

# 30. Emotionsstörungen

## 30.1 Klassifikation und Diagnostik

Reinhard Pekrun

### Inhaltsverzeichnis

1. Der Begriff Emotion .....	667	3. Diagnostik .....	668
2. Klassifikation .....	667	4. Literatur .....	670

### 1. Der Begriff Emotion

Der Emotionsbegriff wird unterschiedlich verwendet. Typisch sind Mehr-Komponenten-Definitionen, die Emotionen mehrere oder alle der folgenden Bestandteile zuschreiben (vgl. Kleinlinna & Kleinlinna, 1981; Schmidt-Atzert, 1996): (1) Subjektive Gefühlszustände (z. B. Anspannung und innere Unruhe bei Angst). (2) Kognitive Situationseinschätzungen (z. B. Einschätzungen einer Situation als bedrohlich und unkontrollierbar). (3) Physiologische Veränderungen (z. B. erhöhte Herzrate, Schweißsekretion). (4) Motivationale Tendenzen (z. B. Wünsche, aus der Situation zu fliehen). (5) Ausdrucksverhalten (z. B. ängstlicher Gesichtsausdruck). (6) Instrumentelles Verhalten (z. B. Flucht). In der Regel bleibt dabei unklar, welche und wieviele dieser – empirisch meist nur mäßig korrelierten – Komponenten vorliegen müssen, damit von einer Emotion gesprochen werden kann. Zudem ergeben sich Abgrenzungsprobleme zu verwandten Phänomenen (wie z. B. Motivation; s. Kap. 31/Motivationsstörungen).

In den letzten Jahren werden deshalb häufig engere Emotionsbegriffe bevorzugt, die Emotionen auf Komponenten subjektiven Erlebens eingrenzen, also z. B. auf a) affektive Komponenten (Gefühlserleben im engeren Sinne); b) kognitive Komponenten (z. B. Sich-Sorgen-Ma-

chen bei Angst); und c) körperperzeptive Komponenten (Wahrnehmungen von physiologischen Veränderungen und Ausdrucksmotorik; allgemein zur Problematik des Emotionsbegriffs Pekrun, 1988).

Üblicherweise werden unterschiedliche Primäremotionen differenziert, denen jeweils ein spezifisches Ausdrucksverhalten zugeordnet ist (insbesondere Freude, Traurigkeit, Angst, Ärger, Ekel, Scham, Überraschung). Andere Emotionen werden dann als Mischungen oder als kognitive Differenzierungen von Primäremotionen aufgefaßt (z. B. Stolz als Freude, deren kognitive Komponente eine internale Kausalattribution eines positiven Ereignisses beinhaltet).

### 2. Klassifikation

Zu unterscheiden sind a) Emotionsstörungen als solche (beispielsweise ein Zuviel an depressiven Emotionen wie Traurigkeit, Angst und Ärger); b) Emotionsstörungen als Komponenten komplexerer klinischer Syndrome (z. B. exzessive Traurigkeit als Komponente von Depression); und c) emotionsabhängige Störungen in anderen psychischen Bereichen (z. B. Probleme im Arbeitsverhalten als Folge chronischer Prüfungsangst). Emotionsstörungen bestehen darin, daß Inhalte, Häufigkeit, Intensität oder Dauer bestimmter Emotionen nach gesell-

schaftlicher, klinischer oder subjektiver Einschätzung unangemessen sind (z. B. bei exzessiv häufiger, intensiver und langanhaltender Traurigkeit, die sich auf vermeintlich negative Merkmale von eigener Person und Lebenssituation bezieht und subjektiv als störend erlebt wird).

Emotionale Störungen können u. a. gemäß der folgenden Beschreibungsdimensionen von Emotionen *klassifiziert* werden (vgl. Larsen & Diener, 1987; Pekrun, 1988; Ulich & Mayring, 1992):

- **Inhalte.** Im Sinne dieses Kriteriums sind im Erlebnisinhalt separierbare Emotionen (z. B. die «Primäremotionen» Freude, Traurigkeit, Angst usw.) zu unterscheiden. Darüber hinaus kann bei vielen Emotionen – insbesondere bei Primäremotionen – zwischen kognitiv unspezifischen, nicht an bestimmte Sachverhalte (Objekte, Situationen, Aktivitäten) geknüpften Emotionen einerseits und kognitiv spezifischen, auf bestimmte Sachverhalte gerichteten Emotionen andererseits unterschieden werden. Ein prototypisches Beispiel ist die Unterscheidung von eher unspezifischen «Panikattacken» einerseits und auf spezifische Sachverhalte gerichteter Angst («Phobie») andererseits (vgl. die Klassifikation von Angststörungen in DSM-IV).
- **Frequenz, Intensität und Persistenz.** Einzelne Emotionen können unterschiedlich häufig, intensiv und langandauernd (persistent) auftreten. Neben Intensität und Persistenz können weitere Verlaufparameter eine Rolle spielen (z. B. das Tempo des Anstiegs der Emotionsintensität bei jähen Attacken von Angst oder Ärger). Störungen bestehen typischerweise in Exzessen von Frequenz, Intensität und/oder Dauer negativer Emotionen und Defiziten von Frequenz, Intensität oder Dauer positiver Emotionen. Daneben können Störungen sich auch auf abgeleitete Parameter höherer Ordnung beziehen. Hierzu zählt insbesondere die Frequenz von Emotionsumschwüngen (emotionale «Labilität»; z. B. in «gemischten Episoden» gemäß DSM-IV).
- **Reflektivität und Realitätsbezug.** Emotionen können von kognitiven Abläufen abhängen, die mehr oder weniger differenziert und mehr

oder weniger bewußt sein können. So kann Angst durch elaborierte Erwartungen zu einer Prüfung entstehen, während sie in anderen Fällen eher spontan auftritt. Daneben können Emotionen – insbesondere ihre kognitiven Komponenten – mehr oder weniger realitätsangemessen sein. Als nicht realitätsangemessen kann z. B. mit negativen Selbsteinschätzungen einhergehende depressive Traurigkeit angesehen werden, wenn diese Selbsteinschätzungen nach gesellschaftlich üblichen Kriterien als unangemessen anzusehen sind. Hohe Reflektivität bei unangemessenem Realitätsbezug dürfte vergleichsweise gute Chancen für kognitiv orientierte Formen der Emotionstherapie bieten (s. Kap. 30.3/Emotionsstörungen: Intervention).

- **Emotionsstörungen als Komponenten von Syndromen.** In klinisch üblichen Klassifikationen tauchen Emotionsstörungen sowohl als selbständige Kategorie wie auch als Komponenten komplexerer Syndrome auf. Störungen, die in exzessiver Angst bestehen (z. B. Panikstörungen und Phobien), werden üblicherweise in einer oder mehreren selbständigen Kategorien zusammengefaßt (so z. B. im DSM-IV). Exzessive Traurigkeit hingegen wird vor allem als Komponente depressiver und bipolarer Störungen angesehen (DSM IV: Affektive Störungen). *Depressive Zustände* umfassen neben a) exzessiven depressiven Emotionen (einschließlich entsprechender kognitiver Anteile) b) motivationale Störungen (Antriebslosigkeit, Aktivitätshemmung; s. Kap. 31.1/Motivationsstörungen: Klassifikation, Diagnostik) und c) somatische Symptome (Schlaflosigkeit, Appetit- und Gewichtsverlust). *Manische Episoden* sind u. a. gekennzeichnet durch a) exzessive euphorische Emotionen (oder auch durch exzessiven Ärger und Reizbarkeit), b) motivationale Störungen in Gestalt von Übermotivation, Impulsivität und Hyperaktivität, sowie c) reduziertes Schlafbedürfnis.

In vorliegenden Klassifikationen zu wenig systematisch berücksichtigt werden exzessiver Ärger sowie Defizite im Bereich positiver Emotionen.

### 3. Diagnostik

Bei Emotionen handelt es sich um personinterne, psychische Phänomene. Infolgedessen

ist eine direkte Diagnostik emotionaler Störungen auf Selbstauskünfte des Klienten angewiesen. Antezedenzen von Emotionsstörungen (Lebensverhältnisse, Verhalten der Umwelt, neurohormonale Störungen) und Konsequenzen (Ausdrucksverhalten, instrumentelles Verhalten, physiologische Veränderungen) dagegen können auch mit anderen Methoden diagnostiziert werden.

- **Interview.** Eine zentrale Informationsquelle ist die direkte Befragung bzw. aktive Selbstbeschreibung des Klienten im klinischen Interview. Zur emotionsbezogenen Strukturierung des Interviews bzw. seiner Einschätzungsergebnisse sind durch den Interviewer auszufüllende *Ratingskalen* entwickelt worden (insbesondere für Angst und depressive Emotionen; Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum, 1996; Bech, Kastrup & Rafaelsen, 1991).
- **Fragebögen.** Zur Erfassung von Einzelemotionen und von Emotionen als Persönlichkeitsbestandteilen liegt eine größere Zahl von stan-

dardisierten Fragebogenverfahren vor (vgl. Mittenecker, 1982). Beispiele sind das *State-Trait-Angst-Inventar* (STAI; Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981; s. Kasten), das *State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar* (STAXI; Schwenkmezger, Hodapp & Spielberger, 1992) oder die *Eigenschaftswörterliste* (EWL; Janke & Debus, 1978) (s. Kasten 1).

- **Nicht-reaktive Testverfahren.** Vereinzelt sind zur Emotionsdiagnostik auch projektive und weitere nicht-reaktive Testverfahren entwickelt worden, deren klinische Einsetzbarkeit allerdings zum Teil fragwürdig ist (insbesondere aus Gründen problematischer Validität).
- **Andere Methoden.** Zur Diagnostik emotionspezifischen Ausdrucksverhaltens liegen präzise Verfahren vor (Ekman & Friesen, 1978; Bänninger-Huber & v. Salisch, 1994), deren Einsetzbarkeit in der klinischen Praxis allerdings ebenfalls fraglich ist (aus untersuchungsökonomischen Gründen und wegen der nicht hinreichend geklärten Diagnostizität für zugrun-

### Kasten 1 State-Trait-Angst-Inventar (STAI)

#### Name, Autor

State-Trait-Angst-Inventar (STAI) von Laux et al. (1981).

#### Gegenstands-, Geltungsbereich

STAI dient der ökonomischen Erfassung von aktueller Zustandsangst (state-Angst) einerseits und habitueller Angst (trait-Angst) andererseits bei Erwachsenen.

#### Struktur des Verfahrens

Das STAI ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 40 Items, die vierstufig beantwortet werden. Die state-Skala (20 Items) ist mit einer zustandsorientierten Instruktion versehen; zu beschreiben ist der augenblickliche Gefühlszustand. (Item-Beispiel: «Ich bin aufgeregt») Die Instruktion zur trait-Skala (20 Items) hingegen fordert zu einer Beschreibung der habituellen Befindlichkeit auf. Pro Skala wird jeweils ein Gesamtwert ermittelt.

#### Gütekriterien

- **Reliabilität:** Die an der Eichstichprobe (N = 2.385) ermittelten Konsistenzkoeffizienten liegen um .90, die Retestreliabilitäten für die Trait-Skala zwischen .68 und .96 (bei Zeitintervallen zwischen einer Stunde und 73 Tagen).

- **Validität:** Die theoriebezogene Konstruktvalidität der Skalen zeigt sich insbesondere daran, daß in verschiedenen Untersuchungen Werte auf der state-Skala in situationsabhängiger Weise variierten (z. B. in Form erhöhter Werte bei Klausursituationen), während Werte auf der trait-Skala eher zeitstabil sind. Problematisch ist u. a. der Mangel an inhaltlicher Validität (so wird nicht nur nach Angst i. e. S., sondern auch nach anderen negativen Emotionen und nach Abwesenheit von positiven Emotionen gefragt).

- **Normen:** Altersspezifische Normen liegen getrennt für Männer und Frauen vor.

deliegende Emotionen). Ähnliches gilt für die apparative Diagnostik physiologischer Veränderungen (vgl. Katkin, Dermit & Wine, 1993). Eine beobachtende und beschreibende Diagnostik vorauslaufender und nachfolgender Lebensumwelt- und Verhaltensvariablen (vgl. Schaller & Schmidtke, 1983) schließlich ist entscheidend für die funktionale Analyse emotionaler Störungen, läßt aber keine direkten Schlüsse auf die betreffenden Emotionen zu (so kann z. B. sozial zurückhaltendes Verhalten auf soziale Angst, aber auch auf einen Mangel an Motivation oder auf Kompetenzdefizite zurückgehen).

#### 4. Literatur

- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (CIPS). (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Bänninger-Huber, E. & v. Salisch, M. (1994). Die Untersuchung des mimischen Affektausdrucks in face-to-face-Interaktionen. *Psychologische Rundschau*, 45, 79–98.
- Bech, P., Kastrup, M. C. & Rafaelsen, O. J. (1991). *Minikompendium psychiatrischer Ratingskalen für Angst, Depression, Manie und Schizophrenie mit den entsprechenden DSM III-R-Syndromen*. Berlin: Springer.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1978). *Facial action coding system*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Janke, W. & Debus, G. (1978). *Die Eigenschaftswörterliste EWL*. Göttingen: Hogrefe.
- Katkin, E. S., Dermit, S. & Wine, S. K. F. (1993). Psychophysiological assessment of stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 142–157). New York: Free Press.
- Kleinginna, P. R. & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5, 345–379.
- Larsen, R. J. & Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: A review. *Journal of Research in Personality*, 21, 1–39.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angst-Inventar STAI*. Weinheim: Beltz.
- Mittenecker, E. (1982). Subjektive Tests zur Messung der Persönlichkeit. In K. J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Serie Psychologische Diagnostik* (Bd. 3, Persönlichkeitsdiagnostik, S. 57–131). Göttingen: Hogrefe.
- Pekrun, R. (1988). *Emotion, Motivation und Persönlichkeit*. München: Psychologie Verlags Union.
- Schaller, S. & Schmidtke, A. (1983). Verhaltensdiagnostik. In K. M. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Serie Psychologische Diagnostik* (Bd. 4, Verhaltensdiagnostik, S. 489–701). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt-Atzert, L. (1996). *Lehrbuch der Emotionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C. (1982). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar STAXI*. Bern: Huber.
- Ulich, D. & Mayring, P. (1992). *Psychologie der Emotionen*. Stuttgart: Kohlhammer.



Emotionen

## 30.2 Emotionsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

Reinhard Pekrun

### Inhaltsverzeichnis

1. Beschreibung von Emotionsstörungen . . . .	671	2.2.6 Abwehrmechanismen und verdrängte Gedächtnisinhalte . . . . .	679
1.1 Angst . . . . .	672	2.2.7 Nachbemerkung . . . . .	679
1.2 Traurigkeit . . . . .	672	2.3 Konsequenzen von Emotionsstörungen . . .	680
1.3 Ärger und weitere negative Emotionen . . .	672		
1.4 Freude und andere positive Emotionen . . .	673	3. Emotionsstörungen und klinische Syndrome . . . . .	682
2. Bedingungen und Konsequenzen von Emotionsstörungen . . . . .	673	3.1 Phobische Störungen . . . . .	682
2.1 Bedingungen von Emotionsstörungen: Allgemeine Aspekte . . . . .	673	3.2 Zwangsstörungen . . . . .	682
2.1.1 Situationsbedingungen . . . . .	673	3.3 Affektive Störungen . . . . .	682
2.1.2 Persönlichkeitsbedingungen . . . . .	674	3.4 Schizophrene Störungen . . . . .	684
2.1.3 Interne Auslöseprozesse und Verhalten . .	674	3.5 Körperliche Krankheiten, mitbedingt durch psychologische Faktoren . . . . .	684
2.2 Perzeptive und kognitive Bedingungen von Emotionsstörungen . . . . .	675	4. Literatur . . . . .	685
2.2.1 Wahrnehmungsprozesse . . . . .	675		
2.2.2 Prozesse kognitiver Informationsverarbeitung . . . . .	676		
2.2.3 Selbstkonzepte . . . . .	677		
2.2.4 Kausalattribution . . . . .	677		
2.2.5 Erwartungen und Valenzen . . . . .	678		

Seit der «kognitiven Wende» dominieren in der Psychologie Erklärungen menschlicher Emotionen, die kognitiven Persönlichkeitsstrukturen und aktuellen Kognitionen eine zentrale Position bei der Entstehung von Emotionen und Emotionsstörungen zusprechen. Die ersten Ansätze zu solchen Modellen wurden bereits in den sechziger und siebziger Jahren formuliert. Seitdem sind sie differenziert und empirischen Bestätigungsversuchen unterzogen worden. Auch in den neunziger Jahren sind bahnbrechende weitere Fortschritte der Emotionspsychologie kaum zu verzeichnen, so daß sich die Situation in diesem Forschungsfeld in den letzten acht Jahren (seit der 1. Auflage) wenig verändert hat.

### 1. Beschreibung von Emotionsstörungen

Emotionen sind als komplexe Reaktionsmuster anzusehen, wobei Komponenten subjektiven Erlebens ein entscheidender Platz zukommt. Zu solchen Erlebensanteilen zählen a) affektive Komponenten (Gefühlskomponenten im engeren Sinne); b) kognitive Komponenten (Gedanken, Vorstellungen, Phantasien etc.); und c) körperperzeptive Komponenten (Wahrnehmungen von physiologischen Veränderungen und eigenem Ausdrucksverhalten). Störungen emotionalen Erlebens bestehen vor allem darin, daß negative Emotionen exzessiv häufig, in-

tensiv oder langandauernd auftreten und/oder Defizite positiver Emotionen erlebt werden. Hinzutreten kann unangemessen spontane (irreflektive) und der Realität nicht angemessene Auslösung von Emotionen (insbesondere bei negativen Emotionen sowie manischer Euphorie; s. u.). Im folgenden wird das typische Erscheinungsbild gestörten emotionalen Erlebens für einige wichtige Emotionen kurz beschrieben.

### 1.1 Angst

Die affektive Komponente von Angst besteht aus spezifischen, unlustvollen Gefühlen von Anspannung und innerer Unruhe. Diese Gefühle sind meist eng verknüpft mit Wahrnehmungen physiologischer Aktivierung (erhöhte Herzrate, beschleunigte Atmung, vermehrte Schweißsekretion etc.). Die kognitive Komponente von Angst kann alle Arten von Kognitionen umfassen, die sich auf die jeweils bedrohlichen Objekte, Situationen oder Ereignisse richten. Typisch sind a) Gedanken an die bedrohlichen Sachverhalte selber (situationsbezogene Kognitionen; z. B. Gedanken an drohende Prüfungsmißerfolge) und b) Gedanken an die mangelnde Kontrollierbarkeit dieser Sachverhalte, also insbesondere Zweifel an den eigenen Bewältigungskompetenzen (selbst- und handlungsbezogene Kognitionen; z. B. Zweifel an eigenen prüfungsbezogenen Fähigkeiten).

Normalerweise ist Angst nicht so intensiv, daß sie alle anderen Erlebnisinhalte überlagert, und sie vergeht nach einigen Minuten oder spätestens Stunden wieder (Scherer, Wallbott & Summerfield, 1986). Zur Störung wird Angst, wenn sie intensiver und häufiger auftritt und eventuell auch chronisch erlebt wird. Intensive episodische Angst kann realitätsangemessen sein (bei Naturkatastrophen, Krankheiten, dem bevorstehenden Tod eines Angehörigen usw.). Von Störung im klinischen Sinne ist erst dann zu sprechen, wenn episodische Angst in objektiv ungefährlichen Situationen auftritt, also in nicht der Realität angemessener Weise. Dies ist u. a. typisch für *Panikattacken*. Persistierende, chronische Angst, die realitätsunangemessen ist, ist u. a. zentrales Kennzeichen von *Phobien* (zur Klassifikation von Angststörungen, s. Kap. 37.1/ Angststörungen: Klassifikation, Diagnostik).

### 1.2 Traurigkeit

Die affektiven Komponenten von Traurigkeit sind jedem aus eigener Erfahrung bekannt, wenn auch mit Worten kaum greifbar. Die körperperzeptiven Komponenten sind häufig weniger intensiv im Erleben, als dies bei Aktivierungsemotionen wie Angst oder Wut der Fall ist. Typisch sind körperliche Unruhe oder auch Schläffheit; das Gefühl, einen Kloß im Hals zu haben; und Weinen (oder das Gefühl, weinen zu müssen). Mögliche kognitive Komponenten sind vor allem a) Gedanken an zurückliegende negative Ereignisse (wie z. B. den Verlust einer geliebten Person); b) Gedanken an negative gegenwärtige Sachverhalte (insbesondere negative Merkmale der eigenen Person und der eigenen Lebenssituation); und c) Gedanken an zukünftige, subjektiv wahrscheinliche negative Ereignisse.

Auch Traurigkeit wird klinisch vor allem dann zum Problem, wenn sie *persistierend* und *realitätsunangemessen* ist. Dabei hängt allerdings die Frage der Realitätsangemessenheit gerade hier stark von kulturellen Bewertungen ab. So wird in unserer Gesellschaft typischerweise eine intensive Trauerreaktion auf den Verlust eines Angehörigen als angemessen bewertet, wenn sie einige Wochen oder Monate dauert, aber nicht mehr dann, wenn sie Jahrzehnte währt. Persistierende, intensive und realitätsunangemessene Traurigkeit ist ein zentrales Symptom von Depression (s. u.).

### 1.3 Ärger und weitere negative Emotionen

Angst, Traurigkeit und Ärger (bzw. in der Steigerungsform «Wut») sind als die «großen drei» negativen Emotionen des Menschen anzusehen, welche die Schattenseiten des Gefühlslebens dominieren. Während aber Angst und Traurigkeit zentrale Themen der klinischen Literatur sind, sucht man nach den Stichworten Ärger und Wut in klinischen Handbüchern häufig vergeblich. Diese geringe Beachtung mag damit zusammenhängen, daß Ärger – im Unterschied zu Angst und Traurigkeit – eine bewältigungsorientierte Emotion ist, die meist angesichts von Handlungsbarrieren erlebt wird, denen man sich grundsätzlich gewachsen fühlt.

Ärger und Wut sind dementsprechend als Gefühle anzusehen, die trotz ihres negativen Erlebensinhalts oft nicht als problematisch erlebt werden, da sie – anders als Angst und Traurigkeit – häufig in nach außen gerichtete Handlungen umgesetzt werden können. Dementsprechend können ihre Folgen zwar durchaus für den Betroffenen störend sein (z. B. in Gestalt koronarer Erkrankungen), häufiger aber leidet die soziale Umwelt (Untergebene, schwächere Familienangehörige etc.), denen selten Macht über den Einsatz klinischer Diagnostik und Intervention zukommt.

Ärger ist im Normalbereich eine eher rasch wieder abklingende Emotion (vgl. Scherer, Wallbott & Summerfield, 1986). Zum Problem wird Ärger, wenn er häufig und sehr intensiv auftritt (Ausbrüche von «Jähzorn»; vgl. Hodapp & Schwenkmezger, 1993), oder auch, wenn er – dann meist in abgeschwächter Form – über längere Zeitabschnitte persistiert (z. B. als Komponente von Depressionen).

Schließlich spielen auch weitere negative Emotionen eine klinische Rolle. Dies gilt u. a. für *Scham* und für *Schuldgefühle*. Quälend intensive und persistente, gleichzeitig aber nach üblichen Bewertungen unangemessene Schuldgefühle können u. a. als Komponente von Depressionen auftreten (s. Kap. 36/Depressive Störungen).

Zu beachten ist, daß nicht nur Exzesse, sondern auch ein starker Mangel an negativen Emotionen bzw. die Folgen eines solchen Mangels zum Problem werden können. Dies gilt z. B. dann, wenn der Betroffene in objektiv gefährlichen Situationen keine Angst hat (insbesondere bei manischen Zuständen), oder wenn er keine Scham- und Schuldgefühle kennt, die sein Verhalten kontrollieren können (z. B. bei antisozialen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen).

## 1.4 Freude und andere positive Emotionen

Freude ist als die grundlegende positive Primäremotion des Menschen anzusehen. Viele andere positive Emotionen können als kognitive Differenzierungen von Freude aufgefaßt werden (so besteht Stolz aus Freude, die eine Kausalattribution eines positiven Ereignisses

auf die eigene Person einschließt; ein Gefühl der Dankbarkeit aus Freude, die in spezifischer Weise auf andere Personen gerichtet ist; usw.). Exzessive Freude («Euphorie») kann zum Problem werden, wenn sie realitätsunangemessen ist, also in Situationen auftritt, die objektiv gefährlich sind, und dann zu realitätsunangemessenem, selbstschädigendem Verhalten führt. Dies ist typisch für manische Störungen (s. u.). Im übrigen bestehen Störungen im Bereich positiver Emotionen eher darin, daß solche Emotionen defizitär sind, also zu selten, zu wenig intensiv und zu kurzlebig auftreten. Dies ist vor allem bei depressiven Zuständen der Fall (s. Kap. 36/Depressive Störungen).

## 2. Bedingungen und Konsequenzen von Emotionsstörungen

### 2.1 Bedingungen von Emotionsstörungen: Allgemeine Aspekte

Störungen im emotionalen Haushalt können auf vielfältige Ursachen zurückgehen, die drei Bedingungsgruppen zuzuordnen sind: Situationsbedingungen, Persönlichkeitsbedingungen und interne Auslöseprozesse.

#### 2.1.1 Situationsbedingungen

- *Proximale Situationsbedingungen.* Menschliche Emotionen können von äußeren, situativen Ereignissen oder von Ereignissen innerer Art (z. B. Gedanken und Phantasien) ausgelöst werden. Die jeweilige Lebenssituation bestimmt in der Regel auch einen Großteil des Bewußtseinstroms einer Person, also ihrer inneren, gedanklichen Ereignisse. Soweit sie wahrgenommen und entsprechend interpretiert werden, können Situationsfaktoren deshalb eine zentrale Rolle bei der Auslösung und Aufrechterhaltung emotionaler Störungen spielen. Dies wurde vor allem von behavioristischen Emotionstheorien und – in jüngerer Zeit – von der Streß- und Lebensereignis-Forschung analysiert (vgl. Lazarus, 1991a).

- *Distale Situationsbedingungen* sind jene externen Bedingungen, welche die äußere Lebens-

situation und damit – indirekt – ebenfalls den Emotionshaushalt beeinflussen. Hierzu zählen epochale, kulturelle, gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen individueller Lebenssituationen.

### 2.1.2 Persönlichkeitsbedingungen

Auf der Personseite sind überdauernde individuelle Strukturen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Emotionsstörungen entscheidend. Solche Strukturen liegen zusammen mit Situationsbedingungen der Emotionsbildung zugrunde. Häufig werden sie deshalb als *Dispositionen* zu emotionalen Prozessen angesehen. Inhaltlich handelt es sich ähnlich wie in anderen Bereichen um zwei Arten individueller Strukturen:

- *Körperliche Strukturen*, die für Emotionsstörungen entscheidend sind, bestehen zum einen in emotionsbezogenen, individuellen neuronalen und sonstigen phänotypischen anatomischen Strukturen (s. Abschnitt 2.2). Wesentlich sind u. a. das limbische System und alle Organe, die zentraler und peripherer Aktivierung und dem neurohormonalen Stoffwechsel zugrunde liegen. Die neuropsychologische Evidenz zeigt, daß dabei vor allem die Amygdala eine zentrale Rolle spielen (LeDoux, 1995). Zum anderen handelt es sich um die emotionsrelevanten Bestandteile der genetischen Ausstattung. Für interindividuelle Unterschiede in Häufigkeit und Intensität negativer Primäremotionen (also vor allem Angst, Traurigkeit und Ärger) ist heute bekannt, daß sie in gewissem Maße auf genetische Personenunterschiede zurückgehen (vgl. Fulker, 1981).
- *Kognitive Strukturen* bestehen aus den Gedächtnisinhalten einer Person. Sie liegen der Interpretation von Situationsereignissen und dem aktuellen Bewußtseinsstrom zugrunde. Auf einige Typen solcher Strukturen wird unten näher eingegangen.

Emotionsstörungen sind häufig enger an zugrundeliegende Personbedingungen als an äußere Situationen geknüpft: Situationen kann man meiden oder verändern; der eigene Körper und die eigenen Gedächtnisinhalte hingegen

sind permanent vorhanden. Soweit nicht in erster Linie an objektiv negativen Situationsbedingungen (wie Arbeitslosigkeit, Armut etc.) anzusetzen ist, müssen therapeutische Maßnahmen deshalb an einer Veränderung überdauernder, für die jeweilige Störung verantwortlicher Persönlichkeitsstrukturen interessiert sein.

### 2.1.3 Interne Auslöseprozesse und Verhalten

Situative Ereignisse können erst in wahrgenommener Form emotionswirksam werden, und Gedächtnisinhalte oder andere Personstrukturen nehmen erst dann Einfluß, wenn sie aktiviert werden. Als kausal direkte Bedingungen von Emotionen sind also interne Auslöseprozesse anzusehen, die unmittelbar der Emotionsbildung zugrunde liegen.

- *Somatische Prozesse*. Emotionen sind eng mit dem neurohormonalen Haushalt verflochten. Bisher ist allerdings kaum geklärt, ob bzw. unter welchen Bedingungen Stoffwechselprozesse im Gehirn als Auslöser, Randbedingungen, modulierende Faktoren oder Konsequenzen von Emotionen anzusehen sind. Für periphere physiologische Prozesse (insbesondere periphere Aktivierung) und für motorische Prozesse des Emotionsausdrucks in Gesicht und Körpermuskulatur hingegen ist anzunehmen, daß sie im Regelfall eher als Konsequenzen denn als Auslöser von Emotionen anzusehen sind (Reisenzein, 1983).
- *Wahrnehmungen und Kognitionen*. Kognitive Prozesse werden heute als zentral für Emotionen und ihre Störungen angesehen. Auf perzeptive und kognitive Bedingungen wird deshalb gesondert ausführlicher eingegangen (s. Abschnitt 2.3).
- *Andere Emotionen*. Der jeweils vorangehenden Stimmungslage kommt eine modulierende Funktion bei der aktuellen Emotionsbildung zu (vgl. Pekrun, 1988). Dabei gilt insbesondere für positive Emotionen einerseits und negative Emotionen andererseits, daß sie im Regelfall nicht miteinander verträglich sind. Hieraus folgt u. a., daß bei vorherrschender positiver, entspannter Stimmungslage die Entstehung

von Angst oder Ärger erschwert ist (zu therapeutischen Konsequenzen; s. Kap. 30.3/Emotionsstörungen: Intervention).

- *Motivation und Verhalten.* Motivation kann mit Hoffnungen einhergehen, Ziele zu erreichen und mit Befürchtungen, sie zu verfehlen. Konflikte zwischen verschiedenen motivationalen Tendenzen sind deshalb häufig auch mit emotionalen Konflikten – Konflikten zwischen Furcht und Hoffnung – verknüpft. Verhalten kann unmittelbar Emotionen produzieren, die an die jeweilige Tätigkeit geknüpft sind (so kann z.B. körperliche Betätigung unmittelbar zum Empfinden von Lust oder Unlust führen). Darüber hinaus haben Verhalten und seine Folgen dann Emotionen zur Folge, wenn sie subjektiv bewertet werden.

Dysfunktionale Motivation (z.B. Motivationsmangel) und dysfunktionales Verhalten können dabei negative Verhaltensfolgen (z.B. Mißerfolge in Leistungssituationen) oder ein Ausbleiben positiver Folgen (beispielsweise Defizite an sozialer Anerkennung) nach sich ziehen. Ersteres produziert negative Emotionen, letzteres darüber hinaus Defizite an positiven Emotionen.

Die Rolle von Verhalten und seinen Folgen bei der Entstehung von Emotionsstörungen wird u. a. von Lewinsohns Verstärkerverlust-Theorie der Depression betont. In dieser Theorie wird postuliert, daß psychisch bedingte Depression primär auf einen Mangel an Verstärkern, also an positiven Lebensereignissen, zurückzuführen ist. Verstärkermangel wird dabei u. a. als eine Konsequenz von Verhaltensdefiziten angesehen (Lewinsohn, 1974).

## 2.2 Perzeptive und kognitive Bedingungen von Emotionsstörungen

In Abschnitt 2.1 wurden zwei Gruppen perzeptiv-kognitiver Emotionsbedingungen unterschieden: individuelle kognitive *Strukturen* (überdauernde Gedächtnisinhalte) und aktuelle perzeptive und kognitive *Prozesse*. Die im folgenden exemplarisch zu besprechenden Struktur- und Prozeßbereiche sind jeweils einer dieser beiden Kategorien (oder auch beiden) zuzuordnen. Dabei handelt es sich um a) Wahr-

nehmungsprozesse, b) Prozesse kognitiver Informationsverarbeitung, c) Selbstkonzepte, d) überdauernde und aktuelle Kausalattributionen, e) überdauernde und aktuelle Erwartungen und Valenzen und f) Abwehrmechanismen und verdrängte Gedächtnisinhalte.

Überdauernde kognitive Strukturen sind als Dispositionen aufzufassen, die von aktuellen situativen Stressoren aktiviert werden können. Soweit noch keine Emotionsstörung vorliegt, handelt es sich bei ihnen also zunächst um Faktoren individueller emotionaler *Vulnerabilität*. In den letzten zwanzig Jahren wurden theoretische Ansätze entwickelt, die das Zusammenwirken von kognitiven Strukturen und situativen Stressoren in der Entstehung von Emotionsstörungen thematisieren (sog. Diathese-Streß-Modelle; vgl. Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; Lazarus, 1991a; Metalsky, Joiner, Hardin & Abramson, 1993; Pekrun, 1988, 1992a).

### 2.2.1 Wahrnehmungsprozesse

Von kognitiven Emotionstheorien wurde häufig angenommen, daß Emotionen nicht direkt von Situationswahrnehmungen ausgelöst werden, sondern daß erst kognitive Bewertungen des jeweiligen Sachverhaltes stattfinden müssen (vgl. Lazarus, 1982, 1991b). Demgegenüber ist anzunehmen, daß in Wirklichkeit mindestens drei Formen von direkt wahrnehmungsgesteuerter, irreflektiver Emotionsbildung eine wichtige Rolle spielen:

a) *Angeborene wahrnehmungsgesteuerte Emotionsauslösung.* Angeborene Formen der Emotionsbildung sind vor allem in frühen Lebensabschnitten wesentlich. Bei ihnen werden bestimmte Stimuli in genetisch vorgeprägter Weise mit bestimmten Primäremotionen verknüpft (Beispiel: Furcht bei Tiefenwahrnehmungen). Genetisch bedingte Anteile können aber auch bei komplexerer Emotionsgenese und im späteren Leben eine Rolle spielen. Dies gilt z.B. für die vermutlich genetisch gesteuerte «Vorbereitetheit» des Menschen, Phobien auf bestimmte Objektklassen zu richten (Spinnen, Schlangen etc.), nicht aber auf andere (wie z. B. Kaninchen; vgl. McNally, 1987). Ein spezifisches Beispiel ist auch die individuelle Anfälligkeit für spontane (irreflektive, unmittelbar wahrnehmungsgesteuerte)

steuerte) Fremdenangst, die wesentlich zu sozialer Angst und Schüchternheit beiträgt (Asendorpf, 1989).

b) *Wahrnehmungsgesteuerte Emotionsauslösung aufgrund früher Konditionierung.* Bei lebensgeschichtlich frühem Lernen von Emotionen spielen Konditionierungsvorgänge, die nicht von deklarativen Kognitionen vermittelt werden und nicht bewußt erinnerbar sind, möglicherweise eine große Rolle (vgl. Jacobs & Nadel, 1985; LeDoux, 1995). Solche Konditionierungen könnten zur Folge haben, daß Wahrnehmungen bestimmter Stimuli unmittelbar emotionsauslösend werden und dies möglicherweise über das gesamte Leben hinweg bleiben (solange nicht effektive inhibierende Mechanismen gelernt werden). Als somatische Grundlage könnten u. a. direkte Projektionen von den sensorischen Verarbeitungsarealen im Thalamus zu den Amygdala dienen, die eine Emotionsauslösung unterhalb der Ebene kortikaler Verarbeitung erlauben (LeDoux, 1995). Aus neuropsychologisch fundierten Annahmen zur Nicht-Erinnerbarkeit entsprechender früher, emotionaler Gedächtnisinhalte (z. B. frühkindlicher traumatischer Erfahrungen) folgt, daß Erinnerungen aufdeckende therapeutische Strategien bei der Modifikation solcher Emotionsauslösung vermutlich wenig erfolgversprechend sind. Therapeutisch muß es dann eher darum gehen, den Erwerb von Mechanismen zu fördern, welche solche Arten von Emotionsauslösung hemmen können.

c) *Habitualisierte wahrnehmungsgesteuerte Emotionsauslösung.* Habitualisierte Emotionsbildung dürfte bei alltäglichen Emotionen und vielen Emotionsstörungen häufig sein. Sie entwickelt sich aus kognitiv vermittelter Emotionsbildung, wenn diese – auf der Basis wiederholter Situationen – in immer wieder gleichförmiger Weise abläuft. Dies führt zu einer zunehmenden Automatisierung und Verkürzung und letztlich zum Wegfall vermittelnder kognitiver Einschätzungsprozesse, bis schließlich Wahrnehmung und Emotion «kurzgeschlossen» sind (vgl. Pekrun, 1988). So wird z. B. ein Schüler zu Beginn seiner Erfahrungen mit einem bestimmten Lehrer und einem bestimmten Fach zunächst seine Chancen abschätzen und erst dann – im negativen Fall – Angst vor den mög-

lichen Resultaten bekommen. Hat er aber bereits eine längere Geschichte einschlägiger Mißerfolgserfahrungen hinter sich, so wird schon unmittelbar bei der Ankündigung einer Arbeit ein Angstgefühl in ihm hochsteigen.

Habitualisierte, irreflektive Emotionsbildung kann wieder kognitiv (re-)differenziert werden, wenn die jeweiligen Situationsabläufe sich ändern. Gestörte Emotionsbildung aber ist häufig dadurch gekennzeichnet, daß sie nach Habitualisierung erstarrt und kaum noch natürlichen Veränderungsprozessen unterliegt. Dem kann zugrundeliegen, daß der Betreffende neue situative Erfahrungen ignoriert oder Möglichkeiten zu solchen Erfahrungen gleich ganz aus dem Wege geht (z. B. bei Phobien). Wesentliches Ziel von Therapie muß es dann sein, Erfahrungen zu ermöglichen, die zu neuen Situations- und Bewältigungseinschätzungen, damit zu kognitiver Redifferenzierung der Emotionsbildung und auf diese Weise schließlich zum Abbau exzessiver negativer Emotionen führen (Foa & Kozak, 1986; Pekrun, 1988).

### 2.2.2 Prozesse kognitiver Informationsverarbeitung

Die kognitiv orientierte Forschung zu Emotionsstörungen hat sich mit unterschiedlichen Typen von Kognitionen (Kausalattributionen, Erwartungen etc.) beschäftigt, die Emotionsstörungen zugrundeliegen. Den Prozessen der Informationsverarbeitung hingegen, die zu solchen Kognitionen führen, wurde relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Zu den Ausnahmen zählt die Depressionstheorie von Beck (1967; Beck & Clark, 1991). Beck nimmt an, daß die kognitive Trias aus negativen Bewertungen von eigener Person, Umwelt und Zukunft zu depressiver Traurigkeit führt. Solche negativen Bewertungen führt er auf bestimmte systematische Fehler in der Verarbeitung selbst- und zukunftsrelevanter Informationen zurück. Hierzu zählen die folgenden, sich zum Teil überlappenden Kategorien von Denkfehlern:

a) *Willkürliche Schlüsse* aus vorhandener Information (Beispiel: negative Selbstbewertung, da der Fußballverein des Heimatortes verloren hat). b) *Selektive Abstraktion* von Einzelinformationen unter Mißachtung anderer Informatio-

nen. Hiervon kaum zu trennen ist c) *Übergeneralisierung* vorliegender Informationen (Beispiel: negative Einschätzung eigener Leistungsfähigkeit, wenn die Leistungen in nur einem Teilgebiet schlecht ausfallen). d) *Maximierung und Minimierung*: Überschätzung oder Unterschätzung, z. B. des eigenen Status in der Freundesgruppe. e) *Personalisierung* liegt dann vor, wenn der Betreffende negative Ereignisse (z. B. Bemerkungen anderer) gleich auf seine Person bezieht. f) *Verabsolutierendes Denken* schließlich besteht in einem Denken in Schwarz-Weiß-Kategorien: Entweder man ist absolut gut, oder, wenn dies nicht eindeutig der Fall ist, absolut schlecht.

Für die Intensität und Persistenz von Emotionen dürfte darüber hinaus auch ganz entscheidend sein, in welchem Maße die vorhandenen Kognitionen gedanklich elaboriert werden (vgl. Singer, 1978). So dürfte z. B. Angst vor allem dann intensiv und langandauernd sein, wenn negative Erwartungen als visuelle, bildhafte Vorstellungen («Imagination») ausdifferenziert werden. Solche Phantasietätigkeit kann dann beispielsweise dazu führen, daß eine bevorstehende Prüfung in allen negativen Einzelheiten ausgemalt wird; damit wird Angst konserviert (umgekehrt können über positive Imaginationen negative Emotionen reduziert werden).

### 2.2.3 Selbstkonzepte

Selbstkonzepte umfassen selbstbezogene Informationen, die im Gedächtnis gespeichert sind. Es handelt sich also um überdauernde, selbstbezogene kognitive Repräsentationen. In aktivierter Form bestimmen sie über die Verarbeitung selbstbezogener Informationen, die von außen kommen, und über die aktive Eigenproduktion solcher Informationen. Sie beeinflussen damit aktuelle Einschätzungen der eigenen Person, ihrer Vergangenheit, ihrer gegenwärtigen Lebenssituation, ihrer zukünftigen Handlungsmöglichkeiten etc. Selbstkonzepte können deshalb alle Emotionen beeinflussen, die sich auf die eigene Person in Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft beziehen.

Eine Reihe von kognitiven Emotionstheorien tragen dieser Tatsache Rechnung. Prominent sind die bereits skizzierte Depressionstheorie

von Beck (1967) und die Selbstkonzeptdiskrepanz-Theorie von Higgins (Higgins, Klein & Straumann, 1985; Higgins, Roney, Crowe & Hymes, 1994). Beck nimmt an, daß negative Selbstkonzepte (Einschätzungen von eigener Person und Zukunft) für depressive Störungen zentral sind (s. o.). Tatsächlich zeigt die empirische Evidenz, daß das Ausmaß aktueller Depressivität in studentischen Stichproben negativ mit Selbstkonzeptwerten korreliert, und daß klinisch diagnostizierte Depression ebenfalls mit vergleichsweise negativen Selbstkonzepten und negativem allgemeinem Selbstwertgefühl einhergeht (z. B. Dent & Teasdale, 1988).

Die Selbstkonzeptdiskrepanz-Theorie von Higgins und Mitarbeitern geht über den Ansatz von Beck hinaus, indem sie die Rolle unterschiedlicher Selbstkonzeptstrukturen für unterschiedliche Emotionen thematisiert. Unterschieden werden u. a. drei Typen von Selbstkonzepten: das Real-Selbstkonzept (Einschätzung des Ist-Zustands der eigenen Person), das Ideal-Selbstkonzept (Einschätzung, wie man als Person selber gerne sein möchte), und das Soll-Selbstkonzept (Einschätzungen, wie man sein sollte). Behauptet wird u. a., daß Diskrepanzen von Ideal- und Real-Selbstkonzept zu depressiver Emotion führen, Diskrepanzen von Soll- und Real-Selbstkonzept hingegen zu Angst. Die vorliegenden Befunde bestätigen diese Annahmen, obschon weder die vermittelnden Mechanismen noch die Richtung des kausalen Zusammenhangs hinreichend geklärt sind (vgl. Higgins, Bond, Klein & Straumann, 1986).

Es läßt sich allerdings argumentieren, daß nicht nur niedrige, sondern auch hohe Selbstkonzepte problematisch werden können. Dies gilt z. B. möglicherweise dann, wenn ein hohes Selbstwertgefühl durch negative Informationen von außen unter Bedrohung gerät und hierauf mit Ärger und Aggression reagiert wird. In Mechanismen dieser Art könnte eine wesentliche Quelle von Ärger und resultierenden Gewalthandlungen liegen (Baumeister, Smart & Boden, 1996).

### 2.2.4 Kausalattribution

In den letzten fünfzehn Jahren wurden eine Reihe von Ansätzen entwickelt, die Kausalattributionen von persönlich wichtigen Ereignissen

eine zentrale Rolle für die Emotionsbildung zusprechen. Ein allgemeiner, die Entstehung unterschiedlicher Emotionen thematisierender Ansatz dieser Art wurde von Weiner vorgelegt (vgl. Weiner, 1985). Im klinischen Bereich bekannter geworden ist die reformulierte Theorie zu Hilflosigkeit und Depression, die von Seligman und Mitarbeitern entwickelt wurde (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Diese Theorie führt depressive Traurigkeit u. a. auf negative handlungsbezogene Erwartungen zurück, die ihrerseits als Folge internaler, globaler und stabiler Kausalattributionen zurückliegender, negativer Ereignisse erklärt werden. Die vorliegende empirische Evidenz bestätigt, daß ungünstige Kausalattributionen einerseits und Depression andererseits tatsächlich positiv korreliert sind (vgl. Robins, 1988). Da Seligmans Theorie auch die Motivations- und Handlungsdefizite zu erklären versucht, die für Depression typisch sind, wird sie im Kapitel Motivation näher besprochen.

### 2.2.5 Erwartungen und Valenzen

Für die Entstehung zukunftsgerichteter Emotionen sind Erwartungen zukünftiger Ereignisse zentral. Erwartungen werden deshalb von vielen kognitiven Emotionstheorien als wichtige Emotionsbedingungen angesehen. Ein mittlerweile klassisches Beispiel ist der Ansatz von Lazarus (1966, 1991a). Lazarus nimmt an, daß auf der Basis von aktueller Situation und Persönlichkeitsbedingungen zukunftsbezogene Einschätzungen vorgenommen werden, die zur Auslösung entsprechender Emotionen führen. Dabei wird in einer ersten Einschätzung («primary appraisal») zunächst beurteilt, inwieweit aus der jeweiligen Situation Bedrohungen zu erwarten sind (Beispiel: ein Schüler erwartet, daß er eine Klassenarbeit nicht bestehen wird, wenn er keine Gegenmaßnahmen ergreift). Wird die Situation als bedrohlich eingeschätzt, so werden in einer zweiten Stufe («secondary appraisal») die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten geprüft.

Werden bei einer als bedrohlich eingestuften Situation Bewältigungsmöglichkeiten wahrgenommen und als hinreichend eingeschätzt, so kommt es zu Ärger und Angriffsverhalten; werden sie als nicht hinreichend eingeschätzt, zu

Furcht und Flucht. Werden keine Bewältigungsmöglichkeiten wahrgenommen, resultieren Angst und anschließende Maßnahmen der Angstbewältigung (z. B. Aufmerksamkeitsumlenkung weg von der betreffenden Situation). Beispiel: Der betreffende Schüler sieht keine Maßnahmen zur Vermeidung des drohenden Mißerfolgs; er bekommt infolgedessen Angst und versucht, Gedanken an die Klassenarbeit aus dem Wege zu gehen. Im Anschluß an die jeweiligen Bewältigungsmaßnahmen wird eine Neubewertung («reappraisal») der Situation vorgenommen, und die Kausalkette kann – je nach Bewertungsergebnis – von neuem durchlaufen werden.

Die Theorie von Lazarus hat sich als heuristisch sehr fruchtbar erwiesen. Zu kritisieren ist aber u. a., daß sie nicht-kognitiven Formen der Emotionsentstehung keinen Raum läßt. Ein Versuch, solchen Kritikpunkten gerecht zu werden und gleichzeitig Annahmen unterschiedlicher Emotionstheorien untereinander und mit motivationspsychologischen Ansätzen zu integrieren, wurde vom Autor vorgelegt (Zeit-Wert-Distanz-Modell; Pekrun, 1988, 1992a). Kernstück ist ein Erwartungs-Wert-Modell der Genese zukunftsbezogener Emotionen.

Angenommen wird in diesem Modell, daß kognitive Emotionsentstehung nur eine unter mehreren Möglichkeiten der Aktualgenese von Emotionen darstellt. Als wichtig werden daneben u. a. angeborene und gelernte Formen wahrnehmungsgesteuerter Emotionsgenese angesehen. Für die kognitiv vermittelte Entstehung zukunftsgerichteter Emotionen wird postuliert, daß sie von Erwartungen und subjektiven Valenzen zukünftiger Ereignisse abhängt. So wird z. B. für kognitive Angstgenese behauptet, daß zwei Arten kognitiver Einschätzungen notwendig sind, damit Angst entsteht: Erwartungen negativer Ereignisse (die ihrerseits auf situationsbezogenen Erwartungen einerseits und Bewältigungserwartungen andererseits beruhen); und eine hinreichend hohe persönliche Wichtigkeit («Valenz») dieser Ereignisse. In diesem Sinne hat man z. B. Angst vor einer Prüfung dann, wenn a) ein Mißerfolg möglich oder wahrscheinlich ist und b) einem das Ergebnis der Prüfung nicht gleichgültig ist.

Schließlich wird von diesem Modell auch spezifiziert, worin emotionsbegünstigende Persönlichkeitseigenschaften bestehen. Als zentral

für die Entstehung zukunftsbezogener Emotionen werden generalisierte, im Gedächtnis gespeicherte Erwartungs- und Valenzüberzeugungen zu zukünftigen Ereignissen angesehen.

Empirisch hat sich in den letzten Jahren u. a. gezeigt, daß negative Erwartungen einerseits und Prüfungsangst, soziale Angst sowie Depression andererseits tatsächlich miteinander korrelieren (vgl. Bandura, 1986; Pekrun, 1992a). Hingegen mangelt es an Evidenz zur Rolle von subjektiven Ereignisvalenzen, und es mangelt an Studien, die über querschnittliche Korrelationen hinaus auch den Stellenwert solcher Variablen als vorauslaufende *Bedingungen* zukunftsgerichteter Emotionen analysieren (zu den Ausnahmen zählen Studien wie Krampen, 1988). Unklar bleibt damit vorläufig auch, welcher relative Stellenwert Erwartungen und Valenzkognitionen im Gesamtgefüge möglicher Emotionsbedingungen tatsächlich zukommt.

### 2.2.6 Abwehrmechanismen und verdrängte Gedächtnisinhalte

Bei Abwehrmechanismen handelt es sich um kognitive Mechanismen, die angstinduzierende Affekte, Emotionen und die damit verknüpften Informationen so transformieren, daß sie ertragbar werden. Die potentiell große Rolle solcher Mechanismen für Emotionsstörungen wurde bisher vor allem von psychoanalytischen Autoren thematisiert. Ein prototypisches Beispiel ist die zweite Angsttheorie von Freud (1926; «Signaltheorie» der Angst). Diese Theorie versuchte, gleichzeitig eine Erklärung für Phobien und ein allgemeines Fundament psychoanalytischer Neurosenlehre zu liefern. Freud nimmt an, daß Phobien Verschiebungen von Ängsten beinhalten, die aus sexuellen oder aggressionsbezogenen Konflikten stammen; sie dienen der Vermeidung einer Auseinandersetzung mit diesen Konflikten. Die Psychoanalyse hat zur Untermauerung solcher Annahmen vor allem klinische Fallberichte vorgelegt (exemplarisch ist der von Freud, 1909, geschilderte Fall des «kleinen Hans»). Bei der psychoanalytischen Interpretation solcher Fallberichte aber stellen sich eine Reihe von Problemen. Zu kritisieren ist vor allem, daß eine Bedingungskette wie die von Freud unterstellte unter mangelnder empirischer Überprüfbarkeit leidet. Partiiell beobacht-

bar sind nur die Endpunkte der skizzierten Bedingungskette: sexuelle und aggressive Regungen gegenüber Mutter bzw. Vater einerseits; die jeweilige Phobie andererseits. Abwehrmechanismen und (von Freud als eher unbewußt angenommene) Kastrationsängste hingegen entziehen sich der unmittelbaren klinischen Beobachtung. Freuds Erklärung phobischer Angststörungen ist damit in der vorgelegten Form kaum beweisbar, gleichzeitig aber auch kaum widerlegbar. Ähnliches gilt für neuere psychoanalytische Theorien zu Emotionsstörungen (z. B. Arieti, 1979).

Um so bedauerlicher ist es, daß systematische Analysen zu Abwehrmechanismen von kognitionspsychologischer Seite vorläufig noch in den Anfängen stehen (z. B. Erdelyi, 1985). Allerdings wurden schon seit den fünfziger Jahren empirische Untersuchungen zu momentanen und habituellen Prozessen der Wahrnehmungsabwehr durchgeführt (vgl. Krohne & Rogner, 1982; Krohne, 1996). Nachgewiesen wurde in den letzten Jahren u. a., daß unangenehme Lebensereignisse auch bei Speicherung im Gedächtnis nachträglich verdrängt werden können (was sich in reduzierter Zugänglichkeit des jeweiligen Gedächtnismaterials äußert; Davis & Schwartz, 1987).

### 2.2.7 Nachbemerkung

Die oben skizzierte Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, daß eine Reihe kognitiver Strukturen und Prozesse mit Emotionsstörungen korreliert sind. Drei kritische Fragen hingegen sind vorläufig nicht hinreichend geklärt: a) Häufig sind kognitive Variablen (z. B. negative Selbstkonzepte) mit unterschiedlichen Störungen (z. B. Angst und Depression) in ähnlicher Weise korreliert. Die Forschung zu differentiellen kognitiven Bedingungen unterschiedlicher Störungen aber steht erst am Beginn (z. B. Higgins, Klein & Straumann, 1985). b) Korrelationen geben über zugrundeliegende Bedingungsbeziehungen nur unzureichend Aufschluß. Bisher aber liegen – über Querschnittstudien hinaus – nur wenige prospektive, bedingungsanalytische Längsschnittstudien vor (vgl. Metalsky, Joiner, Hardin & Abramson, 1993). Weitgehend unklar ist also vorläufig, unter welchen Randbedingungen kognitive Faktoren jeweils als Be-

dingungen, Komponenten oder Konsequenzen von Emotionsstörungen anzusehen sind. c) Meist wurden von einzelnen Studien jeweils nur einzelne Kognitionsarten untersucht, und selten wurden gleichzeitig auch nicht-kognitive Bedingungen einbezogen. Über die relative Wichtigkeit unterschiedlicher kognitiver Variablen läßt sich deshalb vorläufig wenig aussagen (hierzu auch Crocker, Alloy & Kayne, 1988). Auch die kritische Frage, welche Rolle kognitive Bedingungen im Gesamtgefüge unterschiedlicher Störungsursachen spielen, ist damit gegenwärtig kaum beantwortbar.

### 2.3 Konsequenzen von Emotionsstörungen

- *Emotionswirkungen auf somatische Prozesse.* Emotionen nehmen Einfluß auf neurochemische und periphere physiologische Prozesse (wie z. B. periphere Aktivierung) und auf das Ausdrucksverhalten. Funktion solcher Einflüsse ist u. a., den Organismus in einen physiologischen Bereitschaftszustand zur Ausführung motorischen Verhaltens zu versetzen (insbesondere bei Angst und Ärger) oder solches Verhalten zu hemmen (bei Traurigkeit).

- *Emotionswirkungen auf Wahrnehmungen und Kognitionen.* Emotionen haben zur Folge, daß emotionskongruente Wahrnehmungen und Kognitionen begünstigt werden: Emotionen erleichtern die Aktivierung von Gedächtnisstrukturen, die zu ihnen kongruent sind (vgl. Johnson & Magaro, 1987). So begünstigt z. B. depressive Traurigkeit die Aktivierung negativer gespeicherter Selbstbewertungen, erschwert hingegen eine Aktivierung positiver Bewertungen. Da Wahrnehmungen und Kognitionen entscheidend an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Emotionsstörungen beteiligt sind (s. o.), beinhaltet dies, daß Emotionen über Aktivierungen zugeordneter Gedächtnisinhalte aufrechterhaltend auf sich selber zurückwirken. Dies erklärt einen Teil der Persistenz von Emotionsstörungen.

Darüber hinaus beanspruchen Emotionen Aufmerksamkeit (dies gilt insbesondere für ihre kognitiven Komponenten). Sie reduzieren damit die verfügbare Kapazität des Arbeitsgedächtnisses und nehmen infolgedessen ne-

gativen Einfluß auf Denk- und Problemlöseprozesse, die solche Kapazität beanspruchen, also vor allem auf kontrollierte Denkprozesse zu schwierigen und komplexen Aufgabenstellungen. Dies erklärt u. a. einen Teil des negativen Einflusses von Angst und depressiver Traurigkeit auf intellektuelle Leistungen und komplexes Sozialverhalten (vgl. Ellis & Ashbrook, 1988; Sarason, 1980). Solchen Effekten können sich allerdings Emotionseffekte auf leistungsbezogene Motivationen überlagern, so daß die Gesamteffekte auf Leistungen von der Konstellation einer Reihe von Einzelbedingungen abhängen (hierzu Pekrun, 1992b). Die Leistungseffekte von intensiver Angst und Traurigkeit sind insgesamt meist negativ.

- *Emotionswirkungen auf Motivation und Verhalten.* Emotionen gehören zu den wichtigsten motivationsstiftenden Kräften. Sie verleihen Situationen, Handlungen und ihren Folgen emotionale Wertigkeiten (Valenzen) positiver und negativer Art. Damit liegen sie wesentlich der Bildung von Handlungswünschen und Absichten zugrunde.

Wichtig für die Motivationsbildung sind vor allem zukunftsgerichtete Emotionen. In der Regel führt Angst zu Flucht- und Vermeidungsmotivation, Ärger zu Angriffsmotivation, Traurigkeit zu einer Reduktion von Annäherungsmotivation und zukunftsgerichtete Freude (Hoffnung, Vorfreude) zu einer Stärkung von Annäherungsmotivation. Im einzelnen können solche Effekte allerdings sehr komplex sein (Pekrun, 1992b). So kann z. B. Angst, die auf die Vermeidung eines Mißerfolgs gerichtet ist, unter bestimmten Situationsbedingungen Aufgabenmotivation reduzieren, unter anderen Bedingungen hingegen Motivation zu mißerfolgsmeidendem Aufgabenverhalten erhöhen. Hinzu kommt, daß intensive und persistente negative Emotionen Motivation zur Emotionsbewältigung erzeugen (s. u.; vgl. Morris & Reilly, 1987), so daß z. B. auch Traurigkeit sekundär zu Motivation führen kann, Probleme aktiv anzugehen (evtl. auch in Gestalt negativer, z. B. suicidalen Lösungen). Über ihre Motivations- und Verhaltenseffekte wirken Emotionen schließlich auch auf die *Umwelt* der Person ein.

- *Emotionsbewältigung.* Emotionen können also in vielfältiger Weise andere psychische und

physische Teilsysteme des Menschen direkt beeinflussen. Bei Emotionen, die als störend erlebt werden, können Emotionswirkungen aber auch durch Absichten vermittelt werden, die betreffende Emotion zu reduzieren. Absichtlich durchgeführte Maßnahmen zur Emotionsreduktion werden häufig als «Emotionsbewältigung» (emotionsbezogenes «Coping») bezeichnet (vgl. Krohne, 1996). Emotionen können reduziert werden, indem die emotionsauslösenden Umstände verändert werden, oder indem versucht wird, die Emotion direkt zu beeinflussen. Unterschieden wird deshalb üblicherweise zwischen *problemorientierten* und *emotionsorientierten* Formen der Bewältigung (vgl. Lazarus, 1991a).

Bei beiden Arten von Bewältigungsformen kann es sich um kognitive, verhaltensmäßige oder körperbezogene Maßnahmen handeln. Beispiele für problemorientierte Bewältigung sind Maßnahmen zur Veränderungen der eigenen Umwelt, eine Steigerung eigener Kompetenzen oder die Suche nach problembezogener sozialer Unterstützung. Um emotionsorientierte Bewältigungsversuche handelt es sich z. B. bei gedanklicher Umbewertung der Situation, Umlenkung der Aufmerksamkeit weg von bedrohlichen Reizen, Suche nach emotionsbezogener sozialer Unterstützung (wie Trost), Maßnahmen

zur Entspannung und der Einnahme von Pharmaka oder Drogen. In diesem Sinne können auch die oben (s. Abschnitt 2.2.6) thematisierten kognitiven Abwehrmechanismen im Dienste einer emotionsorientierten Bewältigung stehen (eine differenzierte Darstellung zu den Problemen des Begriffs «Bewältigung» und unterschiedlichen Bewältigungsformen findet sich in Krohne, 1996).

Vergleicht man diese Liste möglicher Wirkungen mit den oben diskutierten möglichen Bedingungen von Emotionsstörungen, so fällt auf, daß Bedingungen und Wirkungen großteils denselben Kategorien angehören. Tatsächlich ist anzunehmen, daß Bedingungen/Wirkungen einerseits und Emotionen andererseits in wechselseitigen Verflechtungen stehen, Emotionen also in der Regel auf Ihre Bedingungen zurückwirken (vgl. Abb. 1). Es handelt sich hier – systemtheoretisch gesprochen – um aktualgenetische Rückkopplungsprozesse (Pekrun, 1988). Solche Rückkopplungen sind großteils positiv, da Emotionen meist aufrechterhaltend auf ihre Bedingungen einwirken (dies gilt z. B. – wie oben diskutiert – für Kognitionen einerseits und Emotionen andererseits). Die Folge ist, daß vor allem intensive Emotionen dann, wenn sie einmal ausgelöst worden sind, zu einer Selbstperpetuierung neigen.

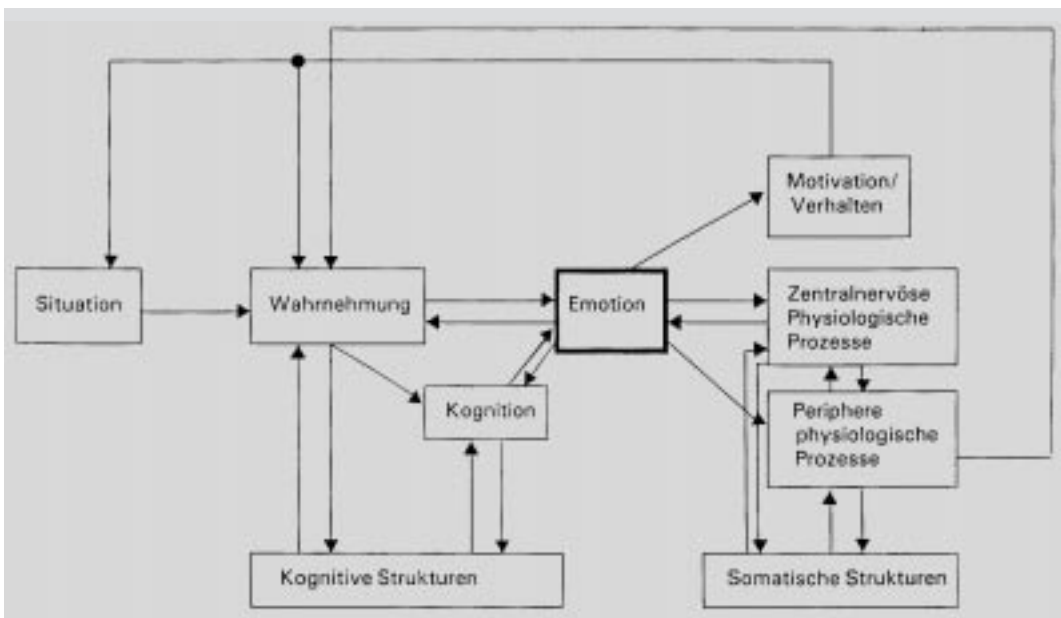


Abbildung 1: Bedingungen und Wirkungen von Emotionsstörungen (vereinfacht)

Aufrechterhaltende Rückkopplungen sind als Kern vor allem solcher Emotionsstörungen anzusehen, die aus langanhaltenden negativen Emotionen bestehen (im folgenden wird dies für einige klinische Störungen diskutiert). Kritisch ist deshalb die Frage, wie solche Kreisprozesse aufgebrochen werden können. Normalerweise geschieht dies vor allem als Folge externer Situationsänderungen oder auf der Basis von Motivation zur Emotionsbewältigung. In klinischen Fällen aber greifen solche Mechanismen nicht mehr, und es muß therapeutisch interveniert werden.

### 3. Emotionsstörungen und klinische Syndrome

Emotionsstörungen stehen im Zentrum vieler psychopathologischer Syndrome, stellen also zentrale Komponenten komplexerer Störungen dar. Dabei stehen sie normalerweise nicht isoliert neben anderen Komponenten, sondern stehen mit ihnen in Bedingungsverflechtungen: Sie beeinflussen andere Symptome und werden von ihnen ihrerseits beeinflusst. Im folgenden wird kurz der Stellenwert von emotionalen Störungen für einige wesentliche Kategorien klinischer Syndrome geschildert.

#### 3.1 Phobische Störungen

Phobische Störungen umfassen objektspezifische persistierende Angst und zugeordnetes Vermeidungsverhalten. Dabei ist anzunehmen, daß Angst für das jeweilige Vermeidungsverhalten kausal verantwortlich ist: Angst vor einem Objekt (z. B. Schlangen) oder einer Situation (z. B. Prüfungen) führt zu Motivation, dieses Objekt bzw. die betreffende Situation zu vermeiden. Vermeidungsverhalten aber wirkt seinerseits aufrechterhaltend auf die jeweilige Angst zurück: Da der Konfrontation mit der gefürchteten Situation aus dem Wege gegangen wird, besteht kaum eine Chance, daß die angstproduzierenden Erwartungen und Valenzen abgebaut werden. Durch Therapie, die auf Gewinnung realistischer Erfahrungen mit dem Angstobjekt und damit auf den Abbau negativer Erwartungen und Valenzen zielt, kann die-

ser Teufelskreis durchbrochen werden (Foa & Cozak, 1986).

#### 3.2 Zwangsstörungen

Zwangsstörungen können, aber müssen nicht mit exzessiver Angst und Traurigkeit einhergehen. Die Rolle von Angst und Traurigkeit scheint dabei vor allem in folgendem zu bestehen:

a) Zwangsverhalten (z. B. hundertfaches Händewaschen am Tag) kann subjektiv der Vermeidung von Ereignissen dienen, vor denen Angst besteht (also z. B. Angst, sich anzustecken). Solches Verhalten dient dann sowohl zur Vermeidung der betreffenden Ereignisse wie zur Reduktion erlebter Angst (bei angstbedingtem Zwangsverhalten bestehen offensichtliche Parallelen zwischen Zwangsstörungen und Phobie). Grundlage dürften in solchen Fällen realitätsunangemessene Ereigniserwartungen, Ereignisvalenzen und Überzeugungen zur Effizienz von Vermeidungsverhalten sein (s. Kap. 31.2./ Motivationsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse).

b) Für exzessive Traurigkeit hingegen ist zu vermuten, daß sie vor allem als *Folge* von Zwangsgedanken und -handlungen zu erklären ist: Sind solche Gedanken und Handlungen so übergreifend, daß sie die täglichen Lebensvollzüge beeinträchtigen, so kommt es sekundär zu einem Verlust an positiven Lebensereignissen (Verstärkern), der Traurigkeit bewirkt.

#### 3.3 Affektive Störungen

Traurigkeit ist eines der Leitsymptome von *Depression* (vgl. Kap. 36/Depressive Störungen). Dabei wird depressive Traurigkeit häufig als qualitativ verschieden von normaler Traurigkeit erlebt. Hinzutreten können andere negative Emotionen (Angst, Ärger, Schuldgefühle) sowie Defizite positiver Emotionen. Aus der Perspektive kognitiver Emotionspsychologie können depressive Emotionen vor allem in folgenden Funktionszusammenhängen stehen:

a) Negative kognitive Einschätzungen vergangener, gegenwärtiger und zukünftiger Ereignis-

se führen zu Traurigkeit, die ihrerseits aus gedächtnispsychologischen Gründen (s. o.) negative Kognitionen begünstigt. Kognitionen und Traurigkeit sind also kausal wechselseitig miteinander verflochten. Von der empirischen Forschung wird bestätigt, daß klinisch diagnostizierte Depression meist mit negativen Kognitionen einhergeht, obschon die zugrundeliegenden Bedingungsbeziehungen bisher kaum geklärt sind (s. Kasten 1; vgl. auch Me-

talsky, Halberstadt & Abramson, 1987; Metalsky, Joiner, Hardin & Abramson, 1993).

b) Defizite positiver Emotionen, die normalerweise in emotional belohnender Weise an bestimmte Handlungen und Handlungsfolgen geknüpft sind, beinhalten einen Verlust positiver Situations- und Handlungsvalenzen. Valenzverlust aber führt zur Reduktion von Motivation (s. Kap. 31/Motivationsstörungen). An-

### Kasten 1 Depression und Kognitionen (Hedlund & Rude, 1995)

#### Fragestellung

Ziel der Untersuchung war es, depressionstypische kognitive Schemata und aktuelle Kognitionen bei Personen mit akuter Depression, mit vorausgegangener Depression und depressionsfreien Personen zu vergleichen. Im Sinne der Depressionstheorie von Beck wurde angenommen, daß nur Personen in einer akuten depressiven Phase depressionstypische aktuelle Kognitionen zeigen, überdauernde negative Selbstschemata aber auch bei Personen mit vorausgegangener Depression nachweisbar sind.

#### Methode

- *Stichprobe:* Die Stichprobe bestand aus Personen in einer akuten depressiven Phase (N = 20), Personen mit einer vorausgegangenen depressiven Phase (N = 15) und Personen, die nie zuvor depressiv waren (N = 18).

- *Untersuchungsverfahren:* Anhand von Fragebögen und experimentellen Verfahren wurde eine größere Zahl kognitiver Variablen erhoben. Bei den Fragebögen wurden u. a. verwendet:

Dysfunctional Attitudes Scale (DAS; vgl. Cane, Olinger, Gotlib & Kuiper, 1986); auf der Grundlage der Depressionstheorie von Beck werden dysfunktionale, negative selbstbezogene Einstellungen erhoben (Itembeispiel: «Wenn ich nicht so viel leiste wie andere, bedeutet dies, daß ich als Mensch weniger wert bin»).

Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ; Hollon & Kendall, 1980); erfaßt wird die Häufigkeit negativer, «automatischer» Kognitionen während der jeweils vorangegangenen Woche.

Scrambled Sentences Test (Wenzlaff, 1993), ein Verfahren zur Erfassung depressionsrelevanter Selbstschemata. Aus positiv oder negativ interpretierbaren Wortreihen wie «winner born I am loser a» sind syntaktisch korrekte Sätze zu bilden. Die Anzahl gebildeter negativer Sätze dient als Indikator für das Vorliegen überdauernder negativer Selbstschemata.

#### Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigten für aktuell depressive Personen deutlich höhere DAS- und ATQ-Werte, während sich diese Werte für frühere Depressive und depressionsfreie Personen so gut wie nicht unterschieden. Hieraus läßt sich folgern, daß bewußte, aktuelle depressionstypische Kognitionen tatsächlich nur für akut vorliegende Depression charakteristisch sind. Im Scrambled-Sentences-Test hingegen waren die Werte nicht nur bei den akut Depressiven, sondern auch bei den Personen mit vorausgegangener Depression signifikant höher als bei nicht-depressiven Personen. Dies bestätigt empirisch die Unterscheidung von überdauernden kognitiven Strukturen, die als Vulnerabilitätsfaktoren für Emotionsstörungen anzusehen sind, einerseits und aktuellen, unmittelbar Depression auslösenden bzw. aufrechterhaltenden Kognitionen andererseits.

schließende Handlungseinschränkung kann negative Ereignisse (z. B. Verlust des Arbeitsplatzes) und ein Ausbleiben positiver Ereignisse zur Folge haben, was wiederum negative Emotionen auslöst und positive reduziert.

Negative Kognitionen, exzessive negative Emotionen, Defizite positiver Emotionen, reduzierte Motivation und reduziertes Handeln sind bei Depression also typischerweise so miteinander verflochten, daß sie sich gegenseitig aufschaukeln und zum Persistieren des depressiven Zustands führen. Ein Aufbrechen eines solchen Kreislaufs dürfte – außerhalb von Therapie – vor allem a) Änderungen im emotionsbedingenden neurochemischen Stoffwechsel, b) externe Situationsänderungen oder c) eigene Maßnahmen zur Depressionsbewältigung (Morris & Reilly, 1987) voraussetzen. Im extremen Negativfall wird die Depression bewältigt, indem Selbstmord begangen wird.

Anders ist die Situation bei *manischen Zuständen*, die durch Euphorie (oder auch durch Reizbarkeit) und Hyperaktivität gekennzeichnet sind. Euphorische Freude ist hier als eine wesentliche Grundlage exzessiver Motivationsbildung anzusehen, die ihrerseits zu hektischer, meist wenig koordinierter Aktivität führt. Trotz des häufigen Ausbleibens positiver Handlungsergebnisse aber wird die euphorische Stimmung während manischer Phasen meist beibehalten, da auch negative Handlungsergebnisse positiv interpretiert werden und sich während solcher Phasen kaum in reduzierten Einschätzungen zukünftiger Handlungsmöglichkeiten niederschlagen. Kognition und Realität sind also entkoppelt, woraus folgt, daß auch die betreffenden Emotionen kaum der Realität angemessen sind.

### 3.4 Schizophrene Störungen

Anders als bei anderen klinischen Störungen findet sich in der Gruppe der Schizophrenien keine einheitliche emotionale Symptomatik (vgl. Kap. 35/Schizophrenie). Häufig sind vor allem drei Aspekte zu beobachten:

a) Defizite positiver wie negativer Emotionen, also ein insgesamt «flaches» Emotionserleben (z. B. beim «desorganisierten Typus» der Schizophrenie).

b) Intensive, plötzlich einsetzende und häufig wechselnde Emotionen, die nach üblichen Maßstäben oft situationsinadäquat sind (z. B. Lachen, wenn ein Angehöriger gestorben ist).

In beiden Fällen ist der Emotionshaushalt großteils realitätsunangemessen (dies gilt auch für defizitäre Emotionen, da Schizophrene der erstgenannten Kategorie auch bei einschneidenden Ereignissen in ihrer Umwelt häufig emotional nicht reagieren). Zudem sind in beiden Fällen vorhandenes bzw. fehlendes Emotionserleben häufig nicht in nachvollziehbarer Weise an vorliegende Situationseinschätzungen oder andere Kognitionen gekoppelt. Psychoanalytische, verhaltenstheoretische und kognitive Emotionserklärungen aber setzen durchwegs ein Minimum an Kohärenz von Lebenssituationen und Kognitionen einerseits und Emotionen andererseits voraus.

Sie sind deshalb auch durchwegs kaum in der Lage, diese beiden Typen schizophrener Emotionsstörungen zu erklären. Im übrigen gilt für die erstgenannte Kategorie, daß Emotionsdefizite hier entscheidend zu Motivations- und Handlungsdefiziten beitragen dürften (s. Kap. 31.3/Motivationsstörungen: Ätiologie, Bedingungsanalyse).

c) Etwas anders ist die Situation bei paranoider Schizophrenie. Sie ist häufig durch Verfolgungs- oder Eifersuchtswahn gekennzeichnet, der in alltags- und emotionspsychologisch nachvollziehbarer Weise zu Angst und/oder Ärger bzw. Wut führt: Verfolgungswahn schließt Kognitionen drohender Schädigung durch Verfolger ein (Analoges gilt für Eifersuchtswahn). Solche Kognitionen führen – je nach Überwiegen von Nichtbewältigungs- oder Bewältigungseinschätzungen – zu Angst vor Verfolgung oder zu Ärger und Wut auf die Verfolger. Konsequenz solcher Emotionen kann entsprechende Vermeidungs- oder Gegenwehrmotivation sein, die zu ausgebauten Handlungssystemen führen kann, die das gesamte sonstige Dasein überschatten.

### 3.5 Körperliche Krankheiten, mitbedingt durch psychologische Faktoren

Bei diversen körperlichen Erkrankungen finden wir psychische Faktoren als Verursacher und

Mitverursacher (vgl. den Begriff «psychosomatische Störungen»). Eine wesentliche Gruppe solcher Faktoren sind negative Emotionen; sie spielen bei diversen Erkrankungen eine zentrale Rolle. Erst ansatzweise ist allerdings geklärt, welche Mechanismen dafür verantwortlich sind, daß Emotionen zu körperlichen Störungen führen. Drei wichtige Mechanismen dürften darin bestehen, daß Emotionen (1) auf das Immunsystem (z.B. Weisse, 1992), (2) auf den Hormonhaushalt und (3) auf periphere physiologische Aktivierung (z.B. Herzrate und Blutdruck) Einfluß nehmen. Vor allem die folgenden Emotionen scheinen eine Rolle zu spielen:

a) Wichtig für die Entstehung eines *Ulcus* (Magen- bzw. Zwölffingerdarm-Geschwür) sind neben bakteriellen Infektionen offenbar Emotionen, die angesichts nur unzureichend kontrollierbarer Situationen entstehen: Angst und Gefühle von Hilflosigkeit und Überforderung.

b) Bewältigungsorientierter Ärger hingegen scheint zentral zu sein für die Entstehung von *essentieller Hypertonie* (Bluthochdruck) und damit auch für *Angina pectoris* und *Herzinfarkt*. Ärger und Feindseligkeit gehören zu denjenigen Komponenten der «Typ A»-Persönlichkeit, in denen deutliche Unterschiede zwischen Personen mit und ohne kardiovaskulären Störungen bestehen (Matthews, 1988; Hodapp & Schwenkmezger, 1993).

c) Für andere Störungen (wie z.B. Asthma, Hautkrankheiten etc.) hingegen ist weniger klar, welchen Emotionen jeweils ein zentraler Stellenwert zukommt.

## 4. Literatur

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358–372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 49–74.
- Arieti, S. (1979). New views on the psychodynamics of phobias. *American Journal of Psychotherapy*, *33*, 82–95.
- Asendorpf, J. (1989). Shyness as a common final pathway for two different kinds of inhibition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 481–492.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baumeister, R. F., Smart, L. & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, *103*, 5–33.
- Beck, A. T. (1967). *Depression*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. & Clark, D. A. (1991). Anxiety and depression: An information processing perspective. In R. Schwarzer & R. A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention* (pp. 41–54). New York: Harwood.
- Cane, D. B., Olinger, L. J., Gotlib, I. H. & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, *42*, 307–309.
- Crocker, J., Alloy, L. B. & Kayne, N. T. (1988). Attributional style, depression, and perception of consensus for events. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 840–846.
- Davis, P. J. & Schwartz, G. E. (1987). Repression and the inaccessibility of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 155–162.
- Dent, J. & Teasdale, J. D. (1988). Negative cognition and the persistence of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*, 29–34.
- Dobson, K. S. & Shaw, B. F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, *10*, 13–29.
- Ellis, H. C. & Ashbrook, P. W. (1988). Resource allocation model of the effect of depressed mood states on memory. In K. Fiedler & J. Forgas (Eds.), *Affect, cognition, and social behavior* (pp. 25–43). Toronto: Hogrefe.
- Erdelyi, H. (1985). *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology*. New York: Freeman.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20–35.
- Freud, S. (1909). *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. (Gesammelte Werke Bd. 7, 1940–1942). London: Imago.
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. (Gesammelte Werke Bd. 14, 1940–1942). London: Imago.
- Fulker, D. W. (1981). The genetic and environmental architecture of psychoticism, extraversion, and neuroticism. In H. J. Eysenck (Ed.), *A model for personality* (pp. 88–122). Berlin: Springer.
- Hedlund, S. & Rude, S. S. (1995). Evidence of latent depressive schemas in formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 517–525.
- Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R. & Straumann, T. (1986). Self-discrepancy and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 5–15.
- Higgins, E. T., Klein, R. & Straumann, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: A psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognition*, *3*, 51–76.
- Higgins, E. T., Roney, C. J. R., Crowe, E. & Hymes, C. (1994). Ideal versus ought predilections for approach and avoidance distinct self-regulatory systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*, 276–286.
- Hodapp, V. & Schwenkmezger, P. (Hrsg.). (1993). *Ärger und Ärgerausdruck*. Bern: Huber.
- Hollon, S. D. & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic

- thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383–395.
- Jacobs, W.J. & Nadel, L. (1985). Stress-induced recovery of fears and phobias. *Psychological Review*, 92, 512–531.
- Johnson, M.H. & Magaro, P.A. (1987). Effects of mood and severity on memory processes in depression and mania. *Psychological Bulletin*, 101, 22–40.
- Krampen, G. (1988). Competence and control orientations as predictors of test anxiety in students: Longitudinal results. *Anxiety Research*, 1, 185–197.
- Krohne, H.W. (1996). *Angst und Angstbewältigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krohne, H.W. & Rogner, J. (1982). Repression-sensitization as a central construct in coping research. In H.W. Krohne & L. Laux (Eds.), *Achievement, stress and anxiety* (S. 167–193). Washington: Hemisphere.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on the relation between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019–1024.
- Lazarus, R.S. (1991a). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1991b). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352–367.
- LeDoux, J.E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209–235.
- Lewinsohn, P.H. (1974). A behavioral approach to depression. In R.J. Friedmann & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157–186). Washington, DC: Winston.
- Matthews, K.A. (1988). Coronary heart disease and type A behaviors. *Psychological Bulletin*, 104, 373–380.
- McNally, R.J. (1987). Preparedness and phobias: A review. *Psychological Bulletin*, 101, 283–303.
- Metalsky, G.I., Joiner, T.E., Hardin, T.S. & Abramson, L.Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 101–109.
- Morris, W.N. & Reilly, N.P. (1987). Toward the self-regulation of mood: Theory and research. *Motivation and Emotion*, 11, 215–249.
- Pekrun, R. (1988). *Emotion, Motivation und Persönlichkeit*. München: Psychologie Verlags Union.
- Pekrun, R. (1992a). Expectancy-value theory of anxiety: Overview and implications. In D.G. Forgays, T. Sosnowski & K. Wrzewsniowski (Eds.), *Anxiety: Recent trends in self-appraisal, psychophysiological and health research* (pp. 23–41). Washington, DC: Hemisphere.
- Pekrun, R. (1992b). The impact of emotions on learning and achievement: Towards a theory of cognitive/motivational mediators. *Applied Psychology: An International Review*, 41, 359–376.
- Reisenzein, R. (1983). The Schachter theory of emotion: Two decades later. *Psychological Bulletin*, 94, 239–264.
- Robins, C.J. (1988). Attributions and depression: Why is the literature so inconsistent? *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 880–889.
- Sarason, I.G. (Ed.). (1980). *Test anxiety*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Scherer, K.R., Wallbott, H.G. & Summerfield, A.B. (1986). *Experiencing emotion: A cross-cultural study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Singer, J. (1978). *Fantasie und Tagtraum*. München: Pfeiffer.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548–573.
- Weisse, C.S. (1992). Depression and immunocompetence: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 111, 475–489.
- Wenzlaff, R.M. (1993). The mental control of depression: Psychological obstacles to emotional well-being. In D.M. Wegner & J.W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 239–257). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

## 30.3 Emotionsstörungen: Intervention

Christoph Kraiker und Reinhard Pekrun

### Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	687	6. Beeinflussung durch Änderung von Selbstkonzept und Kompetenzerwartung ...	693
2. Beeinflussung durch Konditionierung und Löschung .....	688	7. Beeinflussung durch Änderung von Ergebniserwartungen und Valenzen .....	695
3. Beeinflussung durch Wahrnehmungsveränderung .....	689	8. Beeinflussung durch Änderung somatischer Faktoren .....	695
4. Beeinflussung durch Änderung der Informationsverarbeitung .....	691	9. Schlußbemerkungen .....	696
5. Beeinflussung durch Umattribuierung .....	693	10. Literatur .....	696

### 1. Einleitung

Von emotionalen Störungen spricht man dann, wenn Inhalte, Häufigkeit, Intensität und Dauer bestimmter Emotionen nach gesellschaftlicher, klinischer oder subjektiver Einschätzung unangemessen sind (vgl. Kap. 30.1/Emotionsstörungen: Klassifikation/Diagnostik). Daraus folgt, daß die therapeutische Beeinflussung gestörter Emotionen diese erwähnten Eigenschaften zu ändern hat. Allerdings ist es schwierig, Emotionen direkt zu beeinflussen. Wenn man eine Funktion nicht unmittelbar ändern kann, dann wird man versuchen, dies über eine Modifikation ihrer Antezedenzbedingungen zu tun. Die Antezedenzbedingungen emotionalen Verhaltens sind dispositionelle Eigenschaften des Organismus auf der einen Seite und aktuell auslösende Prozesse auf der anderen Seite. Auslösende Prozesse können dem Organismus zustoßen (etwa externe Stimuli) oder sie können selbstgeneriert sein. Selbstgenerierte Auslöser sind kognitive Prozesse wie imaginative Repräsentationen, d. h. Vorstellungen und Erin-

nerungen von realen oder möglichen Ereignissen, Bewertungen, Attributionen und anderes. Die alte Kontroverse, ob Bewertungen immer einer Emotion vorausgehen, wie R. S. Lazarus mit Nachdruck betont (z. B. 1984) oder ob sie auch ohne kognitive Vermittlung ausgelöst werden können (Zajonc, 1984; LeDoux, 1995; Kap. 30.2/Emotionsstörungen: Ätiologie, Bedingungsanalyse) löst sich möglicherweise insofern auf, als selbst Lazarus seit einiger Zeit die Existenz automatischer und unbewußter Bewertungen (appraisals) annimmt (1991a; 1991b). Der Begriff der Bewertung umfaßt dann so ziemlich alles vom abwägenden Nachdenken bis hin zum vollautomatischen Reizfilter.

Das Ziel therapeutischer Maßnahmen ist prinzipiell die Änderung der Reaktions-Dispositionen; man möchte z. B., daß die Phobikerin wie andere Menschen keine oder nur geringe Angst entwickelt in für sie bislang kritischen Situationen. Man würde es nur unter speziellen Bedingungen als eine akzeptable Notlösung empfinden, wenn man ihr zeigte, wie sie solche Situationen erfolgreicher als bisher vermei-

den kann; und man würde es auch nur als Notlösung empfinden, wenn etwa die Ängste im Moment ihrer Entstehung lediglich unterdrückt würden, etwa durch Medikamente, Atemübungen, Entspannung, oder ähnliches. Dispositionen sind keine Handlungen, und man kann sich nicht einfach entschließen, andere zu haben als die, die man hat. Dispositionen, jedenfalls psychische, ändern sich im Verlauf länger andauernder Prozesse durch die Einwirkung bestimmter Ereignisse. Das Auftreten von Emotionen wird beim Vorliegen entsprechender Dispositionen kontrolliert durch:

- die Wahrnehmung von emotionsrelevanten Ereignisse oder Handlungen (von einfachen unconditionierten oder konditionierten Stimuli bis hin zu komplexen sozialen Situationen);
- die Repräsentation solcher Ereignisse oder Handlungen in der Erinnerung oder der imaginativen Antizipation;
- die Bewertung dieser Ereignisse auf verschiedenen Dimensionen, wobei in allen Modellen primäre und sekundäre Bewertungen unterschieden werden, die Unterscheidungen aber unterschiedlich konzeptualisiert werden (vgl. Lazarus, 1991; Kap. 30.2/Emotionsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse). Symptomstreß in der Rational-Emotiven Therapie dagegen bedeutet eine negative Reaktion auf das emotionale Geschehen wie z.B. Niedergeschlagenheit als Folge von Prüfungsangst oder Selbstabwertung als Konsequenz eines Wutanfalles (Walen, DiGiuseppe & Wessler, 1980), wobei sowohl die auslösenden Emotionen wie auch die konsekutiven durch (wenn auch unterschiedliche) Kognitionen veranlasst werden;
- die Bewertung der eigenen Fähigkeiten, den Anforderungen dieser Ereignisse gerecht zu werden (sog. Coping);
- somatische Faktoren wie z.B. Drogeneinflüsse.

Die verschiedenen Konzepte wollen wir hier nicht im einzelnen beleuchten. Generell soll festgehalten werden, daß unter bestimmten Umständen mehrere (perzeptive, kognitive, reflexhafte) Dispositionen sich in einer Reihe entsprechender aktueller Prozesse (z.B. physiologische Aktivierung, automatische Gedanken,

Phantasieren) manifestieren, die ihrerseits die emotionale Antwort auslösen und aufrechterhalten, so daß die Modifikation der Emotion zunächst den Umweg über die Modifikation jener Dispositionen nehmen muß, die zu kausal relevanten Antezedenzbedingungen der Emotionsentstehung führen.

In einer geringfügigen Erweiterung des Schemas von Pekrun (vgl. Kap. 30.2/Emotionsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse) seien diese Dispositionen hier aufgelistet:

- Empfänglichkeit für die Wirkung von unbedingten und bedingten Reflexen.
- Wahrnehmungstil
- Informationsverarbeitung
- Kausalattribution
- Selbstkonzept und Kompetenzerwartung
- Ereigniserwartungen und Valenzen
- somatische Dispositionen.

Diese Kategorien sind eine Elaboration der vorher genannten Aspekte, überschneiden sich jedoch teilweise, so wie die eingesetzten Modifikationstechniken fast immer übergreifende Auswirkungen haben. Im folgenden sollen nun einige Techniken der Änderung entsprechender Dispositionen vorgestellt werden.

## 2. Beeinflussung durch Konditionierung und Löschung

Bedingte und unbedingte Reflexe können durch Umkonditionierung geändert werden. Im Falle unbedingter Reflexe kann dies durch die Etablierung inkompatibler positiver oder aversiver Reflexe geschehen (selten!), bei bedingten Reflexen durch Löschung, sei es stellvertretend in der Imagination (Prinzip der funktionalen Ähnlichkeit von Imagination und Wahrnehmung), sei es in der Realität. Da reine Reflexe (welcher Art auch immer) im Bereich des emotionalen Geschehens bei Menschen kaum isolierbar sein dürften (außer vielleicht bei Säuglingen), da immer komplexe Interaktionen mit kognitiven Vorgängen, Suggestionen usw. vorliegen, sind auch die angewandten Umkonditionierungstechniken komplexer und schwerer zu interpretieren, als es meist dargestellt wird. Am nächsten kommt einem solchen Verfahren die sog. Systematische Desensi-

bilisierung (Wolpe, 1958), bei der in der (realen oder imaginativ vermittelten) Gegenwart angstauslösender Reize Maßnahmen gesetzt werden, die Entspannung bewirken. Lerntheoretisch läßt sich dies am ehesten als Löschung und Löschungsgeneralisierung unter optimierten Bedingungen oder als reziproke Hemmung (Wolpes Auffassung) bzw. als Umkonditionierung (Entspannungsreaktionen treten an Stelle von Angstreaktionen) interpretieren. Tatsächlich ist der Wirkmechanismus aber unbekannt, da es sich auch um ein implizites Bewältigungstraining handeln könnte, oder um kognitive Umstrukturierungen im Verlauf therapeutischer Gespräche (der Klient lernt zum Beispiel, daß viele andere Personen ähnliche Angstprobleme haben, daß er nicht verrückt ist, daß der Therapeut ihn trotzdem respektiert usw.).

Damit wird deutlich, daß selbst bei engumschriebenen Interventionstechniken vielerlei Prozesse in Gang gesetzt werden können. Dies gilt mutatis mutandis auch für eine weitere Umkonditionierungstechnik, die sog. Reizüberflutung (flooding), bei der Klienten wiederholt den angstauslösenden Stimuli über längere Zeit (meist ein bis zwei Stunden) ausgesetzt werden (Marks, 1969). So konnten etwa van Hout, Emmelkamp und Scholing (1994) feststellen, daß in einer Expositionstherapie bei Panikstörung mit Agoraphobie die Anzahl der negativen Selbstaussagen der beste Prädiktor für den therapeutischen Erfolg war. Sie leiten daraus den Vorschlag ab, die Therapie nicht nur so lange fortzusetzen, bis die subjektive und physiologische Erregung abgeklungen sei, sondern auch bis zum Verschwinden der negativen Selbstaussagen.

Bei der Untersuchung der neurophysiologischen Basis von Ängsten kam LeDoux zu dem Ergebnis, daß die Amygdala im Limbischen System eine zentrale Rolle spiele. Ihr Input kann direkt vom Thalamus kommen oder über einen thalamo-kortikalen Pfad. «The thalamic pathway is sufficient for the rapid triggering of emotion by simple stimulus features (as in simple conditioning), whereas the cortical pathway appears to be needed for emotional reactions coupled to perceptually complex stimulus objects (as in differential conditioning)» (1995, S. 213). Danach könne eine emotionale Reaktion auch ohne Input von kognitiven Systemen entstehen; so seien etwa sehr frühe Traumatisie-

rungen im deklarativen, bewußten Gedächtnis nicht enthalten, da zum Zeitpunkt ihres Entstehens die dazu notwendigen Strukturen des Hippokampus noch nicht ausgereift sind. Daraus folgt, wie Pekrun (vgl. Kapitel 30.2/ Emotionsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse) herausstellt, daß in solchen Fällen Erinnerungen aufdeckende Therapien wahrscheinlich wenig erfolgversprechend sind. Von der Amygdala vermittelte emotionale Erinnerungen seien auch nicht eliminierbar, sondern könnten lediglich kortikal gehemmt werden. Er folgert: «The role of therapy may be to allow the cortex to establish more effective and efficient links with the amygdala (a. a. O. S. 229). Die Frage ist natürlich, wie man das macht. Unmittelbare Hinweise für eine differentielle Therapieindikation ergeben sich daraus nicht. So lassen sich etwa sehr gute Erfolge bei Bulimie und Agoraphobie durch einfache Reizüberflutung erzielen, obwohl diese Störungen spät im Leben entstehen und massiv durch kognitive Prozesse beeinflußt werden (Jansen, Broekmate & Heymans, 1992; Emmelkamp, 1994).

### 3. Beeinflussung durch Wahrnehmungsveränderung

Unbeschadet der Tatsache, daß sich jedenfalls beim Menschen die «reine» Wahrnehmung von der Interpretation des Wahrgenommenen nicht säuberlich trennen läßt, zielen einige Interventionen primär auf die Wahrnehmungsinhalte. So kann trainiert werden, die Wahrnehmung externer Realität überhaupt aufrechtzuerhalten, statt den Fokus auf angstmachende propriozeptive Körperempfindungen oder negative imaginative Abläufe zu richten. Ferner kann trainiert werden, in komplexen Situationen (z. B. Prüfungssituationen oder öffentliches Auftreten) die Wahrnehmung nicht auf beunruhigende Aspekte zu lenken (vgl. Kasten 1), sondern auf die förderlichen und Sicherheit gebenden (also nicht auf die gelangweilten Zuhörer, sondern auf die interessiert und freundlich dreinschauenden), wobei auch erotische bzw. andere angenehme Stimuli häufig als angsthemmend eingesetzt werden können.

In diesem Zusammenhang ist ein Verhalten von Bedeutung, das man «phobisches Oszillie-

ren» nennen könnte: das ständige Schwanken zwischen Zuwendung zum und Abwendung vom angstauslösenden Reiz. Man stelle sich eine Spinnenphobikerin vor, die sowohl die Augen umherschweifen läßt, um Spinnen zu erkennen, die sie aber angewidert und entsetzt schließt, sobald sie eine Spinne sieht. Der Mechanismus ist gerade hier unmittelbar nachvollziehbar: die angstmachende Situation ist ein Problem, dem man sich zuwenden muß, um es lösen zu können, von dem man sich aber auch abwenden muß, da es große Angst macht. Die mögliche Konsequenz ist ein sich ständig wiederholender Zirkel: Man kann das Problem nicht auf sich beruhen lassen, da es ungelöst ist, und man kann es nicht lösen, da man sich immer wieder davon abwendet. In der psychohygienischen Alltagspragmatik kann eine Förderung der Wahrnehmungsvermeidung (eine Art proximaler Stimuluskontrolle) durchaus von Nutzen sein: «Schau nicht nach unten», sagt man dem Bergsteiger oder dem Dachdecker. Während es aber in der psychologischen Intervention durchaus Fälle geben mag, bei denen ähnliches sinnvoll ist (etwa das oben erwähnte Beispiel öffentlichen Redens), wird dort normalerweise gerade die gezielte Wahrnehmung, das «ins Auge fassen» gefördert werden, denn nur so kann eine Bewältigung (sei es durch «coping», Löschen oder ähnliches) erreicht werden.

Eine besondere Form der Wahrnehmungsverzerrung ist die Abwendung von den eigenen Gefühlen (und Bedürfnissen), wenn diese negativ bewertet werden, deshalb aversiv sind und so Vermeidungsverhalten auslösen, nämlich Vermeidung der Wahrnehmung des eigenen Zustandes. Die Aufhebung einer solchen Ver-

zerrung ist ein zentrales Anliegen psychoanalytischer Therapie, und so ist auch ihre zentrale Technik die Deutung, das heißt das Zeigen auf etwas, was man noch nicht wahrgenommen hat. Direkte Techniken zur Aufhebung dieses Verlustes des Kontaktes zur eigenen Person hat insbesondere die Gestalttherapie entwickelt, die dazu eine Reihe von Awareness-Übungen bereitstellt wie etwa das Prinzip des Hier und Jetzt, Verwendung der Ich-Sprache, Verstärkung des emotionalen Ausdruckes, Übertreibungsspiele, imaginatives Durchleben affektiv getönten Erfahrungen. Wir sind hier konfrontiert mit dem eigenartigen Phänomen, daß fundamentale Prinzipien der Intervention sich zu widersprechen scheinen. So steht das Prinzip der emotionalen Hemmung gegen das Prinzip, den Emotionsausdruck zu fördern; die Forderung, die Wahrnehmung nach außen zu richten statt auf den eigenen Zustand steht gegen das gestalttherapeutische Prinzip, Awareness der eigenen Person zu verstärken und zu pflegen. Obwohl natürlich bei Störungen exzessiver Emotionalität das Ziel der Intervention letztlich immer eine Reduktion der Intensität dieser Emotion ist, so gibt es offenbar doch verschiedene Wege, die zu diesem Ziel führen. Konfrontation mit dem Auslöser dieser Emotion ist immer erforderlich (auch wenn dies in verschiedenen Therapieformen unterschiedlich gehandhabt und konzeptualisiert wird), und wenn der Auslöser für eine Emotion eine andere Emotion ist, so muß eben diese konfrontiert, das heißt wahrgenommen und akzeptiert werden. Daß die Gestalttherapie mit dieser Vorgehensweise Erfolg haben kann, zeigen die Metaanalysen von Grawe, Donati und Bernauer (1994) sowie von Bretz, Heekerens und Schmitz (1994), auch

#### Kasten 1 Beispiel für Wahrnehmungsbeeinflussung

Ein Beispiel (im Zusammenhang mit anderen Interventionen): Der Therapeut geht mit einem Mann, der agoraphobische Ängste hat, in einem belebten Park spazieren und gibt dabei folgende Instruktionen: «Gehen Sie ganz ruhig, ganz gelassen, ganz entspannt. Lassen Sie Ihre Arme schwerer werden, lassen Sie die Schultern entspannt herabsinken und gehen Sie mit erhobenem Kopf. Sagen Sie sich im-

mer wieder im Inneren: Laufen ist gut für meinen Körper, die Anspannung kann ich ertragen. Und jetzt schauen Sie sich um, schauen Sie, wo Sie sind, betrachten Sie Ihre Umgebung. Beschreiben Sie mir, wie die Wiese aussieht (P. tut es) ... beschreiben Sie mir, was für Bäume es hier gibt ... beschreiben Sie mir den kleinen Tempel ...»

wenn die Fragen nach der differentiellen Therapieindikation und der Dauerhaftigkeit des Effektes noch nicht beantwortbar sind.

Ähnliche Überlegungen tauchen auch in der Verhaltenstherapie auf, die ja normalerweise eine Kontrolle negativer Emotionen anstrebt. Das kann aber auch u. U. als (aktives) Vermeidungsverhalten angesehen werden, welches die Konfrontation verhindert. Ein anderer Weg ist das Akzeptieren. Forsyth und Eifert (1996) beschreiben dies so: «Whereas nonacceptance generally refers to an unwillingness to experience unpleasant thoughts, feelings, and other private events believed to be the primary problem for the client, acceptance involves allowing thoughts and feelings to occur without any attempt to control them, that is, acceptance entails giving up or letting go of the struggle to change or to control». Auf vergleichbarer Grundlage beruht das Prinzip der «Paradoxen Intention», die Anweisung, das Erscheinen der gefürchteten Emotion herbeizuwünschen (Frankl, 1975) und anderer paradoxer, d. h. symptomprovozierender Techniken.

## 4. Beeinflussung durch Änderung der Informationsverarbeitung

Ein wesentlicher Aspekt dieses umfangreichen Gebietes ist das imaginativ-antizipatorische Probehandeln. Von besonderer Bedeutung im klinisch-psychologischen Bereich sind hier Katastrophenphantasien und Versagensphantasien, eine Art Vorangst, die Kehrseite der Vorfreude. Den meisten vertraut ist das «Nicht-Ab-schalten-Können» (eben der Gedanken und Phantasien), etwa wenn nachts der antizipierte Schrecken des kommenden Tages den Menschen am Einschlafen hindert. Unspezifische Beeinflussungsmöglichkeiten sind auch der Alltagspsychologie vertraut: Das Sich-Beschäftigen mit etwas Einfachem und Vertrautem, das ihn so weit absorbiert, daß die herumvagabundierende Phantasietätigkeit zur Ruhe kommt. Zu solchen Techniken gehören Mantras (die ständige Wiederholung bestimmter sinnloser oder auch sinnvoller Laute), das Sprechen immer wiederholter Gebete (z. B. Rosenkranz oder Litaneien), und auch die Formeln des autogenen

Trainings können eine derartige Wirkung haben. Spezielle Maßnahmen aus dem klinisch-psychologischen Bereich zielen kaum direkt auf die Phantasien ab, sondern auf die durch sie repräsentierten Bedrohungen. Hier kommen dann auch alle jene Strategien des Vermittels von Fertigkeiten der Realitätsprüfung und des Umgangs mit eben jenen Bedrohungen zum Einsatz, die unten beschrieben werden.

Daneben sind von Interesse eher formale Defekte der Informationsverarbeitung, jene «logischen Fehler», die Aaron Beck mit verantwortlich macht für das Entstehen depressiver Verstimmung und der damit assoziierten Ängste. Wir haben es hier mit Defekten des induktiven Schließens zu tun. Beck und Greenberg (1979) beschreiben fünf Typen (vgl. Kap. 30.2/ Emotionsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse): Willkürliche Schlußfolgerungen, selektive Abstraktion, Übergeneralisierung, Magnifizierung (negativer Aspekte der Realität) und Minimierung (positiver Aspekte) und Personalisierung.

Solche falschen Schlußfolgerungsstrategien können nicht nur depressive Stimmungen und Verhaltensweisen verursachen, sondern auch Angst, Wut, Ärger und andere emotionale Zustände. Die entsprechende Therapie ist eine rational-aufklärende: «Der Therapeut nimmt jedoch nicht von Anfang an an, daß die Schlußfolgerung des Patienten falsch sei, noch versucht er ihn auf Grund seiner eigenen Wahrnehmung der Tatsachen davon zu überzeugen, daß er Unrecht hat. Er gebraucht eher die «sokratische» Methode der Fragestellung (ein kleines Beispiel findet sich im Kap. 31.3/Motivationsstörungen: Intervention), um dem Patienten selber Äußerungen von Tatsachen zu entlocken, die zu genaueren Schlußfolgerungen führen» (Beck & Greenberg, 1979).

Die Ergebnisse mehrerer Studien zeigen, daß mit verhaltensorientierter wie kognitiver Therapie auch bei geringer Sitzungsanzahl eine drastische Reduktion depressiver Störungen erzielt werden kann. Unterschiedliche Effektivität von Verhaltensmodifikation einerseits und kognitiver Therapie andererseits sind nicht klar nachgewiesen (vgl. Kasten 2).

Dieser letzte Befund allerdings ist kritisch zu sehen. Für eine Verallgemeinerung sind nämlich in vielen Studien die Stichproben zu klein.

Darüber hinaus wurden die Therapien teilweise von den Untersuchern selbst durchgeführt (z. B. bei Wilson, Goldin & Charbonneau-Powis, 1983); grundlegende Prinzipien kontrollierter klinischer Studien sind damit verletzt (vgl. Kap. 20/Methodik der Interventionsforschung).

Schließlich ist zu bedenken, daß auch verhaltensorientierte Behandlungen meistens kognitive Interventionselemente enthalten. Das Verhalten des Klienten wird im Verlauf der Sitzungen normalerweise ausführlich diskutiert. In der Studie von Wilson et al. (1983) (s. Kasten 2)

### Kasten 2

Eine Untersuchung zur relativen Effektivität von kognitiver Therapie und Verhaltensmodifikation (Wilson, Goldin & Charbonneau-Powis, 1983)

#### Fragestellung

Die AutorInnen gingen der Frage nach, ob kognitive Therapie oder Verhaltensmodifikation erfolgreicher bei der Therapie depressiver Störungen ist. Hintergrund war eine Kritik an älteren Vergleichsstudien, in denen die jeweiligen Behandlungsbedingungen für kognitive und verhaltensorientierte Therapie nicht vergleichbar waren, da sich z. B. Therapieintensität oder Format der Behandlung (Gruppen- vs. Einzeltherapie) unterschieden. Dementsprechend sollte versucht werden, außer dem Behandlungsinhalt alle anderen erfolgsrelevanten Faktoren konstant zu halten.

#### Methode

- *Stichprobe:* Die Stichprobe bestand aus 25 erwachsenen Einwohnern Sidneys mit unipolarer Depression, die sich auf Ankündigungen eines Therapieprogramms hin gemeldet hatten. 8 von ihnen wurden mit kognitiver Therapie behandelt, 8 mit Verhaltensmodifikation, und 9 wurden einer Warteliste zugeordnet und dienten damit als Kontrollgruppe.

- *Intervention:* Die kognitive Therapie bestand aus acht Einzelsitzungen, in denen im Sinne der Therapie von Beck et al. (1979) negative Stile der Informationsverarbeitung zunächst identifiziert und dann kritisch diskutiert wurden. Gleichzeitig sollten die Klienten ihre Gedanken und Stimmungen täglich anhand entsprechender Häufigkeitslisten aufzeichnen und sich dabei des Zusammenhangs von Denken und Emotionen bewußt werden. In der ebenfalls aus acht Einzelsitzungen bestehenden Verhaltenstherapie wurden a) typische Verhaltensweisen des Klienten diskutiert, und

b) von Sitzung zu Sitzung die Aufgabe gegeben, spezifizierte, als angenehm eingestufte Aktivitäten auszuführen (z. B. einen Freund anzurufen). Außerdem hatten die Klienten c) ähnlich wie in der kognitiven Therapie täglich ihre Stimmungen, daneben aber statt ihrer Kognitionen die jeweils ausgeführten Tätigkeiten aufzuzeichnen.

- *Untersuchungsverfahren:* Als Maße für den Therapieerfolg dienten das Depressionsinventar von Beck (1978); ein Fragebogen zu irrationalen Überzeugungen; ein Stimmungsfragebogen; sowie Einschätzungen von Häufigkeit und positiver bzw. negativer Wertigkeit von Alltagsereignissen und Gedanken. Diese Maße wurden kurz vor und nach der Behandlung (Prä- und Posttest) sowie bei einer Nachuntersuchung fünf Monate nach Therapieende erhoben.

#### Ergebnisse

Zwischen Prätest und Posttest zeigte sich in beiden Behandlungsgruppen eine wesentliche, größtenteils auch signifikante Reduktion der Werte für irrationale Überzeugungen, negative Ereignisse, negative Gedanken und Gesamtausmaß von Depression sowie ein Anstieg der Werte für positive Ereignisse und positive Gedanken. Die Depressionswerte lagen auch sechs Monate nach Behandlungsende deutlich unter den Prätestwerten. Diese Veränderungen zeigten sich jeweils nur für die beiden Behandlungsgruppen, nicht aber für die Kontrollgruppe; zwischen den beiden Behandlungsgruppen zeigten sich kaum Unterschiede im Therapieerfolg.

hatte der Patient die Aufgabe, Zusammenhänge von Verhalten und Stimmungen kognitiv durchzuarbeiten (s.o.). Verglichen wurden in dieser Studie in mancher Hinsicht eher zwei Varianten kognitiver Therapie, von denen eine Stimmung primär in Relation zu Kognitionen, die andere zu Verhalten setzte. Angesichts der engen funktionalen Verknüpfung von Kognition, Emotion und Verhalten ist dabei anzunehmen, daß ein Fokussieren auf zwei dieser Größen die jeweilige dritte Größe ebenfalls in die Aufmerksamkeit des Klienten rückt; es ist anzunehmen, das *beide* Behandlungsvarianten Verknüpfungen von Kognitionen, Emotionen und Verhalten restrukturieren.

## 5. Beeinflussung durch Umattribuierung

Ausgangspunkt ist die Analyse der Attributionsstile in Zusammenhang mit der neuformulierten Theorie der erlernten Hilflosigkeit (vgl. Kap. 30.2/Emotionsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse). Trainingsprogramme zielen darauf, Kausalattributionen von negativen Ereignissen in eine nicht pathogene Richtung hin zu verändern, also von internen zu externen, von stabilen zu vorübergehenden, von globalen zu spezifischen Ursachen. Dies kann durch spezielle Übungen geschehen, in denen die Patienten angeleitet werden, jede Woche einige Beispiele emotionaler Fehlreaktionen zu analysieren, dafür andere Ursachen zu suchen als die bisher angenommenen und diese schriftlich festzuhalten (z.B. Beck et al., 1979). Umattribuierung (retribution) richtet sich gegen Selbstabwertung des Klienten, aber auch gegen einseitige Interpretationen der Handlungsweisen anderer, die für Ärger, Zorn, Eifersucht und ähnliches verantwortlich sein können.

Ein wichtiger Gegenstand der Umattribuierung ist die Intervention bei dem schon erwähnten sog. «Symptomstreß» (Ellis, 1979), dem Leiden an den eigenen Symptomen. Viele Patienten machen z.B. «Verrücktsein» für phobische Reaktionen verantwortlich (eine interne, globale, stabile Attribution), was das Leiden noch verstärkt. Im Verlauf einer Umattribuierung würde man zeigen, daß die Symptome Konsequenzen einer bestimmten Lebensge-

schichte mit bestimmten Erfahrungen sind (externe Ursachen), daß die Symptome kein Zeichen von weitergehender Psychopathologie sind (spezifische Ursachen), und daß sie durch geeignete Maßnahmen geändert werden können (vorübergehende Ursachen).

Als Beispiel für das therapeutische Vorgehen der Umattribuierung (und ähnlicher Maßnahmen) ist die deutsche Fassung eines kurzen Fallberichts in Kasten 3 beschrieben.

Der Begriff der Umattribuierung wird auch verwendet im Zusammenhang mit Clarks (1986, 1988) kognitivem Modell der Panik. Die falsche Attribuierung betrachtet die körperlichen und subjektiven Symptome von Angst als Anzeichen für eine bevorstehende Katastrophe wie Kontrollverlust, Atemstillstand, Ohnmacht, oder Tod durch Herzversagen. Durch Reattributionstraining lernen die Patienten, diese Symptome als sozusagen normale Begleiterscheinungen von starker Angst und Erregung zu betrachten, die wieder vergehen und keine Vorboten drohenden Desasters sind. Beispiele für Reattribuierung körperlicher Empfindungen in der Einzeltherapie schildern Salkovskis, Clark und Hackmann (1991), für Reattribuierung affektiver Reaktionen in der Gruppentherapie Belfer, Munoz, Schachter und Levendusky (1995).

## 6. Beeinflussung durch Änderung von Selbstkonzept und Kompetenzerwartung

Von zentraler Bedeutung ist der Begriff der «self-efficacy-expectations» von Bandura (1977, 1986) und seinen Mitarbeitern, der die Überzeugungen einer Person bezüglich der eigenen Handlungskompetenz, der eigenen Fähigkeit zur Realisierung von schwierigen Handlungen bezeichnet (verwandt mit dem Begriff des «Selbstvertrauens» bei Alfred Adler). Unfähigkeitsvermutungen können deshalb in entsprechenden Situationen zu Angst, aber auch zu Ärger, Wut, Verzweiflung usw. führen.

Die Art der Intervention wird auch davon abhängen, ob die Kompetenz tatsächlich fehlt, oder ob sie zwar existiert, aber fälschlicherweise als nicht vorhanden eingeschätzt wird. Im ersten Fall können verschiedene Formen des verhaltensorientierten «Bewältigungstrainings»

### Kasten 3 Umattribuieren: Fallbeispiel

Ein Bankmanager von 51 Jahren war in einem Zustand tiefer Niedergeschlagenheit, da er sich in seiner Arbeit für inkompetent hielt. Hier ein Ausschnitt aus der Therapiesitzung:

P: Sie machen sich keine Vorstellung, was für einen Mist ich gebaut habe. Ich habe wieder einen so großen Fehler gemacht, daß mich die Bank eigentlich entlassen müßte.

T: Was für ein Fehler war das?

P: Ich habe einen Kreditantrag akzeptiert, der sich als ein Desaster erwies.

T: Wie kam es denn dazu?

P: Ja, es sah eigentlich alles gut aus; gute Referenzen, hohe Kreditwürdigkeit, aber ich hätte wissen müssen, daß es Probleme geben würde.

T: Hatten Sie alle relevanten Informationen, als Sie den Kreditantrag prüften?

P: Damals nicht, aber sechs Wochen später. Ich verdiene mein Geld, um gewinnbringende Entscheidungen zu treffen, nicht, um das Geld der Bank zu verschleudern.

T: Ich verstehe diese Haltung, aber ich möchte mit Ihnen jetzt die Informationen durchgehen, die Sie zum Zeitpunkt der Entscheidung hatten, nicht was Sie sechs Wochen später wußten.

Die gemeinsame Analyse der Entscheidungsgrundlagen machte dem Patienten deutlich, daß er sich aufgrund solider Prinzipien für den Kreditantrag entschieden hatte. Er erinnerte sich sogar, den finanziellen Hintergrund des Kunden gründlich untersucht zu haben, eine Tatsache, die ihm entfallen war (Beck et al., 1979, eigene Übers.). Diese Art der Umattribuierung verlagert die Ursachen eines Desasters nach außen und stellt so das Gefühl eigener Kompetenz wieder her.

(Coping) eingesetzt werden, z. B. Streßimpfung (Meichenbaum, 1977), Selbstsicherheitstraining (Ullrich de Muynck & Forster, 1974; Lange & Jakubowski, 1976), Training bei Prüfungsangst (Florin & Rosenstil, 1976) etc. Dies wäre auch im zweiten Fall möglich, wäre aber meist unnötig aufwendig, so daß man hier in direkter kognitiver Umstrukturierung in Form von systematischer Reflexion (Vergegenwärtigen von Situationen, in denen man das Problem schon bewältigt hat, Selbstinstruktionstraining etc.) arbeiten könnte (vgl. Goldfried, Linehan & Smith, 1978; Biran & Wilson, 1981; Bandura, 1986).

Es ist deutlich, daß starke Überschneidungen zwischen den verschiedenen theoretischen Formulierungen bestehen. Seligmans Attributionstheorie (Seligman, Abramson, Semmel & von Baeyer, 1979) und Banduras Begriff der Self-Efficacy beschäftigen sich beide mit den subjektiven Einschätzungen der eigenen Handlungskompetenz bzw. -inkompetenz, und auch Becks

Formulierung des negativen Selbstbildes (die Überzeugung, daß man wertlos und inkompetent sei) als Teil der kognitiven Triade beschäftigt sich mit dem gleichen Thema. Dementsprechend sind die daraus abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen, nämlich verhaltensorientiertes «Coping» und kognitive Umstrukturierung, sehr ähnlich.

Um nicht allzu übermütig zu werden, sei hier noch der «depressive Realismus» erwähnt, die Auffassung, daß Depressive ihr Ausmaß an Kontrolle und ihr Sozialverhalten realistischer einschätzen als Normale, denen eine Tendenz zu optimistischer Verzerrung der Wahrnehmung nachgesagt wird. Gründe für diese Annahme und die empirische Basis werden diskutiert etwa von Alloy und Abramson (1979, 1988) sowie Lewinsohn, Mischel, Chaplin und Barton (1980); dagegen spricht die Arbeit von Janning, Klingberg und Engerding (1993). Wie so oft, ist hier das letzte Wort noch nicht gesprochen.

## 7. Beeinflussung durch Änderung von Ergebnis-erwartungen und Valenzen

*Erwartungen* beziehen sich auf die subjektiven Wahrscheinlichkeiten, mit denen bestimmte Ereignisse unter bestimmten Bedingungen Realität werden, *Valenzen* auf die Bewertung dieser Ereignisse. Aversive Emotionen können entstehen, wenn Ereignissen eine unrealistisch hohe Auftretenswahrscheinlichkeit zugeordnet wird und gleichzeitig eine unangemessen negative Bewertung (vgl. Kap. 30.2/Emotionsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse). Die Intervention kann wiederum kognitiv oder konkret erfolgen: Man kann mit dem Flugphobiker argumentieren und ihm zeigen, daß er angstfrei Auto fährt und dies objektiv viel gefährlicher ist als zu fliegen. Man kann den Patienten aber auch immer wieder in die gefürchtete Situation hineinführen und ihm so die Erfahrung vermitteln, daß die gefürchteten Konsequenzen nicht auftreten oder nicht so schlimm sind wie angenommen. Dies kann in abgestufter Form geschehen («in vivo» Desensibilisierung) oder in massierter, langandauernder Konfrontation (Reizüberflutung), wie im Zusammenhang mit Umkonditionierungstechniken bereits geschildert wurde. Es handelt sich um die gleiche Strategie wie dort, aber ihr Wirkmechanismus wird anders interpretiert (nämlich kognitiv).

Hier wird eine allgemeine Problematik der Verwendung kognitivistischer Terminologie deutlich: ihre Schlüsselbegriffe sind primär auf denkende Wesen anwendbar und legen daher logisch-sprachliche Argumentationen als geeignete Intervention nahe, obgleich doch Einstellungen, Überzeugungen, Selbstkonzepte und ähnliches auch modifizierbar sind durch direkte Erfahrung, d. h. ohne diskursive Reflexionsprozesse. Tatsächlich gehören ja auch Verhaltensübungen zum Standardrepertoire kognitiv arbeitender Therapeuten (Beck, Ellis, Seligman). Das ist pragmatisch durchaus vernünftig, erschwert aber die Abschätzung der relativen Wirksamkeit kognitiver Arbeit im engeren Sinne verglichen mit der verhaltensorientierten.

## 8. Beeinflussung durch Änderung somatischer Faktoren

Man wird wohl annehmen müssen, daß eine somatische Prädisposition zu starker emotionaler Erregung förderlich ist für das Entstehen von emotionalen Störungen, z. B. für den Faktor emotionale Labilität bzw. «Neurotizismus» im Sinne Eysencks (Eysenck, 1957). Wir haben es hier mit Dispositionen zweiter Ordnung zu tun (Kraiker, 1980), d. h. mit der Bereitschaft, relativ leicht und schnell eine Disposition zu konditionierten Angstreaktionen zu entwickeln.

Die von Seligman (1971) vorgelegten Argumente, die für die Existenz einer vergleichbaren, von ihm «preparedness» genannten Prädisposition im Zusammenhang mit der Entstehung bestimmter Phobien sprachen, konnten wohl nur in einer vom Behaviorismus geprägten Umgebung so viel Aufsehen erregen, wie sie es getan haben. Es ist kein Mittel bekannt, um solche Prädispositionen auf sinnvolle Weise zu ändern, aber man kann die unspezifischen Auswirkungen modifizieren, die emotionale Erregtheit, die sich in Ärger, Wut, Aggressivität, Angst und schließlich auch in den physiologischen und morphologischen Konsequenzen zeigt. Der Wirkmechanismus solcher Maßnahmen ist letztendlich unbekannt, aber es gibt eine Reihe von pragmatisch bewährten Techniken der Dämpfung somatischer Erregung, die entweder allein oder im Kontext weitergehender psychotherapeutischer Maßnahmen eingesetzt werden können. Dazu gehören das Autogene Training (Vaitl, 1993), die Progressive Muskelentspannung (Ohm, 1992; Hamm, 1993), sowie Medikamente wie z. B. Benzodiazepine, wobei komplexe und wenig durchschaubare Interaktionseffekte entstehen (Telch, Agras, Taylor, Roth & Gallen, 1985).

Einerseits können direkte Auswirkungen vorliegen, die im Zusammenhang gesehen werden können mit jenen Emotionstheorien, die der unspezifischen Erregung oder Aktivierung (arousal) eine kausal relevante Rolle (z. B. Zajonc, 1980) oder sogar eine notwendige Funktion bei der Emotionsgenese zusprechen (z. B. Schachter & Singer, 1962). Eine Reduktion dieser Erregung wird daher mit großer Wahrscheinlichkeit auch eine Reduktion der Emo-

tionsintensität bewirken. Andererseits könnten auf diese Weise günstige Bedingungen für die Entfaltung anderer Prozesse hergestellt werden, z.B. das Entstehen von größerem Mut zur Durchführung weitergehender Therapie, oder eine Art unsystematischer Immunisierung gegenüber Katastrophenphantasien (d.h., daß mehr oder weniger automatisch auftretende, angstmachende Vorstellungen durch Assoziation mit Entspannung ihre aufregende Wirkung verlieren; Goleman, 1971; Kirsch & Henry, 1979), oder einfach die Herstellung jenes Minimums an Konzentration, das für Imaginationsarbeit im Sinne der systematischen Desensibilisierung oder für das Wirksamwerden von Selbstinstruktionen notwendig ist.

Auf unspezifische somatische Erregungsprozesse zielende Maßnahmen medikamentöser und nichtmedikamentöser Natur bringen allein keine dauerhaften Erfolge im Sinne einer überdauernden Dispositionsänderung, jedenfalls wurden sie bisher nicht nachgewiesen. In Interaktion mit anderen Maßnahmen können sie jedoch eine wichtige und manchmal unverzichtbare Rolle spielen, wobei nicht ausgeschlossen werden kann, daß zu solchen zusätzlichen Maßnahmen auch spontan entstehende Bewältigungsstrategien des Patienten gehören, die vom Therapeuten weder geplant noch explizit eingeführt wurden.

Ob sich die Hoffnung von LeDoux erfüllen wird, daß auf der Basis des oben geschilderten Modells der Angstentstehung selektive medikamentöse Therapien entwickelt werden können (1995) wird sich zeigen. Bisher sind möglicherweise sinnvoll einsetzbare Medikamente eher

zufällig gefunden worden (z.B. Imipramin bei Panikstörungen und Clomipramin bei Zwangsstörungen), und Metaanalysen zeigen durchweg, daß sie verhaltensorientierten Therapien unterlegen sind (Gould, Otto & Pollak, 1995; van Blakom, van Oppen, Vermeulen & van Dyck, 1994).

## 9. Schlußbemerkungen

Es ist deutlich geworden, wie sehr sich die verschiedenen Typen von Antezedenzbedingungen emotionaler Reaktionen und dementsprechend auch die dazugehörigen Interventionsmöglichkeiten überschneiden. Wenn wir das oben formulierte Schema aufgreifen und noch einmal versuchen, es unter einen etwas anderen Blickwinkel zu betrachten, dann können wir die verschiedenen kausal relevanten Faktoren den entsprechenden Interventionsmöglichkeiten gegenüberstellen (s. Tab. 1).

## 10. Literatur

- Alloy, L. B. & Abramson, L. Y. (1979). Judgement of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 441–485.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5–21.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191–215.

Tabelle 1: Interventionsmethoden und ihre Indikation

Faktor	Intervention
(1) Situationsrepräsentationen (A) in der Wahrnehmung (B) in der Phantasie	Stimuluskontrolle (distal und proximal) Ablenkung (z.B. autogene Formeln)
(2) Situationsbewertung (A) als konditionierte Reaktion (B) kognitiv vermittelt	Umkonditionieren, Löschen Korrektur falscher Schlußfolgerungen, Realitätsprüfung
(3) Hilfflosigkeitskognitionen	Bewältigungstraining, Umattribuierung
(4) Unspezifische Erregung (arousal)	Entspannungstraining, Medikamente

- Bandura, A. (1986). Fearful expectations and avoidant actions as coeffects of personal self-inefficacy. *American Psychologist*, *41*, 1389–1391.
- Beck, A.T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A.T. & Greenberg, R. (1979). Kognitive Therapie bei der Behandlung von Depressionen. In N. Hoffmann (Hrsg.), *Grundlagen kognitiver Therapie* (S. 177–203). Bern: Huber.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Belfer, P.L., Munoz, L.S., Schachter, J. & Levendusky, P.G. (1995). Cognitive-behavioral group psychotherapy for agoraphobia and panic disorder. *International Journal of Group Psychotherapy*, *45*, 185–206.
- Biran, M. & Wilson, G.T. (1981). Treatment of phobic disorders using cognitive and exposure methods. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *48*, 886–887.
- Bretz, H.J., Heekerens, H.P. & Schmitz, B. (1994). Eine Metaanalyse der Wirksamkeit von Gestalttherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik*, *42*, 241–260.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, *24*, 461–470.
- Clark, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman, & J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives* (pp. 71–90). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Ellis, A. (1979). *Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*. Monterey/Cal.: Brooks/Cole.
- Emmelkamp, P.M. (1994). Behavior therapy with adults. In A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed., pp. 379–427). New York: Wiley.
- Eysenck, H.J. (1957). *The dynamics of anxiety and hysteria*. London: Routledge.
- Florin, I. & Rosenstiel, L.v. (1976). *Leistungsstörungen und Prüfungsangst*. München: Goldmann.
- Forsyth, J.P. & Eifert, G.H. (1996). The language of feeling and the feeling of anxiety: Contributions of the behaviorisms toward understanding the function-altering effects of language. *The Psychological Record*, *46*, 607–649.
- Frankl, V. (1975). Paradoxical intention and dereflection. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *12*, 226–237.
- Goldfried, M.R., Linehan, M.M. & Smith, J.L. (1978). Reduction of test anxiety through cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 32–39.
- Goleman, D. (1971). Meditation as meta-therapy: Hypotheses toward a proposed fifth state of consciousness. *Journal of Transpersonal Psychology*, *3*, 1–25.
- Gould, R.A., Otto, M.W. & Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, *15*, 819–844.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hamm, A. (1993). Progressive Muskelentspannung. In D. Vaitl, & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren* (Band I: Grundlagen und Methoden, S. 245–271). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Janning, M., Klingberg, S. & Engerding, M. (1993). Bewertung eigenen und fremden Sozialverhaltens: Depressiv = Realistisch? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *22*, 39–48.
- Jansen, A., Broekmate, J. & Heymans, M. (1992). Cue-exposure vs self-control in the treatment of binge eating: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, *30*, 235–241.
- Kirsch, I. & Henry, D. (1979). Self-desensitization and meditation in the reduction of public speaking anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 536–541.
- Kraiker, C. (1980). *Psychoanalyse, Behaviourismus, Handlungstheorie*. München: Kindler.
- Lange, A.J. & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Lazarus, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, *39*, 124–129.
- Lazarus, R.S. (1991a). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, *46*, 352–367.
- Lazarus, R.S. (1991b). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, *46*, 819–834.
- LeDoux, J.E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, *46*, 209–235.
- Lewinsohn, P.M., Mischel, W., Chaplin, W. & Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, *89*, 203–212.
- Marks, I.M. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification – An integrative approach*. New York: Plenum.
- Ohm, D. (1992). *Progressive Relaxation – Einführung und Übungen*. Stuttgart: Trias.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M. & Hackmann, A. (1991). treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, *29*, 161–166.
- Schachter, S. & Singer, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, *69*, 379–399.
- Seligman, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, *2*, 307–320.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y., Semmel, A. & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 165–179.
- Telch, M.J., Agras, W.S., Taylor, C.B., Roth, W.T. & Galen, C.C. (1985). Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, *23*, 325–335.
- Ullrich de Muynck, R. & Forster, T. (1974). Selbstsicherheitstraining. In Ch. Kraiker (Hrsg.), *Handbuch der Verhaltenstherapie* (S. 351–368). München: Kindler.
- Vaitl, D. (1993). Autogenes Training. In D. Vaitl, & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren* (Band I: Grundlagen und Methoden, S. 169–206). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- van Blakom, A.J., van Oppen, P., Vermeulen, A.W. & van Dyck, R. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of

- antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359–381.
- van Hout, W.J., Emmelkamp, P.M. & Scholing, A. (1994). The role of negative self-statements during exposure in vivo. *Behavior Modification*, 18, 389–410.
- Walen, R.S., DiGiuseppe, R. & Wessler, R.L. (1980). *A practitioner's guide to Rational-Emotive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilson, P.H., Goldin, J.C. & Charbonneau-Powis, M. (1983). Comparative efficacy of behavioral and cognitive treatments of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 111–124.
- Wolpe, J. (1959). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117–123.
- Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151–175.
-