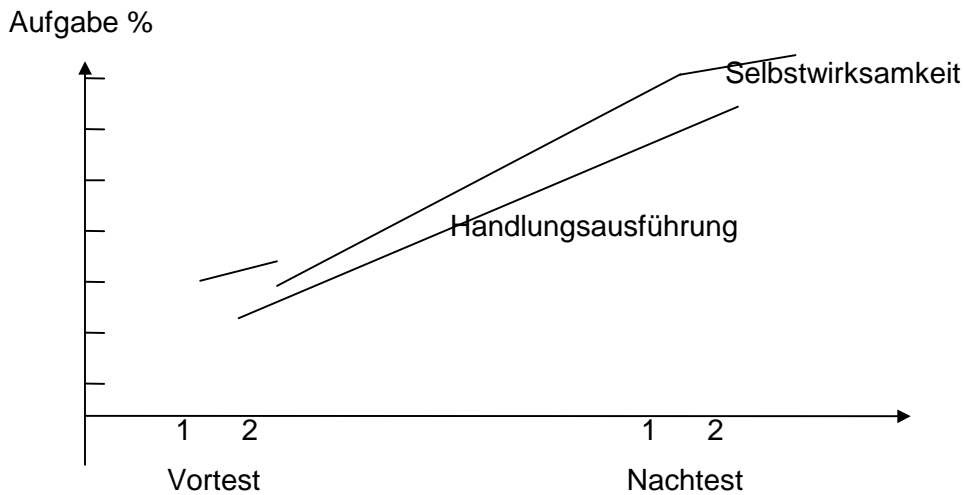
oder auch auf eine ganze Reihe von Situationen generalisiert sein. Schließlich liegt ein dritter Aspekt in ihrer Stärke (Gewißheit). Das bedeutet, daß schwache Erwartungen durch widersprechende Erfahrungen leicht gelöscht werden können, während stärkere Erwartungen gegenüber einer Reihe von widersprechenden Erfahrungen resistent bleiben. Es gibt nach *Bandura* vier wesentliche Quellen für den Erwerb von Kompetenzerwartungen: *Handlungsvollzüge, stellvertretende Erfahrungen, sprachliche Überzeugungen und Gefühlserregung*. In diesem Zusammenhang soll kurz auf die Beziehung zwischen Kompetenzerwartung und Angst eingegangen werden (*Bandura, 1988*). Menschen, die mehr Angst haben, hegen im Durchschnitt weniger Selbstwirksamkeitserwartung als Leute, die weniger ängstlich sind. In der Verhaltensmodifikation beobachtet man, daß mit zunehmender Annäherung an das Therapieziel die Angst geringer wird, während die Kompetenzerwartung ansteigt. Man muß bei der Untersuchung der Kompetenzinformation einige kognitive Prozesse beachten. Die Tatsache, daß man eine kritische Situation erfolgreich bewältigt hat bzw. in der Schule ein positives Leistungsergebnis erzielt hat, bedeutet noch lange nicht, daß damit die Selbstwirksamkeit bestärkt worden ist. Vielmehr kommt es hier unter anderem auch darauf an, inwieweit hier die richtige Kausalattribution vorgenommen wird. Das Verhältnis von Fähigkeit und Anstrengung spielt dabei eine besondere Rolle. Wenn man bei geringem Anstrengungsaufwand Erfolg hat, steigt die Tendenz zu einer Fähigkeitszuschreibung, die die Erwartung von Selbstwirksamkeit begünstigt. Die kognitive Einschätzung des Schwierigkeitsgrades einer Aufgabe oder einer Situation wird ebenfalls den Zusammenhang von Handlungsvollzügen und wahrgenommener Selbstwirksamkeit beeinflussen.



Mögliche Beziehung zwischen Kompetenzerwartung und Angst



Veränderung des Bewältigungsverhaltens und der Selbstwirksamkeit vom Vortest zum Nachtest von Schlangenphobikern (aus: Bandura & Adams, 1977)



Kompetenzerwartung und Verhaltensverbesserung

11.2 Der Einfluß der Kompetenzerwartung auf die Verhaltensänderung

Selbstwirksamkeitserwartung wirkt sich darauf aus, wie Menschen fühlen, denken und handeln. In emotionaler Hinsicht ist geringe Selbstwirksamkeitserwartung verbunden mit Depressivität, Ängstlichkeit und geringem Selbstwertgefühl (vgl. Bandura, 1991). In kognitiver Hinsicht ist sie mit einer pessimistischen Einstellung gegenüber der eigenen Leistung und mit einer Unterschätzung von Fähigkeiten verbunden. Hohe Selbstwirksamkeitserwartung dagegen veranlaßt zu optimistischen Einstellungen und zur Interpretation schwieriger Aufgaben als Herausforderungen. Handlungen werden durch Kognitionen vorbereitet und Menschen antizipieren optimistische oder pessimistische Szenarios, je nachdem für wie kompetent sie sich halten. Hohe Selbstwirksamkeitserwartung beflügelt die Inangriffnahme von schwierigen Aufgaben. Nachdem erst einmal eine Tätigkeit in Gang gekommen ist investieren die selbstwirksamen Personen, mehr Anstrengung und verharren länger an schwer lösba- ren Aufgaben, bevor sie aufgeben. Von Rückschlägen erholen sie sich eher, und ihre

Zielbindung halten sie länger aufrecht. Sie schaffen sich stimulierende Umwelten und neigen stärker zur Exploration von Neuartigen als es die wenig selbstwirksamen Personen tun (vgl. *Bandura, 1992*). Es hat sich empirisch wiederholt gezeigt, daß die verhaltensspezifische Kompetenzerwartung bei der Bewältigung von Streß, dem Ertragen von Schmerzen, dem Umgang mit chronischen Leiden, der Entwöhnung von Abhängigkeiten und dem Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen eine zentrale Rolle spielt (*Bandura, 1992; O'Leary, 1992*). Das Ausmaß der Erfahrung von psychischem Streß schlägt sich in biopsychologischen Reaktionen nieder. Indikatoren dafür sind Veränderungen von Herzfrequenz, Blutdruck, Katecholaminausschüttung, endogene Opiate und Immunparametern. Die kognitive Einschätzung hängt aber nicht nur von den kritischen Ereignisparametern ab, sondern auch von den Bewältigungsressourcen der Person, zu denen vor allem die Kompetenzerwartung gehört. Je stärker die spezifische Kompetenzerwartung ist, desto schwächer fällt die Streßreaktion aus. *Bandura (1992)* konnte zeigen, daß die experimentelle Förderung von Kompetenzerwartung eine Steigerung der Immunabwehrstärke hervorruft. Chronische Erkrankungen erfordern aktive Bewältigungsversuche, um das Leiden zu verringern, die Genesung zu beschleunigen oder das Ausmaß der Behinderung zu beeinflussen. Der Aufbau des entsprechenden Gesundheitsverhaltens erfordert unter anderem die nötige Kompetenzerwartung. Menschen die zuversichtlich sind, Schmerzen ertragen oder beeinflussen zu können, sind weniger ängstlich und verlangen weniger nach schmerzhemmenden Medikamenten. Ihre Schmerzschwelle und ihre Schmerztoleranz liegen höher als bei Menschen mit nur geringer Kompetenzerwartung (*Bandura, 1992; Litt, 1988*).

Menschen mit hoher Kompetenzerwartung sind eher in der Lage, Risikoverhaltensweisen abzubauen, sofern sie erst einmal von der Notwendigkeit dazu überzeugt sind und einen festen Entschluß gefaßt haben. Die Förderung körperlicher Aktivität z.B. ist ohne Kompetenzerwartung kaum denkbar. Es gibt inzwischen mehr als 20 Arbeiten, die nachweisen, daß Kompetenzerwartung eine zentrale Rolle bei der Motivation zur Sportausübung und Trainingsdauer spielt. Die Überzeugung, persönlich in der Lage zu sein, ein anforderungsreiches körperliches Training zu absolvieren, stellt eine Voraussetzung für die Planung, Ausführung und Aufrechterhaltung solcher Aktivitäten dar. Die Kompetenzerwartung kann sich dabei sowohl auf die körperliche Anforderung als auch auf das psychische Durchhaltevermögen richten.

Die Kompetenzerwartung, die Nahrungsaufnahme und das Gewicht regulieren zu können, gilt als eine wesentliche Voraussetzung für die Motivation zur Durchführung von Diätprogrammen. Bei niedriger Kompetenzerwartung übt kalorienreiche und wohlschmeckende Nahrung offenbar eine unwiderstehliche Versuchung aus.

11.3 Individuelle Unterschiede in generalisierter Kompetenzerwartung

Die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung ist eine stabile Persönlichkeitsdimension, die die subjektive Überzeugung zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenem Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können. Wenn man angesichts einer ganzen Reihe von Lebensproblemen spezifische Selbstwirksamkeitserwartungen hegen kann, liegt der Gedanke nahe, daß sich eine Mehrzahl davon auch zu einem generalisierten und zeitstabilen Konstrukt aggregieren ließe. Die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist im Sinne einer stabilen personalen Coping-Ressource zu verstehen (vgl. Jerusalem, 1990; Lazarus, 1991). Positive Selbstwirksamkeitserwartung wird mit Optimismus, Selbstwertgefühl, internaler Kontrolle, Neugier usw. positiv korreliert, während dagegen negative Selbstwert-erwartung mit Pessimismus, Ängstlichkeit, Schüchternheit, Depressivität, Einsamkeit usw. korreliert.

Literatur

Bierhoff-Alfermann: Sportpsychologie. Kohlhammer, Stuttgart 1986

Kraus, F.: Sporttreiben und psychische Gesundheit. Diss. FU, Berlin 1986

Schwarzer, R.: Streß, Angst und Hilflosigkeit. Kohlhammer, Stuttgart 1981

Schwarzer, R.: Streß, Angst und Handlungsregulation. 3. überarb. und erweiterte Auflage.
Kohlhammer, Stuttgart 1993

Zimbardo, P. G.: Psychologie. Berlin, Heidelberg u.a. 1995.