





# Psychologie- Lexikon

Herausgegeben  
von  
Professor Dr. Uwe Tewes  
und  
Dr. Klaus Wildgrube

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

R. Oldenbourg Verlag München Wien

## **Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme**

**Psychologie-Lexikon** / hrsg. von Uwe Tewes und Klaus Wildgrube. -  
2., überarb. und erw. Aufl. – München ; Wien : Oldenbourg, 1999  
ISBN 3-486-25229-1

© 1999 Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH  
Rosenheimer Straße 145, D-81671 München  
Telefon: (089) 45051-0, Internet: <http://www.oldenbourg.de>

Das Werk einschließlich aller Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Gedruckt auf säure- und chlorfreiem Papier  
Druck: Huber KG, Dießen  
Bindung: R. Oldenbourg Graphische Betriebe GmbH, München

ISBN 3-486-25229-1

## Vorwort

Ein Lexikon erklärt Wörter, ein Fachlexikon erläutert die Fachbegriffe eines Fachgebietes. Die Fachterminologie der Psychologie stellt den Leser vor besondere Probleme. Zahlreiche Fachbegriffe der Psychologie sind der Umgangssprache entlehnt, werden aber fachlich in einem anderen Bedeutungszusammenhang verwendet. Typische Beispiele hierfür sind Angst, Intelligenz oder Persönlichkeit. Dabei ist die fachliche Bedeutung dieser Begriffe keinesfalls einheitlich. Verschiedene Schulen und Lehrmeinungen der Psychologie verwenden diese Begriffe in unterschiedlichen Zusammenhängen. Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Eingrenzung der Begriffe. Die Psychologie ist eine recht junge Wissenschaft. Zahlreiche ihrer Fachbegriffe sind anderen Zweigen der Wissenschaft entlehnt. Psychologie ist andererseits häufig auch eine Hilfswissenschaft, beispielsweise für Mediziner, Biologen, Pädagogen oder Sozialwissenschaftler. Der Leser eines Buches aus den Grenzgebieten zwischen diesen Fächern will sich nach Möglichkeit nicht mehrerer Fachwörterbücher bedienen müssen, sondern auf ein umfassenderes Werk zurückgreifen können, das die interdisziplinär wichtigen Begriffe mit abdeckt. Einzelne Teilgebiete der Psychologie, insbesondere im Bereich der Psychotherapie, sind in eine kaum noch überschaubare Vielzahl konkurrierender Schulen aufgesplittet, die größtenteils ihr eigene Terminologie entwickelt haben. Nicht alle von ihnen können Anspruch auf Seriosität und wissenschaftliche Legitimation erheben. Trotzdem tauchen die von ihnen entwickelten Begriffssysteme in der öffentlichen Diskussion auf, und man muß sie nachschlagen können.

Dieses Lexikon umreißt die zur Zeit geltenden wissenschaftlichen Konventionen im Gebrauch der psychologischen Fachbegriffe. Dabei werden Begriffe, die aus dem angloamerikanischen Raum (z.T. re-) importiert worden sind, in der jetzt üblichen eingedeutschten Version oder als bereits gängiges Fremdwort aufgenommen. Schwerpunktartige Berücksichtigung fanden in diesem Lexikon die mathematisch-statistische Richtung der Psychologie, sowie die biologische, die sozialwissenschaftliche und die geisteswissenschaftlich-philosophische Richtung. Wir haben es aber vermieden, den akademischen Teilfächern der Psychologie Hauptstichwörter zu widmen.

Es fehlen medizinische Fachtermini fast immer selbst dann, wenn sie in einzelnen Stichwörtern verwendet wurden. Trotz aller sachlichen Berührungspunkte wäre der Rahmen gesprengt, wollte man in dieses schon in sich umfangreiche Psychologie-Lexikon ein Medizin-Lexikon integrieren. Hier muß auf die weit verbreiteten einschlägigen Bücher verwiesen werden. Dieser Ausschlußhinweis gilt auch für die meisten sinnes-physiologischen Fachbegriffe.

Die Fachbegriffe sind zum Teil als Einzelstichwörter, teilweise aber auch als Unterbegriffe in Hauptstichwörtern erläutert. Die Unterteilung in Einzel- und Hauptstichwörtern sagt nichts über die fachliche Bedeutung des jeweiligen Begriffes aus. Die inhaltliche Bedeutung vieler Fachbegriffe läßt sich besser vor dem Hintergrund eines größeren Zusammenhangs erklären und verstehen. Es sind vielfältige Fragestellungen aus der Angewandten Psychologie, in diesem Zusammenhang auch der Medizinischen Psychologie, ausführlicher dargestellt. Die Stichwörter zu angewandt-psychologischen Fragen erwiesen sich außerdem als wichtige Knotenpunkte im Netzwerk der Verweise: von hier aus führen mannigfaltige Linien zurück zu wichtigen Grundbegriffen der Psychologie.

Trotz der Unterteilung in Haupt- und Einzelstichwörter ist die Benutzung dieses Lexikons überschaubar strukturiert. Wer die Bedeutung eines Begriffes nachschlagen möchte, sucht diesen in seiner alphabetischen Folge und findet dort entweder die Erläuterung oder einen Verweis auf ein Hauptstichwort, in dem dieser Begriff als Unterstichwort definiert ist. Er ist dort durch Kursivschrift hervorgehoben und somit leicht auffindbar.

Durch möglichst viele Querverweise sind die Einzelstichwörter miteinander vernetzt. Ein Leser, dem die Beschreibung eines einzelnen Begriffs nicht ausreichend erscheint, um diesen zu verstehen, kann sich einen vertieften Einblick in das entsprechende Begriffssystem durch Verfolgung der Querverweise verschaffen.

Ein gesondertes Stichwort "Psychologie" fehlt in diesem Lexikon. Psychologie, die "Wissenschaft vom Erleben und Verhalten, speziell des Menschen" definieren wir durch Auswahl und Gewichtung aller Stichworte in diesem Buch .

Das Buch richtet sich an Sozialwissenschaftler aller Richtungen und an Mediziner, Biologen und Psychologen, und zwar sowohl an Studenten wie auch an Praktiker dieser Disziplinen.

94 Autorinnen und Autoren haben die Hauptstichwörter der zweiten, aktualisierten Auflage dieses Lexikons verfaßt. Im Vergleich zur ersten Auflage sind 8 neue Hauptstichwörter hinzugekommen und mehr als 150 weitere kurze Stichwörter.

Uwe Tewes  
Klaus Wildgrube

### **Zeichenerklärung**

Die in diesem Lexikon erläuterten Begriffe sind entweder als eigenständige Stichwörter oder als Unterbegriffe eines Hauptstichwortes definiert.

Wenn unter einem Stichwort nur mit einem einfachen Pfeil ( → ) auf ein anderes Stichwort verwiesen wird, so findet man diesen Begriff unter dem verwiesenen Stichwort als Unterbegriff definiert. Dort ist er durch Kursivschrift hervorgehoben und leicht auffindbar.

Ein Doppelpfeil ( ⇒ ) kennzeichnet Synonyma. Wenn unter einem Stichwort nur ein Verweis mit Doppelpfeil vorgenommen wird, so wird dieser Begriff unter dem anderen gleichsinnigen Begriff definiert.

## Verzeichnis der Mitarbeiter

Prof. Dr. Wilhelm F. Angermeier, Köln  
Prof. Dr. Dieter Bartsussek, Trier  
Prof. Dr. Heinz-Dieter Basler, Marburg  
Prof. Dr. Frank Baumgärtel, Bremen  
Dipl.-Psych. Stefan Becker, Köln  
Prof. Dr. Christian Becker-Carus, Münster  
Prof. Dr. Klaus-Ernst Behne, Hannover  
Prof. Dr. Detlef Berg, Bamberg  
Prof. Dr. Piet B. Bierkens, Nijmegen  
Dr. Georg Birkhahn, Hamburg  
Prof. Dr. Jürgen Bock, Basel  
Prof. Dr. Rolf Brickenkamp, Köln  
Prof. Dr. Tobias Brocher, Thannhausen  
Dr. Kurt Buser, Hannover  
Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Deneke, Hamburg  
Dr. Oliver Diedrich, Trier  
Prof. Dr. Ernst A. Dölle, Konstanz  
Prof. Dr. Dietrich Eggert, Hannover  
Dr. Michael S. Exton, Essen  
Dipl.-Psych. Gundula Ernst, Hannover  
Prof. Dr. Ute Fuchs, Stuttgart  
Prof. Dr. Hans-Joachim Goetze, Neubrandenburg  
Prof. Dr. Uwe Hartmann, Hannover  
Prof. Dr. Hartmut Hecker, Hannover  
Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg  
Dr. Ilse Höfer, Zürich  
Prof. Dr. Volker Hodapp, Düsseldorf  
Dr. Herbert Hollmann, Bochum  
Dr. Ina Horn-Ennker, Berlin  
Prof. Dr. Helmuth P. Huber, Graz  
Prof. Dr. Gernot Huppmann, Mainz  
Dr. Ursula Kaul-Hecker  
Prof. Dr. Heinz-Walter Krohne, Mainz  
Univ.-Doz. Dr. Klaus D. Kubinger, Wien  
Dr. Ludwig Kühn, Gehrden  
Prof. Dr. Armin Kuhr, Dinklar  
Dr. Karin Lange, Hannover  
Prof. Dr. Dieter Langer, Hannover  
Dr. Wolf Langewitz, Basel  
Dr. Erica Mahr, Berlin  
Dr. J. Gowert Masche, Jena  
Dr. Brunhilde Mayer, Hannover  
Prof. Dr. Dr. Petra Netter, Gießen,  
Prof. Dr. Jürgen Neuser, Aachen  
Prof. Dr. Horst Nickel, Düsseldorf  
PD Dr. Hans-Peter Nolting, Göttingen  
Prof. Dr. Karl Oeter, Hannover  
Prof. Dr. Peter Paulus, Lüneburg  
Dipl.-Psych. MSc Cornelius Pawlak, Hannover  
Prof. Dr. Ulrike Petermann, München  
Prof. Dr. Franz Petermann, Bremen  
Prof. Dr. Hermann Pohlmeier  
Prof. Dr. Volker Pudiel, Göttingen  
Prof. Dr. Udo Rauchfleisch, Basel  
Dipl.-Psych. Gerda Reinhold, Göttingen  
Prof. Dr. Eibe-Rudolf Rey, Mannheim  
Prof. Dr. Hans-Dieter Rösler, Rostock  
Prof. Dr. Johann Jürgen Rohde, Hannover  
Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier, Berlin  
Prof. Dr. Werner Sarges, Hamburg  
Dipl.-Psych. Michael Schaefer, Bielefeld  
Dr. Annelie Scharfenstein, Montabaur  
Prof. Dr. Manfred Schedlowski, Essen  
Prof. Dr. Brigitte Scheele, Köln  
Prof. Dr. Jörn W. Scheer, Gießen  
Prof. Dr. Romuald K. Schicke, Hannover  
Prof. Dr. Otto Schlosser, Berlin  
Prof. Dr. Thomas Schmidt, Hannover  
Prof. Dr. Berthold Schneider, Hannover  
Prof. Dr. Harry Schröder, Leipzig  
Prof. Dr. Wolfgang Schulz, Braunschweig  
Prof. Dr. Walter Schurian, Münster  
Prof. Dr. Peter Schwenkmezger, Trier  
Prof. Dr. Rainer K. Silbereisen, Jena  
Dr. Waltraud Sibermagel, Mainz  
Prof. Dr. Friedrich Sixtl, Linz  
Dr. Reiner Stegie, Freiburg  
Prof. Dr. Hans-Joachim Steingrüber, Düsseldorf  
Dipl.-Psych. Alexander Tewes, Bielefeld  
Prof. Dr. Uwe Tewes, Hannover  
Prof. Dr. Franz Thurner, Göttingen  
Dr. Ingeborg Titze, Hannover  
Prof. Dr. Harald Traue, Ulm  
Prof. Dr. Jürgen von Troschke, Freiburg  
Prof. Dr. Dirk Wendt, Kiel,  
Dipl.-Psych. Joachim Westenhöfer, Göttingen  
Dr. Wolfgang Weymar, Hannover  
Prof. Dr. Peter Wildenauer, München  
Dipl.-Phys. Eberhard Wildgrube, München  
Dr. Klaus Wildgrube, Hannover  
Dr. Friedrich-Wilhelm Wilker, Bonn  
Dr. Georg Wolff, Hannover  
Prof. Dr. Heinrich Wottawa, Bochum  
Dr. Jürgen Zully, München



**AAM**

⇒ Angeborener Auslösemechanismus.

**Aberration**

Abweichung von der Norm, vom ursprünglichen Zustand oder von der eigentlichen Funktion; z.B. Chromosomenaberration.

**abhängige Variable**

⇒ Kriteriumsvariable

Variable in einem → Experiment oder Versuchsplan (→ Versuchsplanung), deren → Varianz durch eine oder mehrere → unabhängige Variablen (Prädiktoren, Versuchsbedingungen) bestimmt oder vorhergesagt werden soll

**Abhängigkeit**

→ Sucht.

**abnormal**

→ Norm

**Abschwächung**

→ Klassisches Konditionieren.

**Absence**

wenige Sekunden dauernde Geistesabwesenheit, Bewußtseinslücke; bei Schwindelanfall oder besonders bei (kleinen) epileptischen Anfällen.

**absolutes Gehör**

die Fähigkeit, ohne Hilfsmittel die Höhe von Tönen zu erkennen. Zugrunde liegt ein besonderes Ton- → Gedächtnis. s.a. → Musikerleben.

**Abstinenz**

Enthaltung, Enthaltbarkeit in bezug auf gewohnte Drogen oder Verhaltensweisen (Abhängigkeit → Sucht). Bei Abstinenz (therapeutischem → Entzug) können Entzugsphänomene auftreten (vegetative Symptome, besonders Erregungszustände, Schlafstörungen, Angstzustände).

**abstraktes Denken**

→ Denken.

**Abusus**

(lat.) Mißbrauch. Selten führt einmaliger, oft aber fortgesetzter Mißbrauch (von Medikamenten und anderen Drogen, s.z.B. → Alkoholismus) zu → Abhängigkeit, s.a. → Sucht.

**Abwehr**

durch Furcht oder → Angst ausgelöste Reaktion auf Bedrohungen, z.B. Flucht- oder Kampfverhalten. Beispiele aus der Tierpsychologie sind der Totstellreflex und die Demutsstellung als Flucht- oder Ausweichsreaktion. Zur Abwehr von Ängsten, durch die bedrohliche intrapsychische → Konflikte ausgelöst werden entwickelt der Mensch komplexe Angstabwehr- oder Angstvermeidungsstrategien, die in der → Psychoanalyse als → Abwehrmechanismen beschrieben werden.

**Abwehrmechanismen**

In der → Psychoanalyse werden als Abwehrmechanismen verschiedene Strategien zur → Abwehr und Bewältigung von → Angst, die aus Störungen der Triebdynamik entsteht, bezeichnet. Die Zahl verfügbarer Angstabwehrstrategien (Sicherungsmanöver) ist → interindividuell groß, → intraindividuell begrenzt. Lernprozesse führen dazu, daß erfolgreich eingesetzte Mechanismen jeweils erneut verwendet werden und so geradezu einen individuellen Abwehrstil, ein charakteristisches Abwehrmuster, bilden. Zu den wichtigsten Abwehrmechanismen zählen:

→ Identifikation (mit dem Angreifer), → Intellektualisierung, → Introjektion, → Isolierung, → Konversion, → Projektion, → Rationalisierung, → Reaktionsbildung, → Regression, → Sublimierung, → Unge-schehenmachen, → Verdrängung, → Ver-kehrung ins Gegenteil, → Verleugnung, → Vermeidung, → Verschiebung.

**Abweichungswert**

→ Intelligenz.

**ACTH**

⇒ adrenocorticotropes Hormon  
Peptidhormon, gebildet im Hypophysenvorderlappen (→ Hypophyse), wirkt auf Stoffwechsel und Wachstum, Ausschüttung erhöht sich bei → Streß. ACTH bewirkt die Ausschüttung von Steroidhormonen (→ Kortikosteroide) durch die → Nebennierenrinde; verbesserte im → Experiment die Leistungen von Ratten in einer Reihe von Lernversuchen, evtl. über Motivationsveränderungen (→ Lernen, → Motivation, → Psychosozialer Minderwuchs).

**Adaptation**

1. psychophysiologisch: Bei fortdauernder Reizung gleichbleibender Intensität reagiert der Organismus nur noch abgeschwächt, mit abnehmender Impulsfrequenz der Rezeptoren. Diese Abschwächung, Adaptation, ist zu unterscheiden von der → Habituation. Tast- und Temperaturrezeptoren adaptieren schnell, Schmerzrezeptoren, wenn überhaupt, dann nur langsam. Bei der Adaptation bleiben die Rezeptoren bei Änderung der Reizintensität erregbar, im Unterschied zur Ermüdung, wo die Erregbarkeit generell herabgesetzt oder aufgehoben ist.

2. in der → Ethologie heißt Adaptation ganz allgemein die → Anpassung des Organismus und der Art an die Umwelt.

**Adaptives Testen**

Der Begriff „adaptives Testen“ ist in der aktuellen Literatur unabdingbar an die *Probabilistische* → *Testtheorie* (*latent-trait*-Theorie, „*Item-Response*“-Theorie: IRT) gebunden. Indem beim adaptiven Testen regelmäßig jede Testperson (Tp) andere, ihrem Leistungsniveau individuell angepaßte Items vorgegeben erhält, ist anders als über die Methoden der Probabilistischen Testtheorie nämlich ein fairer Leistungsvergleich verschiedener Personen nicht möglich.

Die Attraktivität des adaptiven Testens kann aus den Nachteilen herkömmlicher →

Tests erklärt werden: In *konventionellen Tests* werden üblicherweise jeder Tp dieselben Items in ein und derselben Reihenfolge vorgegeben. Der Nachteil einer solchen Administration besteht darin, daß leistungsfähigeren Personen einige Items zu leicht, zumindestens sehr leicht fallen, leistungsschwächeren dagegen andere zu schwer, zumindestens sehr schwer. Daraus resultiert nicht nur ein motivationales Problem, sondern vor allem eines der Testökonomie. Die angesprochenen Items sind für die jeweils betroffene Personengruppe insofern nicht informativ, als der Ausgang ihrer Bearbeitung von vornherein bekannt, jedenfalls höchstwahrscheinlich ist. Ob sie nun tatsächlich vorgegeben werden oder nicht, ist weitgehend unerheblich. Somit ist es vorzuziehen, an ihrer Stelle einige andere, sehr wohl informative Items zu administrieren, die in fein abgestufte Grade der gemessenen Fähigkeit zu differenzieren vermögen. Zum Zweck einer hohen Testökonomie geht es dann um die alternative Entscheidung, entweder mit weniger Items die gleiche Information zu erlangen oder mit gleich vielen Items mehr Information auszuschöpfen.

Mit Modellen der *Probabilistischen* → *Testtheorie* ist nun die angesprochene personen-/itemspezifische → *Information* über die Theorie der → *Maximum-Likelihood-Schätzung* berechenbar:

$$I(i, v) = \frac{[P'("+"|i, v)]^2}{P("+"|i, v) \cdot P("-"|i, v)}$$

Sie bestimmt sich demnach als Funktion der → *Wahrscheinlichkeiten* (*P*), daß die Person *v* Item *i* löst („+“) bzw. nicht löst („-“). Bewertungen, die über eine Kategorisierung in „richtig“ und „falsch“ hinausgehen, stehen hier nicht zur Diskussion.

An Modellen, die Aussagen über die beiden angesprochenen Wahrscheinlichkeiten machen, kommen vor allem diejenigen von *Rasch* und *Birnbaum* infrage. Das sogenannte *dichotome logistische Testmodell* von *Rasch* setzt - unter der Voraussetzung, daß die Fähigkeit einer Person *v* durch den eindimensionalen Parameter  $\xi_v$ , die

Schwierigkeit des Items  $i$  durch den eindimensionalen Parameter  $\sigma_i$  beschrieben werden kann - die Wahrscheinlichkeit für die Lösung einer Aufgabe wie folgt an:

$$P("+" | \xi_v, \sigma_i) = \frac{e^{\xi_v - \sigma_i}}{1 + e^{\xi_v - \sigma_i}}$$

Das sogenannte *Zwei-Parameter-Modell* von *Birnbaum* (2-PL-Modell) sieht zusätzlich zu dem Itemparameter  $\sigma_i$  einen zweiten Itemparameter, den Diskriminationsparameter  $\alpha_i$ , vor; dieser soll dem Umstand Rechnung tragen, daß nicht alle Items zwischen Personen mit verschiedenen Fähigkeiten gleich gut diskriminieren, d.h. die Unterschiede zwischen den Lösungswahrscheinlichkeiten zweier bestimmter Personen für jeweils zwei Items mit derselben Schwierigkeit nicht notwendig gleich sein müssen. Die gesuchte Wahrscheinlichkeit beträgt

$$P("+" | \xi_v, \sigma_i, \alpha_i) = \frac{e^{\alpha_i(\xi_v - \sigma_i)}}{1 + e^{\alpha_i(\xi_v - \sigma_i)}}$$

Ein Item ist um so diskriminativer, je größer  $\alpha_i$  ist; und es ist dasjenige Item einer Reihe gleich schwieriger Items am informativsten, welches den größten Diskriminationsparameter aufweist.

Im sogenannten *Drei-Parameter-Modell* von *Birnbaum* (3-PL-Modell) wird noch ein dritter Itemparameter,  $\beta_i$ , berücksichtigt, der bei  $\rightarrow$  *Multiple-Choice-Items* dem Umstand Rechnung tragen soll, daß Lösungen auch durch Raten zustande kommen können; gegenüber dem 2-PL-Modell erhöht sich also die Lösungswahrscheinlichkeit, so daß sie selbst für  $\xi \rightarrow -\infty$  größer als null ist:

$$P("+" | \xi_v, \sigma_i, \alpha_i, \beta_i) = \frac{\beta_i + e^{\alpha_i(\xi_v - \sigma_i)}}{1 + e^{\alpha_i(\xi_v - \sigma_i)}}$$

Sind alle  $\beta_i$  gleich null, vereinfacht sich das Modell zum 2-PL-Modell, sind ande-

rerseits alle  $\alpha_i$  gleich 1, ergibt sich ein *Rasch-Modell mit Rateparameter*.

Je nachdem, welches dieser Modelle gilt, d.h. durch welches Modell die Items am besten beschrieben werden, kann die fragliche Information über Formel (1) bestimmt werden. Im üblichen Fall interessiert das pro Person  $v$  und vorläufiger Schätzung  $\hat{\xi}_v$  maximal informative Item, um dieses als nächstes vorzugeben. Weil sich beim Modell von *Rasch* Formel (1) zu  $I(i, v) = P(„+“ | i, v) \cdot P(„-“ | i, v)$  vereinfacht, liegt dort übrigens das theoretische Maximum bei einer Lösungswahrscheinlichkeit von .50; damit ist leicht einzusehen, daß ein Item dann wenig informativ ist, wenn die Wahrscheinlichkeit einer Lösung oder Nicht-Lösung annähernd 1 beträgt, d.h. das Item für die betreffende Person sehr leicht oder sehr schwierig ist: Die Information, die durch die Vorgabe dieses Items gewonnen wird, beläuft sich nahezu auf null. Das maximal informative Item zu finden, setzt in jedem Fall voraus, daß sowohl die Itemparameter aus entsprechend großen Voruntersuchungen bekannt sind als auch daß eine vorläufige Schätzung  $\hat{\xi}_v$  für den unbekannt Parameter  $\xi_v$  vorliegt. Eine erste Schätzung für  $\xi_v$  erhält man, indem zunächst von einer durchschnittlichen Fähigkeit der betreffenden Tp ausgegangen wird. Um möglichst rasch zu einer „empirischen“ Schätzung  $\hat{\xi}_v$  zu gelangen, empfiehlt es sich, als erstes Item ein mittelschwieriges vorzugeben und danach, je nachdem ob dieses gelöst oder nicht gelöst wurde, das schwierigste oder leichteste. Brauchbare Schätzungen sind dann spätestens nach einigen wenigen Items zu erwarten. Da sich die Modellgültigkeit eigentlich nur in bezug auf das Modell von *Rasch* überprüfen läßt und es zur Zeit an  $\rightarrow$  Signifikanztestes mangelt, die die Wahrscheinlichkeit der Daten nach dem Modell von *Rasch* mit der nach einem der Modelle von *Birnbaum* vergleichen, und weil außerdem die Parameterschätzung in den Modellen von *Birnbaum* wesentlich größere Probleme mit sich bringt, ist adaptives

Testen nach dem Modell von *Rasch* vorzuziehen.

Wie angedeutet, ist es für die zitierten Modelle vermittelt der Schätzung des gesuchten Personenparameters  $\xi_v$  möglich, die Testleistungen von Testpersonen, denen (völlig) verschiedene Items aus einem bestimmten Itempool vorgegeben wurden, zueinander fair in Beziehung zu setzen: Aufgrund des modellierten Zusammenhangs von Personen- und Itemparametern kann z.B. für den allgemeinsten Fall, dem 3-PL-Modell, der Parameter  $\xi_v$  als Maximum-Likelihood-Schätzung folgender Funktion bestimmt werden:

$$L_v = \prod_{j=f_1(v)}^{f_{k_v}(v)} \left( \frac{\beta_j + e^{\alpha_j(\hat{\xi}_v - \sigma_j)}}{1 + e^{\alpha_j(\hat{\xi}_v - \sigma_j)}} \right)^{x_{vj}} \cdot \left( \frac{1 - \beta_j}{1 + e^{\alpha_j(\hat{\xi}_v - \sigma_j)}} \right)^{1-x_{vj}}$$

- mit  $x_{vj} = 1$  im Fall der Lösung (d.i. „+“) und  $x_{vj} = 0$  im Fall der Nicht-Lösung (d.i. „-“);  $f_1(v), f_2(v), \dots, f_{k_v}(v)$  geben die Nummern derjenigen  $k_v$  Items an, welche Tp  $v$  infolge der adaptiven Auswahl vorgegeben wurden (Maximum-Likelihood-Schätzung bedeutet, die Schätzung  $\hat{\xi}_v$  für  $\xi_v$  so zu bestimmen, daß die Wahrscheinlichkeit, die tatsächlich beobachteten Testleistungen zu erhalten, maximal ist; wobei die  $\sigma$   $\alpha$  und  $\beta$  als bekannt vorausgesetzt werden). Die Schätzung von  $\xi_v$  ist also abhängig davon, welche Items bearbeitet wurden, so daß im Regelfall für Personen mit der gleichen Anzahl gelöster Items völlig verschiedene Parameterschätzungen resultieren. Und eben diese, und nur diese sind fair miteinander zu vergleichen. Würden in die letztgenannte Formel mehr als die  $k_v$  Items eingehen, so änderte das lediglich etwas an der Genauigkeit der Schätzung des Parameters  $\xi_v$ . Zu beachten ist, daß sich die angegebene Funktion für die anderen zur Diskussion stehenden Modelle gemäß  $\beta_j = 0$  und  $\alpha_j = 1$  vereinfacht.

Die klassische Variante des adaptiven Testens stellt das sogenannte *tailored-*

*testing* dar. Die Bezeichnung „maßgeschneidert“ drückt aus, daß sich die Item-Auswahl pro Person tatsächlich optimal an deren Leistungsniveau orientiert und also stets dasjenige Item als nächstes für die Vorgabe ausgewählt wird, welches hinsichtlich des aktuell geschätzten Parameters  $\xi_v$  maximal informativ ist. Für das *tailored testing* ist dementsprechend eine Testvorgabe am Computer obligat. Das sogenannte *branched-testing* rührt aus dem Bestreben, dieser computerunterstützten Testvorgabe eine Alternative gegenüberzustellen: Während eine (verbesserte) Schätzung des gesuchten Parameters  $\xi_v$  nach jedem Item und vor allem die Auswahl des jeweils informativsten Items ohne die Verwendung von Computern unrealistisch ist, kann das *branched-testing* deswegen mit Papier- und Bleistift administriert werden, weil hier einzelne Items zu mehreren Itemgruppen zusammengefaßt sind, so daß sich die adaptive Testvorgabe darauf beschränkt, nach jeder Itemgruppe, nicht nach jedem Item, in Abhängigkeit von der konkreten Testleistung zu einer anderen nächsten Itemgruppe zu verzweigen; dabei stehen die entsprechenden Verzweigungsmöglichkeiten von vornherein und ein für alle Mal fest!

Das adaptive Testen stößt an seine Grenzen, wenn irgendwelche Ermüdungs- oder Lerneffekte im Zuge der Testvorgabe Platz greifen: Nicht einmal die Testleistungen derjenigen Testpersonen wären dann miteinander zu vergleichen, die ein und dieselben Items bearbeiten, sobald dies in einer anderen Rangfolge geschieht. Und es stößt erst recht an seine Grenzen, wenn nicht Leistungstests zur Diskussion stehen: Da bei Persönlichkeitsfragebogen niemals ausgeschlossen werden kann, daß die Tp absichtlich eine ihrer (zu messen versuchte)  $\rightarrow$  Eigenschaft widersprechende Antwort gibt - was bei Leistungstests praktisch auszuschließen ist -, fließt stets eine zweite Eigenschaftsdimension mit ein, nämlich die Eigenschaft „wahr zu antworten“. Der eindimensionale Ansatz der skizzierten Modelle findet in beiden Fällen nicht Anwendung!

An publizierten adaptiven Tests gibt es bis jetzt: Die Intelligenz-Testbatterie AID (*Adaptives Intelligenz Diagnostikum*; Kubinger & Wurst, 1985<sup>1</sup>, 1991<sup>3</sup>) mit neun *branched*-Tests für eine Papier-Bleistift-Vorgabe, den BBT (*Begriffs-Bildungs-Test*; Kubinger, Fischer & Schuhfried, 1993), ein *branched*-Computertest, und die *Sylogismen* (Srp, 1994), ein *tailored*-Computertest.

Literatur: B. Bloxom, Adaptive testing: A review of recent results. *Ztschr. Diff. u. Diagn. Psychol.* 1989, 10, 1-17. K.D. Kubinger (Hrsg.), *Moderne Testtheorie - Ein Abriss samt neuesten Beiträgen*. Weinheim 1989. K.D. Kubinger, *Methoden der Psychologischen Diagnostik*. In: E. Erdfelder/ R. Mausfeld/ T. Meiser/ G. Rudinger (Hrsg.), *Handbuch Quantitative Methoden*. Weinheim 1996, 567-576.

Univ.-Prof. Dr. Mag. Klaus D. Kubinger,  
Wien

### Adipositas

Eine über das normale Maß hinausgehende Ansammlung von Fettgewebe (mehr als 15% bei Männern und 20% bei Frauen im Vergleich zur fettfreien Körpermasse) fördert die Manifestation von kardiovaskulären Risikofaktoren, wie → Hypertonus, → Hyperlipidämien, → Hyperurikämie und → Diabetes mellitus, aber auch Beschwerden des Bewegungsapparates. Übergewicht führt häufig auch zu psychosozialer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, der Leistungsfähigkeit und des Selbstbildes (→ Selbstkonzept).

Da die exakte Messung des Fettgewebsanteils technisch sehr aufwendig ist, wurden für die Praxis vor allem zwei einfache Schätzgrößen entwickelt: Das *Broca-Referenzgewicht* (Körperhöhe in cm minus 100 = Referenzgewicht in kg) und der *Body-Mass-Index* (BMI = Körpergewicht in kg/quadrierte Körperhöhe in m). Eine Überschreitung des Broca-Referenzgewichts um mehr als 20% bis 30% sowie ein Body-Mass-Index von größer als 30 gelten als unbedingte Indikation zur Therapie des Adipositas. Übergewicht geringeren Ausmaßes ist dann behandlungsbedürftig, wenn zusätzliche Risikofaktoren

vorliegen. Neben der medizinischen Indikation besteht aus psychologischer Sicht häufig auch eine Indikation bei mäßigem oder auch geringerem Übergewicht. Hier sollte jedoch sorgfältig abgewogen werden, welches Ausmaß an Gewichtsreduktion im Einzelfall vertretbar erscheint (s. unten).

Trotz zahlreicher Methoden und zum Teil skurriler Maßnahmen zur Therapie der Adipositas, wie Magen- und Dünndarm-Bypass, Kiefernverdrahtung, Magenballon, Medikation mit Anorektika, Null-Diät, Aspirationslipektomie, etc. wird übereinstimmend der diätetischen Behandlung in Form einer energiereduzierten Mischkost mit verhaltenstherapeutischer Unterstützung (→ Verhaltenstherapie) zur Veränderung des → Eßverhaltens die höchste Langzeitwirkung zugestanden. Die Gewichtsabnahme sollte dabei im Durchschnitt bei maximal 0,5 Kilogramm/Woche liegen. Bei einer Nährstoffrelation von ca. 30% Energieprozent Fett, 50% bis 60% Kohlenhydrate und ca. 10% Protein kann die Gesamtenergiezufuhr nicht wesentlich unter 1500 Kalorien gesenkt werden, wenn eine ausgeglichene Zufuhr der essentiellen Mikronährstoffe gefordert wird.

Dennoch bleiben grundsätzliche Probleme der → Psychogenese bzw. → Pathogenese der Adipositas und ihrer Therapie bislang ungelöst. Die einfache Annahme, daß der Adipositas eine positive Energiebilanz zugrunde liegt, erscheint insofern reviditionsbedürftig, da nicht aus Veränderungen der Energiezufuhr durch lineare Interpolation auf Veränderungen der Körpermasse geschlossen werden kann. Der individuelle Energiebedarf stellt sich nämlich als variable Größe heraus, der z.B. nicht nur durch Bewegungsaktivität, sondern auch durch die Nahrungszufuhr selbst zu beeinflussen ist. Kalorienarme Diäten veranlassen eine Absenkung des Energiebedarfs, so daß vom "*Dieter's Dilemma*" gesprochen wurde: "Je intensiver die Diät, um so intensiver muß sie fortgesetzt werden".

Diskutiert wird auch, ob die Annahme eines individuellen "*Set-Points*" zutrifft, wo-

nach über körpereigene (bislang allerdings unbekannt) Regulationsmechanismen ein bestimmter Gewichtsbereich im Sinne eines → "Steady-State" stabilisiert wird. Diese Sichtweise erhielt Unterstützung durch die → Verhaltensforschung über klinisch relevante Eßstörungen, wie bei der Anorexia und Bulimia Nervosa (→ Eßstörungen). Diese Patienten erzwingen mit strengen Diäten oder → intermittierendem Fasten eine Gewichtsabnahme, in deren Folge mit Verhaltensstörungen (Süßhunger, Heißhunger, streßbedingtes Essen, etc.) zu rechnen ist.

Die verhaltenspsychologische Forschung hat an ihrem Ausgangspunkt ähnliche Verhaltensmuster bei Adipösen als typisch beschrieben und durch Messungen in Eßlabors experimentell belegt. So die → Externalitätshypothese der Arbeitsgruppe um *Schachter* (→ Externalität) oder die Befunde zur hyperphagen Reaktion, zum verzögertem → Appetenzverlust und zu Sättigungsstörungen bei Adipösen, aber auch → psychosomatischen Überlegungen zum Verständnis erhöhter Nahrungsaufnahme durch → emotionale Faktoren. Inzwischen ist die daraus zunächst abgeleitete Interpretation, daß diese Verhaltensmuster als pathogenetische Verhaltensdisposition die Adipositas verursachen, nach und nach modifiziert worden. Es zeigte sich im Verlauf der weiteren Forschung nämlich, daß nicht primär ein überhöhtes Körpergewicht mit diesem Verhaltensmuster in Beziehung steht, sondern vielmehr das Ausmaß an → kognitiver Kontrolle der Nahrungsaufnahme (Konzept der "latenten Adipositas", Konzept des "gezügeltten Eßverhaltens"; restraint eating). Die ursprünglich nahegelegte kausale Interpretation dieser Verhaltensmuster kann heute dadurch verständlich gemacht werden, daß freiwillige, also motivierte adipöse Probanden zumeist auch "gezügelt Esser" waren, während sich ungezügelt essende Adipöse wegen mangelnder → Motivation für solche Experimente nicht zur Verfügung stellten. Einen integrativen Ansatz, das "boundary model", haben *Herman*

et al. beschrieben.

Der dreidimensionale Fragebogen zum Eßverhalten (s. *Pudel* 1985) mißt 1. das Ausmaß der Kontrolle, 2. die Störbarkeit dieser Kontrolle und 3. spontane Hungerempfindungen. Die ersten beiden Faktoren korrelieren (→ Korrelation) in Kombination → signifikant mit dem Körpergewicht, der Kalorienaufnahme und dem langfristigen Therapieeffekt von großen Probandenkollektiven. Damit scheint die determinierende Wirkung der psychologischen Variablen Kontrolle und Störbarkeit auf Eßverhalten und Gewicht belegt. Es sollte allerdings gesehen werden, daß nicht primär gesundheitliche Motive (→ Gesundheit), sondern ästhetische Aspekte durch die gesellschaftlich bedingten Vorstellungen zur attraktiven Schlantheit die Motivation für kontrolliertes Eßverhalten darstellen.

Einer adäquaten Kontrolle des Eßverhaltens ohne → rigide Einschränkung des Verhaltensspielraumes (unter Berücksichtigung einer ausgewogenen Nährstoffzufuhr) wird daher gegenwärtig für die Therapie, aber auch für die Prävention der Adipositas eine entscheidende Bedeutung beigemessen (→ Eßverhalten). Strikte Diäten mit rigoroser Kalorieneinschränkung und/oder einseitiger Nährstoffrelation erscheinen kontraindiziert, da sie nur kurzfristig auf das Körpergewicht wirken und langfristig Gewichtszunahme und Verhaltensprobleme fördern. Trainingsprogramme zur → verhaltenstherapeutisch orientierten Gewichtsreduktion sind verschiedentlich vorgestellt und empirisch überprüft worden.

Das Körpergewicht ist im Rahmen üblicher biologischer Variationsbreiten offensichtlich auch genetisch-konstitutionell bedingt. Eine diätetische Intervention kann daher nur begrenzt zu Veränderungen des Gewichts beitragen, da in deren Folge biologische → Adaptationsmechanismen (Veränderungen der Thermogenese, des Ruheumsatzes) aktiviert werden. Extreme Eingriffe (Fasten/mehr als 100%ige Über-

quenzen auf das Gewicht (und werden nach wie vor leider immer noch als Bestätigung des Bilanzprinzips angeführt), da sie die Kompensationsmechanismen überfordern. Diese extremen (unphysiologischen) Maßnahmen sind jedoch langfristig kaum zu stabilisieren, da sie einen hohen Verhaltensaufwand erfordern, um sie durchzusetzen, und sie provozieren klinisch ungünstige Verhaltensmuster wie sie in der großen Minnesota-Hungerstudie von Keys et al. bereits vor Jahrzehnten eindrucksvoll beschrieben wurden (→ Eßverhalten).

Literatur: *V.Pudel/J.E.Meyer*, Zur Pathogenese und Therapie der Adipositas., *Der Nervenarzt* 1981,52,250-260. *V.Pudel*, Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas. Berlin 1982. *V.Pudel*, Praxis der Ernährungsberatung. Berlin 1985.

Prof. Dr. Volker Pudel, Göttingen

**Adoleszenz**

Jugendzeit, im zeitlichen Anschluß an das Reifungsalter. → Jugend, → Sexualität.

**Adrenalin**

→ Nebennierenmark.

**adrenerg**

Das Adrenalin, Hormon des Nebennierenmarks, wirkt adrenerg, d.h. → Sympathikus-stimulierend.

**adrenerges System**

durch → Adrenalin wirkende und auf Adrenalin ansprechende Körperorgane.

**adrenocorticotropes Hormon**

⇒ ACTH.

**Ähnlichkeit**

wahrgenommene weitgehende aber nicht vollständige Übereinstimmung, partielle Gleichartigkeit, bedeutsam besonders in der Personenwahrnehmung → Typologien). s.a. → Wahrnehmung, → Invarianz.

**Ängstlichkeit**

→ Angst.

**Äquilibrium**

→ Spieltheorie.

**Äquivalenz**

Gleichwertigkeit, Entsprechung.

**Äquivokation**

→ Kommunikation.

**Ärger**

Obwohl in der Psychologie keine Einigkeit über Anzahl und Abgrenzung von → Emotionen besteht, ist in nahezu allen einschlägigen → Taxonomien Ärger als fundamentale Emotion enthalten. Ärger ist ein alltägliches Phänomen und ein wissenschaftliches → Konstrukt, über dessen Nützlichkeit zumindest derzeit Einigkeit besteht.

Ärger scheint in allen Kulturen vorzukommen und ähnlich ausgedrückt zu werden. Dabei dient der Ärgerausdruck offensichtlich der Regulation interpersonaler Beziehungen. Dies würde rechtfertigen, Ärger als eine sozial vermittelte Emotion zu betrachten, deren Äußerungsformen und Kontrolle im Verlauf der individuellen → Sozialisation gelernt wird. Ärger wird aber auch als mitverursachend für aggressive Absichten und Handlungen eines Individuums gesehen. Sofern man *Aggressionsneigung* (→ Aggression) als überwiegend biologisch determinierten Akt auffaßt, ist die Ärgeremotion auch im Kontext biologischer Emotionsmodelle zu analysieren (*Averill* 1982).

Ärger wird sehr häufig im Kontext anderer Emotionen genannt. Izard (1981) faßt beispielsweise Ärger, Ekel und Geringschätzung zur *Feindseligkeitstriade* zusammen; andere Autoren beschreiben die Trias Ärger, Feindseligkeit und Aggression, welcher insbesondere bei der Genese psychosomatischer Erkrankungen eine zentrale Bedeutung zugeschrieben wird (*Schwenkmezger* 1997). Exakte definitorische Abgrenzungen sind schwierig und werden zumeist auf dem Hintergrund jeweils explizierter theoretischer Überlegungen versucht.

In der Ärgerforschung ist eine allgemeinpsychologische → Allgemeine Psychologie), eine differentialpsychologische (→ Differentielle Psychologie) und eine psychosomatische Sichtweise (→ Psychosomatik) zu unterscheiden.

Unter allgemeinpsychologischem Aspekt sind insbesondere Auslösung und Verlauf der Ärgeremotion sowie ihre Bedeutung im Kontext aggressiver Handlungen untersucht worden. *Dembo* (1931) ließ beispielsweise Versuchspersonen unlösbare Aufgaben bearbeiten. Bereits in diesen Untersuchungen wurde deutlich, daß Ärger vor allem dann entsteht, wenn die Verfolgung der Handlungsabsicht von außen behindert oder blockiert und dies als unfair erlebt wird, d.h. vereinbarte Regeln menschlichen Zusammenlebens oder allgemein akzeptierte Normen verletzt werden. Dies wurde auch in experimentellen Untersuchungen zum Phänomen der → *gelernten Hilflosigkeit* deutlich: Ärgeremotionen entstanden vorwiegend dann, wenn Versuchspersonen bemerkten, daß ihnen vom Versuchsleiter unlösbare Aufgaben vorgelegt wurden.

Ungeklärt scheint nach wie vor, welche Funktion Ärger bei der Auslösung aggressiver Handlungen zukommt. Während *Berkowitz* vermutet, daß Ärger die entscheidende Variable bei der Entstehung von Aggressionen nach Zielblockierung (→ *Frustration*) ist, vermutet *Bandura* in der Ärgeremotion nur eine Komponente einer unspezifischen Erregung zum Zwecke der Energiebereitstellung. Andere Systematisierungen der Funktionalität von Ärger betonen darüber hinaus die *kommunikative Funktion* (Ärger und Ärgerausdruck als Indikator für die Art einer Beziehung), die *instrumentelle Funktion* (der Ärgerausdruck wird zur Erreichung eines Ziels eingesetzt), die *disruptive Funktion* (durch Ärger wird der Handlungsablauf unterbrochen, die Aufmerksamkeitslenkung und Informationsverarbeitung gestört), die *defensive Funktion* (Ärger wird als Bewältigungsstrategie in Bedrohungssituationen

eingesetzt) und die *diskriminative Funktion* (Ärger wird als Hinweisreiz aufgefaßt, eine zwischenmenschliche Situation richtig einzuschätzen und geeignete Bewältigungsmaßnahmen zu aktivieren).

Unter differentialpsychologischem Aspekt sind Entwicklungen zu nennen, interindividuelle Unterschiede in Ärgerintensität und Ärgerausdruck meßbar zu machen. Neben mehr oder weniger erfolglosen Versuchen, spezifische physiologische Reaktionsmuster von Ärger und Ärgerausdruck zu identifizieren, dominieren vor allem Bemühungen, die kognitiven Beurteilungen zum Ärgererleben über Selbstbeschreibungen in Form von → Fragebogen zu erfassen. Die subjektive Erfahrung von Ärger wird über zwei wesentliche Komponenten, Ärger als Zustand und als → Eigenschaft, operationalisiert.

Ärger als Zustand ist definiert als emotionales Bedingungsgefüge, welches aus subjektiven Gefühlen der Spannung, Störung, Irritation und Wut besteht, begleitet von einer Aktivierung des → autonomen Nervensystems. Der Ärgerzustand kann hinsichtlich Intensität und als Funktion des Anstiegs von Frustration variieren, welche aus einer wahrgenommenen Ungerechtigkeit oder der Behinderung oder Blockierung zielgerichteter Verhaltensweisen resultieren. Ärger als *Eigenschaft* beschreibt die Repräsentation interindividueller Unterschiede in der dispositionellen Neigung von Personen, eine große Bandbreite von Situationen als störend oder frustrierend wahrzunehmen und in solchen Situationen mit einer Erhöhung des Ärgerzustands zu reagieren.

Der Ärgerausdruck wird über drei wesentliche Komponenten erfaßt. Die erste Komponente beinhaltet den Ausdruck von Ärger gegen andere Personen und Objekte in der Umgebung, äußert sich also in physischen Angriffen oder auch in verbalen Attacken wie Kritik, Beschimpfungen, verbalen Bedrohungen u.a. (*anger-out*).

Diese Form des Ärgerausdrucks kann sich

gegen die Quelle der Provokation oder aber auch indirekt auf andere Personen oder Objekte richten. Die zweite Komponente des Ärgerausdrucks ist nach innen gerichtet. Dabei wird das Unterdrücken von Ärger bzw. das Nichtäußern von ärgerlichen Gefühlen zu erfassen versucht (*anger-in*). Interindividuelle Unterschiede im Ausmaß des Versuchs, den Ausdruck von Ärger kontrollieren zu können, bestimmt die dritte Komponente des Ärgerausdrucks. (*anger-control*). Skalen zur Erfassung dieser Formen von Ärger und Ärgerausdruck sind bei *Schwenkmezger, Hodapp* und *Spielberger* (1992) beschrieben.

Unter psychosomatischem Aspekt ist auf die vielfältigen Bemühungen hinzuweisen, die Funktion von Ärger und Ausdruck in → Ätiologie und Verlauf körperlicher Erkrankungen zu bestimmen. Obwohl Annahmen über spezifische neurohormonale Prozesse bei Ärgerreaktionen eher spekulativer Art sind, gibt es zahlreiche Befunde für die gesundheitsbeeinträchtigende Wirkung von Ärger. Bekannt ist die sehr kontrovers geführte Diskussion, ob dem sogenannten → *Typ-A-Verhaltensmuster* eine ursächliche Funktion für kardiovaskuläre Erkrankungen zukommt. Eindeutiger sind empirische Befunde, durch die nahegelegt wird, daß unterdrückter Ärger eine mögliche Ursache bei der Genese von → Hypertonie ist. Wie man sich die genauen Wirkmechanismen vorzustellen hat, bleibt bisher jedoch offen.

In der Folge dieser Überlegungen sind auch Interventionsprogramme zur Ärgerreduktion entwickelt worden, die entweder als psychologische Interventionsverfahren konzipiert sind oder aber auch über die verhaltensregulierende Wirkung von Medikamenten wirksam werden. Psychologische Interventionstechniken liegen im präventiven Bereich (→ Prävention), beispielsweise in Veränderungsprogrammen zum Erziehungsverhalten oder aber in der Kombination kognitiv-verhaltenstherapeutischer Techniken (→ Verhaltenstherapie,

→ Imaginationstechniken, → Rollenspiel). Bei medikamentösen Ansätzen wird vor allem die verhaltensverändernde Wirksamkeit von → Beta-Rezeptoren-Blockern diskutiert.

Weiterführende Literatur findet sich bei *Hodapp* und *Schwenkmezger* (1993).

Literatur: *J.R.Averill*, Anger and aggression: An essay on emotion. New York 1982. *T.Dembo*, Ärger als dynamisches Problem. Psychologische Forschung, 1931,15,1-44. *V.Hodapp/P.Schwenkmezger* (Hrsg.), Ärger und Ärgerausdruck. Bern 1993. *C.E.Izard*, Die Emotion des Menschen. Weinheim 1981. *P.Schwenkmezger*, Ärgerausdruck und Gesundheit. In: *R.Schwarzer*, Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch, 2.Aufl. Göttingen 1997, 299-317. *P.Schwenkmezger/ V.Hodapp/ C.D.Spielberger*, Das State-Trait - Ärgerausdrucksinventar (STAXI). Bern 1992.

Prof. Dr. *Peter Schwenkmezger*, Trier

### Ästhetische Wahrnehmung

Mit der ästhetischen → Wahrnehmung befassen sich sowohl die *Kunstpsychologie* als auch die *Wahrnehmungspsychologie* und die experimentelle Psychologie (→ Experiment). Die Kunstpsychologie befaßt sich mit dem Erleben der Ergebnisse künstlerischer Schaffensprozesse und der Erforschung der Bedingungen unter denen künstlerische Leistungen entstehen. Die Wahrnehmungspsychologie befaßt sich in diesem Zusammenhang vor allem mit den Wirkungen, die ein Kunstwerk auf den Betrachter, Leser oder Hörer ausübt, wobei insbesondere die Aspekte des Wohlempfindens und der Harmonie im Vordergrund stehen. Außerdem werden die Beziehungen zwischen der Intention des Künstlers und der Wahrnehmung des Rezipienten untersucht. Die experimentalpsychologischen Ansätze gehen auf *Gustav Fechner* (1801-1887) zurück. Dabei werden Kunstwerke unter standardisierten Bedingungen von mehreren Beurteilern nach verschiedenen Kriterien bewertet. Die zu beurteilenden Objekte werden nach verschiedenen formalen Kriterien variiert (z.B. abstrakt vs.

realistisch) und anhand vorgegebener Kategorien miteinander verglichen (z.B. schön vs. häßlich, interessant vs. uninteressant).

Die Ästhetik ist ihrer ursprünglichen Wortbedeutung nach eine Wahrnehmungslehre. Die ästhetische Wahrnehmung unterscheidet sich nicht grundsätzlich von anderen Formen der Wahrnehmung. Sie ist wie die sinnliche (optische, akustische) Wahrnehmung, die → soziale Wahrnehmung oder die wissenschaftliche Erkenntnisfähigkeit ein sowohl integraler, funktionaler, wie auch ein begleitender Prozeß der onto- und phylogenetischen → Entwicklung.

Eine ästhetische Wirkung kann ausgehen von Objekten (Bild, Wort, Musik, Skulptur, Tanz, Film u.a.), Gegebenheiten, Situationen (Vorstellungen, Erfahrungen, Gefühle, u.a.) und Personen, die gesondert wahrgenommen werden, weil sie besondere Ausstrahlung ausüben, schön erscheinen, angenehm oder andersartige Gefühle wecken und zu besonderem Verhalten anregen. Ästhetische Wahrnehmungen sind Wahrnehmungen solcher Besonderheiten, im Gegensatz zu jenen, die sich auf genormte, alltägliche, gelernte, strukturierte, funktionale und routinierte Gegebenheiten richten.

Die Wirkungen der ästhetischen Wahrnehmungen unterscheiden sich bei Künstlern und Betrachtern nur graduell. In beiden Fällen herrscht eine Vielschichtigkeit vor, bei Gleichzeitigkeit der Prozeßabläufe. Es können sowohl bei der Herstellung des ästhetischen als auch bei dessen Betrachtung immer mehrere Wahrnehmungen zur gleichen Zeit stattfinden.

Ästhetische Wahrnehmungen sind nicht nur Ausdruck einer "höheren", "zweiten" Natur des Menschen, seiner Kultur oder seiner höchstentwickelten Schicht der Persönlichkeit, sondern sie sind ein wesentlicher Bestandteil all seiner Verhaltens-, Handlungs- und Bewußtseinsebenen.

Die ästhetischen Empfindungen werden durch Sinneswahrnehmungen erzeugt. Es

sind Elektro-, Magnet-, Licht- und Schallwellen, Teilchenbewegungen und alle Unmittelbarkeiten an Berührungen, welche von der Umwelt auf die Ebene der dissipativen (energiemwandelnden, sich ausbreitenden) Struktur beim Betrachter treffen. Noch bevor der Sinnesapparat Informationen zu verarbeiten beginnt, treten die unterschiedlichen Spannungsfelder der Körperoberfläche in Erregung. Die unmittelbaren Schwingungen, die etwa ein bestimmtes Instrument beim Hören von Musik auslöst, treffen, bevor sie sinnlich eingeordnet und kognitiv erkannt werden, auf die Oberfläche des Körpers. Dort werden Resonanzen ausgelöst, und es entsteht ein Feld von Überlappungen unterschiedlicher Energiebereiche.

Die ästhetischen Wahrnehmungen gründen sich auf die unterschiedlichen Bereiche der Wahrnehmungen, der Sinne, der Nervenzentren und des übrigen Körpers. Die Vielschichtigkeit setzt voraus, daß Prozesse gleichzeitig auf unterschiedlichen Kanälen, in unterschiedlichen Intensitäten und Ausprägungen ablaufen.

Vielschichtigkeit der psychischen Wahrnehmungen

„Komplexität“ = Bereich des gesamt Individuellen, Berührung mit dem gesellschaftlichen Allgemeinen. „Kontextualität“ = Bereich der materiellen Grundlagen (chemische, physikalische), biologischer Zusammenhang über selbstorganisierende Systembildungen

Ebenen d. Vielschichtigkeit	Psychische Prozesse		Psychische Tätigkeiten	Ästhetische Wahrnehmung
Komplexität		Axiome von Komplexität	Verlangen	Inspiration
Evolutions-symbologische Ebene	Überbewußtsein Ästhetik			
Selbstreflexible Ebene	Planung Sozialisation Individualisation		Verhalten	Gestaltung
Reflexive Ebene	Bewußtes Anpassen			Verhalten
Organismische Ebene	Gefühle			Information
Zelluläre Ebene	Stoff- Wechsel Empfindung	Axiome von Kontextualität	Empfindung	Empfindung
Organelle Ebene	Intra-zelluläre Prozesse			Orientierung
Dissipative Struktur-ebene	Schwingungen Übergang innen / außen			Schwingung
Kontextualität				

Zwischen den Bereichen des Subjektiven (Betrachter) und des ästhetischen Objekts befindet sich der Bereich, auf dem die Resonanz stattfindet. Bei den Interaktionen oder Austauschprozessen zwischen diesen Bereichen wird Bewußtes nicht vom → Unbewußten oder Überbewußten oder den Verhaltens- und Handlungsweisen getrennt dargeboten. Viel eher besteht auch dieser Bereich der Interaktion aus Überlappungen von unterschiedlichen Feldern von Schwerpunkten.

Die *Empfindungen* setzen sich aus den dissipativen Strukturen, den Organellen und den Zellen zusammen. Auf diesen Ebenen vollziehen sich Übereinstimmungen zwischen der psychischen Ganzheit des Individuums und seiner Abgrenzung gegenüber dem Außen. Über Schwingungen befindet man sich in Unmittelbarkeit zur Umwelt. Auf der Haut vollziehen sich die Spannungsbezirke, über die unmittelbar → Informationen gegeben und aufgenommen werden. Die organelle Ebene vermittelt Orientierungen, mit der der Organismus mit dem Außen verbunden ist. Hier setzt sich der Organismus in eine räumlich-zeitliche Lage, wodurch die Befindlichkeit, die Stellung und die Lage in Zeit und Raum aufgehoben werden. Über organelle innerzelluläre Prozesse vermag sich der Organismus im molekularen Bereich zu orientieren. Geruch und Geschmack sind dabei Markierungen, die die Bewegungen koordinieren. Schließlich stellt die Empfindung auf der zellulären Ebene die erste komplexe Information für den Organismus dar. Dabei erfährt er unmittelbar die Nuancen, die Ober- und Untertöne, die Zwischenfarben aller Informationen. Dies ist der Bereich des Gespürs, der Erahnungen und alldessen, was alltäglich vertraut, aber schwer festzustellen ist, da es sich weitgehend der Messung entzieht.

Der Bereich des *Verhaltens* setzt sich aus den Erfahrungen zusammen, die der Organismus auf der Ebene des Organischen, der Reflexion und der Selbstreflexion sammelt und bezieht sich auf die Entwicklung der menschlichen Produktivkraft, Aktivitäten

und Aneignungen der Umwelt. Er umfaßt Informationen, Verhalten und Gestaltung. Information bezieht sich auf die in Form gebrachten Bestandteile der psychischen Tätigkeiten. In der Information gelangt das Diffuse, Gespürte und Ungewisse zur → Gestalt und erreicht Gewißheit. Das psychische Verhalten ist das Tun in bezug auf einen Gegenstand und dessen Vergegenständlichung. Die schöpferische Tätigkeit meint das bewußte und zielgerichtete Herstellen von Objekten im Raum und von Ereignissen in der Zeit. Es ist das Ausfüllen der Leere, des noch nicht genutzten Moments. Schließlich enthält der Bereich des Verhaltens die Durchblicke. Damit ist das Erkunden von Auswegen sowie das Strukturieren des Ungeordneten angesprochen. Durchblicke ereignen sich beim Festlegen auf den Moment in der Zeit. Daraus ergeben sich jene Symmetriebrüche an der Wirklichkeit, an denen sich die Wahrnehmungen schärfen. Das ergibt sich aus dem Ausfüllen des leeren Raums und der unausgefüllten Zeit z.B. mit Zweifel und Staunen.

Der dritte Bereich des Ästhetischen bezeichnet das *Verlangen*. Es bezieht sich auf jene psychische Dynamik, die über das Bewußtsein als Bewältigung der Wirklichkeit hinausgreift. Das Verlangen ist das Darüberhinausdenken, das Sehnen und Wünschen nach dem Unbekannten, dem noch nicht Gewußten und Gedachten. Im Verlangen sind die Anteile der → Phantasie, der Träume (→ Traum) und der Inspiration enthalten. Die Phantasie bezieht sich, mehr noch als das Verhalten, auf das Entwerfen von Neuem. Die Phantasie beginnt dort, wo die produktive Tätigkeit aufhört.

Bei all diesen Wahrnehmungen stellt das Schöne eine wichtige Wertkategorie dar, nach der man sich, seine Erscheinung, seinen Alltag und seine Umwelt gestaltet und beurteilt. Nachdem lange Zeit Prinzipien der rationalen Zweckbestimmtheit und der Funktionalität der Vorrang eingeräumt worden ist, scheint heute der Wunsch nach

dem Schönen eine Renaissance zu erleben. Dafür sprechen der Hang zu Nostalgie und Gemütlichkeit, etwa beim Wohnen, das Bekenntnis zu Kitsch, "postmoderne" Bauweisen in der Architektur, eine Rückkehr zum Bildlichen in der Kunst, die Entdeckung des 19. Jahrhunderts und der Romantik, neuaufkommende Heimatgefühle, das Florieren der Flohmärkte, usw.. Sicherlich ist Schönheit heute nicht wichtiger als früher, aber ihre Definition hat sich geändert.

Im Gegensatz dazu ist nur geringes Interesse am "Schönen" in der offiziellen Kunstszene und der Wissenschaft zu beobachten. Für Künstler und Kunsttheoretiker scheinen Schönheit und Harmonie nicht mehr die relevanten Kategorien für ästhetische Empfindungen zu sein. In der psychologischen Forschung versucht man allenfalls, Schönheit als Wahrnehmungs- oder Wertkategorie zu thematisieren. Ein Beispiel ist das Gesetz vom "Goldenen Schnitt", das das wohlgefalligste Teilungsverhältnis von Strecken beschreibt. Der Eindruck von Harmonie entsteht dann, wenn sich der kleinere Teil einer aufgeteilten Strecke zum größeren so verhält, wie dieser zur ganzen Strecke. Auch die Anwendung experimentalpsychologischer Verfahren und der → multivariaten Datenanalyse ändern daran im Prinzip nichts. Das gilt auch für die Versuche von *Berlyne* (1974), mit Hilfe der → Faktorenanalyse und multidimensionaler → Skalierungen ästhetische Objekte zu klassifizieren oder ästhetische Urteile auf ihre wesentlichen Dimensionen zu reduzieren.

Das Schöne korrespondiert mit den vielschichtigen Wahrnehmungen. Es kann rational, symbolisch, nach künstlerischen Kriterien, auch reflexiv-automatisch wahrgenommen oder auch nur "gespürt" werden (dann als Schwingung, als Klang oder Duft). Die Wahrnehmung des Schönen richtet sich anscheinend nicht so sehr nach erlernten Kategorien als vielmehr nach körperlich-sinnlichen: Das Schöne erfreut und beglückt, Schönes erleichtert die Orientierung im Lebensraum, bereichert das

Verhalten und Handeln und es erinnert an das Andere.

Literatur: *D.E.Berlyne*, Studies in the new experimental aesthetics. Washington 1974. *W.Schurian*, Bilder als Systeme der Entwicklung. In: *E.Fuchs*, Im Zeichen der Sphinx. München 1978. *W.Schurian*, Was ist Schön? Psychologie heute, 1984,6. *W.Schurian*, Psychologie ästhetischer Wahrnehmungen. Opladen 1986. *W.Schurian*, Kunst im Alltag. Stuttgart 1991. *W.Schurian*, Film im Fernsehen. Göttingen 1998.

Prof. Dr. *Walter Schurian*, Münster

### Ätiologie

allgemeine Krankheitsursachen oder Lehre von den Krankheitsbildern.

### Äugigkeit

→ Lateralität.

### Affekt

→ Emotionen.

### affektive Störungen

→ Depression.

### Affektpsychose

Form der → Psychose, die sich vor allem durch Störungen in der Affektkontrolle mit extremen Verstimmungen darstellt. Hierzu gehören vor allem die manisch-depressive Erkrankung und die Involutionen-depression (→ Depression).

### afferent

→ Afferenz

→ Nervensystem.

### Afferenz

Erregungsübertragung im → Nervensystem von der Peripherie zum → ZNS.

### Affinität

(Wesens-)Verwandtschaft, Anziehungskraft aufeinander;

- 1) in der Sozialpsychologie der → Gruppe;
- 2) zwischen → Persönlichkeits-Eigenschaften.

**Agens**

→ Skalierung.

**agglomerative Methode**

→ Gruppierungsprozeß bei → Clusteranalysen, bei der Objekte oder Untergruppen zu übergeordneten Clustern zusammengefaßt werden, im Unterschied zur divisiven Methoden, bei der eine größere Gruppe von Objekten in Untergruppen zerlegt wird.

**Agglutination**

*medizinisch:* Zusammenballung oder Verklumpung von Blutkörperchen oder antigentragender Teilchen;

*psychologisch:* Zusammenfassung von Wörtern zu einem neuen Gesamtbegriff; unsinnige Agglutinationen können Symptom einer → Schizophrenie sein;

*statistisch:* Zusammenfassung von Patienten mit bestimmten Syndrommustern zu → Typen.

**aggregieren**

das bloße Zusammenfassen von Elementen zu nicht weiter untergliederten Gesamtheiten;

*sozialpsychologisch:* die Zusammenfassung von Personen zu Gruppen, die keine innere Differenzierung aufweisen;

statistisch: das Zusammenfassen von Werten für größere Personengruppen.

**Aggression**

*1. Aggressionsbegriff:* Die meisten psychologischen Definitionsversuche verstehen Aggression als Verhalten, das eine Schädigung oder Verletzung intendiert. Eine solche Begriffsbestimmung kann man charakterisieren als (1) eng gefaßt, (2) beschreibend und (3) verhaltensbezogen. Sie ist nicht unumstritten und weicht zum Teil auch vom Alltagsverständnis ab.

*Enger oder weiter Aggressionsbegriff?*

Zum engeren Typ kann man alle Definitionen rechnen, in denen von einer Schädigung die Rede ist. Untereinander variieren sie vor allem darin, wie sie versehentliche Schädigungen oder unvermeidbare

Schmerzzufügungen (z.B. beim Arzt) ausklammern: etwa durch Kennzeichnungen wie "absichtlich" und "intendiert" oder -näher am Beobachtbaren - durch "aktiv und zielgerichtet" (*Fürntratt*) oder auch nur "gerichtet" (*Selg*). Unterschiede liegen auch darin, ob als Objekte der Schädigung nur Individuen oder auch Sachen genannt werden. Der weite Aggressionsbegriff umfaßt hingegen jedes offensive "In-Angriff-Nehmen", z.B. auch sozial akzeptable Formen der Selbstbehauptung, zielstrebiges Arbeiten, tatkräftiges Helfen usw. Da hier der Aggressionsbegriff seine spezifische Bedeutung verliert und fast synonym ist mit "Aktivität" schlechthin, wird er in der Psychologie nur von wenigen, meist triebtheoretisch orientierten Autoren (→ Trieb) vertreten. Ebenso gehören alltags-sprachliche Ausweitungen ("aggressive" Werbung, Musik usw.) nicht zum psychologischen Aggressionsbegriff. Die engere Bedeutung überschneidet sich mit dem Begriff der → Gewalt, der gewöhnlich schwerere, insbesondere körperliche Formen der Aggression meint (nicht hingegen Schimpfen, böse Blicke usw.). Nicht mehr zur Aggression wäre die sog. "strukturelle" Gewalt zu rechnen, da hier die Schädigung (z.B. Hunger, Krankheit) nicht direkt durch sichtbare Akteure, sondern durch stille Unterdrückungsformen in einem ungerichteten sozialen System herbeigeführt wird.

*Beschreibung oder Werturteil?*

Der wissenschaftliche Aggressionsbegriff ist gewöhnlich als wertneutrale Beschreibung eines Sachverhaltes ("intendierte Schädigung") gemeint. Einige Autoren verstehen ihn jedoch als (negative) soziale Wertung, und auch im Alltag spricht man meist dann von Aggression, wenn man das fragliche Verhalten als Normverstoß bewertet, selten hingegen, wenn man es etwa als "angemessene" Verteidigung oder Erziehungsmaßnahme ansieht. Das Urteil "aggressiv" hängt somit von den Normen ab, die der jeweiligen Urteiler vertritt, ist zwangsläufig parteiisch und wird vorwiegend anderen Personen, seltener dem eigenen Verhalten zuteil. Bei einem beschrei-

bend gemeinten Aggressionsbegriff kann hingegen dieselbe als „aggressiv“ definierte Handlung, je nach Standort, sowohl positiv wie negativ gewertet werden.

#### *Verhalten oder Motivation/Emotion?*

Nicht in allen Definitionen heißt es, Aggression sei ein "Verhalten, welches ...". Zuweilen ist vielmehr von inneren Vorgängen (→ "Emotionen", "Impulse", → "Bedürfnis" usw.) die Rede. Dies entspricht auch einem verbreiteten Alltagsverständnis ("Aggressionen in sich haben"). Auf der Verhaltensebene lassen sich körperliche, sprachliche und mimisch-gestische Erscheinungsformen unterscheiden. Auf der emotional-motivationalen Ebene der Aggression gibt es zahlreiche Differenzierungen wie → Ärger, Wut, Vergeltungsdrang, Haß usw. In der empirischen Psychologie ist mit Aggression fast immer das Verhalten gemeint. Um Verwechslungen zu vermeiden, kann man auf das Wort "Aggression" auch ganz verzichten und statt dessen jeweils von aggressivem Verhalten bzw. aggressiven → Gefühlen etc. sprechen. In jedem Fall ist die Unterscheidung von Verhalten und Emotion wichtig, weil aggressive Gefühle sich nicht immer in aggressivem Verhalten ausdrücken, und aggressives Verhalten nicht immer auf aggressiven Gefühlen beruht.

#### *2. Erklärung aggressiven Verhaltens:*

Mit der Frage, wie Intentionen zu schädigendem Verhalten entstehen, beschäftigen sich die sog. *Aggressionstheorien* (vgl. *Bandura 1979, Berkowitz 1993, Verres u. Sabez 1980*). Als klassische Positionen in der Psychologie gelten die → Trieb-, die → Frustrations- und die → Lerntheorie. Die Annahme, im Organismus wirke eine spontan fließende Quelle aggressiver Impulse (Trieb), hat zumindest in der empirischen Psychologie kaum noch Fürsprecher. Die Frustrations- und Lerntheorie haben sich in verschiedenen Varianten zu multifaktoriellen Erklärungsmodellen weiterentwickelt, die allein mit den Kernbegriffen „Frustration“ bzw. „Lernen“ nicht

mehr zureichend gekennzeichnet sind. Von Bedeutung sind unter anderem auch kognitive Bewertungen, Attributionen, moralische Haltungen und Verhaltenskompetenzen sowie aggressive Modelle und Hinweisreize in der jeweiligen Situation. Überdies ist die interpersonale Bezogenheit und Beeinflussung, also der interaktive Charakter aggressiven Verhaltens zu beachten.

Die Vielzahl möglicher Einflußfaktoren legt nahe, nicht mehr eine einheitliche Erklärung für alle Aggressionsphänomene zu suchen. So kann schon die Motivation hinter aggressivem Verhalten offensichtlich sehr unterschiedlich sein. In unmittelbarem Sinne "aggressiv" ist die Motivation, wenn sie auf Leidzufügung und Schädigung drängt und daran die Befriedigung gebunden ist (wichtigster Fall: Vergeltung/Rache). Häufig bilden aber auch nichtaggressive Bedürfnisse die eigentliche Motivation; die intendierte Schädigung ist dann lediglich ein Mittel zum Zweck. Dies gilt etwa für Aggression zur Durchsetzung, zur Anerkennung, zum Selbstschutz oder aus Gehorsam.

Diese Gesichtspunkte fließen auch in die Differenzierung von Aggressionsarten ein, insbesondere in die verbreitete Unterscheidung von emotionaler gegenüber instrumenteller, auf Nutzeffekte gerichteter Aggression (z.B. *Berkowitz, Buss, Feshbach*). Berücksichtigt man zusätzlich das Kriterium aktiv-reaktiv, so kann man die in der Tabelle dargestellte Typologie bilden (*Nolting 1997*). Selbstverständlich läßt diese wie jede andere Einteilung Mischformen zu.

Die reaktiv-emotionale Vergeltung, die Abwehr- und die Erlangungsaggression decken zusammen wohl den weitaus größten Teil vorkommender Aggressionen ab. Es scheint aber auch spontane Aggressionen zu geben, bei denen weder Ärger-Auslöser noch Nutzeffekte entscheidende Faktoren sind; sie sind allerdings bisher recht wenig erforscht.

<b>Ärger-Aggression</b>		
1. UNMUTS-AUSSERUNG	reaktiv	wenig zielgerichtet Impulsiver Affektausdruck wird aggressiv, ist aber keine Aggression i.e.S.
2. VERGELTUNG	reaktiv	aggressiv (intrinsisch) motiviert getragen von Groll, Haß u.ä. Gefühlen; gestellte Schmerz- zufügung vermittelt innere Befriedigung (Wiederherstellung von Selbstwertgefühl und ,Gerechtigkeit')
<b>Instrumentelle Aggression</b>		
3. ABWEHR-AGGRESSION	reaktiv	nicht aggressiv (extrinsisch) motiviert Schadensabweidung, Schutz als Ziel, häufig mit starken Emotionen (zwischen Angst und Ärger) verbunden
4. ERLANGUNGS-AGGRESSION	aktiv	nicht aggressiv (extrinsisch) motiviert Durchsetzung, Gewinn Beschung, Anerkennung als Ziel, ggf. „GHN“ ausgeführt Befriedigung
<b>Spontane Aggression</b>		
5. KAMPFLUST; SADISMUS	aktiv	aggressiv (intrinsisch) motiviert Schmerzzufügung vermittelt emotionale Befriedigung (vermuthl. Selbsterhöhung, Selbststimulierung)

Ob eine *Motivation* zur Aggression akut entsteht und ob sie sich auch in aggressives *Verhalten* umsetzt, hängt von einer ganzen Reihe personaler und situativer Faktoren ab. Zu den situativen gehören Anreger wie Provokationen, Störungen u.dgl. sowie Anreize und Erfolgchancen, weiterhin Aufforderungen, Verhaltensmodelle, Signalreize. Andere Situationsfaktoren wie Strafanordnungen, moralische Hinweise und Gegenmodelle können hemmend wirken.

Das Gewicht der Situation ist besonders groß im Falle von *kollektiver* Aggression, zumal in organisierten Formen (wie Kriegen), da hier die Mitglieder des eigenen Kollektivs als Modelle, Befehlsgeber usw. wirken. Die Beteiligung an kollektiver Aggression ist daher psychologisch nicht mit individueller Aggression gleichzusetzen.

Die *personale* Disposition zu aggressivem Verhalten wird gewöhnlich als Aggressivität bezeichnet (zur Diagnostik Selg et al. 1988). Offenbar ist diese aber keine einheitliche Größe (wie schon die Unter-

schiedlichkeit möglicher Aggressionsmotive nahelegt, s. Tabelle). Eher wäre von verschiedenen "Aggressivitäten" auszugehen, die eine "aggressive" Person nicht alle gleichzeitig vereinigen muß. Als Personalfaktoren, die der sichtbaren Aggressivität eines Menschen zugrunde liegen, sind zumindest grob drei Komplexe zu berücksichtigen: die Ausprägung möglicher Motive für Aggression (Neigung zu Vergeltungswünschen, Geldgier u.a.), die Ausprägung von Aggressionshemmungen (Motive gegen Aggression) und das Verhaltensrepertoire (aggressive und alternative Handlungskompetenzen). (vgl. Kornadt 1982).

Wieweit aggressive Dispositionen auf Anlagen beruhen oder erworben sind, ist eine alte Kontroverse. *Generell* angeboren sind die Lernfähigkeit und wohl eine körperlich-affektive Aktivierung bei aversiven Ereignissen sowie damit verbundene "heftige" (voraggressive) Verhaltensweisen (z.B. Schreien). Auch für die *individuelle* Weiterentwicklung der Aggressivität sind genetische Unterschiede sicher nicht ohne Bedeutung. Besonders gründlich belegt ist hingegen die Rolle des Lernens. Soziale Erfahrungen bestimmen maßgeblich, welche aggressiven und welche alternativen Verhaltensformen sich stabilisieren, fortentwickeln oder abbauen, für welche Ziele, bei welchen Personen, bei welchen Anlässen und Gelegenheiten sich ein Mensch aggressiv verhält.

### 3. Aggressionsverminderung:

Mögliche Ansatzpunkte zur Aggressionsverminderung (s. Nolting 1997) liegen sowohl in der Veränderung situativer Anreger (Verhalten der Mitmenschen und andere Umweltfaktoren) als auch in der Veränderung aggressionsrelevanter Dispositionen durch Lernprozesse. Gelernt werden können vor allem (a) andere Wahrnehmungen und Bewertungen kritischer Situationen (mithin eine Schwächung von Aggressionsmotiven), (b) aggressionshemmende Werthaltungen und Straferwartungen (mithin eine Stärkung von Gegenmotiven), sowie (c) alternative Verhal-

tensweisen für den Umgang mit Gefühlen und die Bewältigung von Konfliktsituationen, wofür die klassische und kognitive → Verhaltensmodifikation von besonderem Interesse sind (vgl. *Petermann u. Petermann* 1997).

Literatur: *A. Bandura*, Aggression: Eine sozial-lerntheoretische Analyse. Stuttgart 1979. *L. Berkowitz*, Aggression: Its causes, consequences and control. New York 1993. *H.J. Kornadt*, Aggressionsmotiv und Aggressionshemmung, Band I. Bern 1982. *H.P. Nolting*, Lernfall Aggression. Reinbek 1997 (vollst. überarb. Aufl.). *F. Petermann/U. Petermann*, Training mit aggressiven Kindern. Weinheim 1997 (8., überarb. Aufl.). *H. Selg/U. Mess/D. Berg*, Psychologie der Aggressivität. Göttingen 1988. *R. Verres/ I. Sobez, Ärger*, Aggression und soziale Kompetenz. Stuttgart 1980.

Dr. *Hans-Peter Nolting*, Göttingen

### **Aggressionstheorien**

→ Aggression.

### **Aggressivität**

→ Aggressionen.

### **agieren**

→ Psychoanalyse.

### **Agnosie**

Störung der Fähigkeit, Objekte wiederzuerkennen und zu benennen. Ein Defekt der Sinnesorgane muß ausgeschlossen werden. Vielmehr liegen Läsionen oder Ausfälle in den sensiblen (oder sensorischen) Projektionsgebieten und den dazugehörigen Assoziationsgebieten im → Gehirn vor. Beispiele: akustische Agnosie ("Seelentaubheit"), optische Agnosie ("Seelenblindheit"), → Alexie.

### **Agoraphobie**

Platzangst; phobische (→ Phobie), unüberwindliche Angst, Straßen und freie Plätze zu betreten.

### **Agrammatismus**

sprachliche Äußerungen ohne grammatische Struktur.

### **Aha-Erlebnis**

das Erlebnis einer überraschenden Einsicht, eines schlagartig Überblick gewinnenden Einfalls zur Struktur eines Problems und zu Lösungsmöglichkeiten. Oft entsteht dabei das Gefühl der → Evidenz.

### **Akkommodation**

→ Assimilation.

### **Akquieszenz**

⇒ Acquiescence

bei der → Fragebogen-Beantwortung zu beobachtende Tendenz mancher Probanden, unabhängig vom Inhalt der Fragen eher die Kategorie "ja" oder "stimmt" zu wählen.

### **Aktivation**

⇒ Aktivierung

eine beobachtbare Bereitschaft zur Tätigkeit oder zu geordneten Handlungen mit ihr entsprechenden erlebnismäßigen Erregungen und einem Gefühl (→ Emotion) der Anspannung. Der Grad der Aktivierung kann in einem engen Bereich als unterschiedliche innere Angespanntheit, die von wohliger Entspannung über → Aufmerksamkeit und Aufregung bis zur höchsten Erregtheit reichen.

Biologische Extremzustände der Aktivierung sind Schreckstarre und Panikreaktion auf dem einen Pol, sowie Tiefschlaf (→ Schlaf) und Bewußtlosigkeit als das andere Extrem. Aktivierung im weitesten Sinne ist ein → Konstrukt, das zur Erklärung des Verhaltens des Gesamtorganismus herangezogen wird. Unter des physiologischen Merkmalen ist die 1930 von *Berger* als *aktives Elektroencephalogramm* (→ EEG) entdeckte Ausprägungs- und Amplitudenverminderung der → im spontanen EEG, die meist als *Desynchronisierung* des EEG oder als *Arousal* oder *Weckreaktion* oder Aktivierung bezeichnet werden. Das allgemeine Aktivationskonzept geht von einer generalisierten → Reaktion des Organismus aus. Die Reaktion soll unabhängig sein von der Modalität und der Intensität des → Reizes unter Vernachlässigung des

→ individualspezifischen Reaktionsmusters. Auslöser der Aktivierung können äußere Reize (Sinneseindrücke) oder innere Reize (z.B. → Schmerz) sein, aber auch zentrale Veränderungen, wie plötzlich auftretende Gedanken oder zielgerichtete Konzentration auf ein Problem. Da jedem Moment unzählige Reize auf uns einströmen, ist es unmöglich, auf alle zu reagieren. Der Organismus hat daher die Fähigkeit, auf spezielle Reize, die für ihn bedeutsam sind, wie Nahrung, "Freund" oder "Feind" zu reagieren und andere zu vernachlässigen. Der Anpassung des Organismus an seine Umwelt dienen neben → Orientierungsreaktion und → Habituation auch Aktivierung und → Aufmerksamkeit, sowie ein unspezifisches → Aktivierungssystem. Jede Änderung der inneren oder äußeren Reizsituation führt zu einer Veränderung der Aktivierung. Das Ausmaß der Aktivierungsänderung ist jedoch von zahlreichen Faktoren abhängig, z.B. vom Aktivierungsniveau, das vor der Reizänderung bestand (*Ausgangswertgesetz*). Auch individuelle genetische oder lernbedingte Unterschiede, sowie eingenommene zentralwirksame Pharmaka und Reizcharakteristika, wie deren Modalität, Intensität, Neuheit, Monotonie oder emotionale Bedeutung, können Dauer und Intensität der Aktivierung beeinflussen. Neben dem EEG werden zur Aktivierungsmessung häufig die Herzschlagfrequenz (→ EKG), der Muskeltonus (→ EMG), der → Hautwiderstand und die Atmung gemessen.

**aktives Elektroencephalogramm**

→ Aktivierung.

**Aktivierung**

⇒ Aktivierung.

**Aktivierungsniveau**

⇒ Allgemeines Aktivierungsniveau

→ Aktivierung.

**Aktivierungssystem**

→ Aufsteigendes retikuläres Aktivierungssystem.

**Aktualgenese**

In der → Gestaltpsychologie Bezeichnung für das Entstehen einer gestalthaften, prägnanten → Wahrnehmung aus diffusen ganzheitlichen Vorgestalten oder Gestaltkeimen in mehr oder weniger kurzen Zeitverlauf.

**akuter Alkoholismus**

→ Alkoholismus.

**Akzeleration**

Beschleunigung der körperlichen Reifung bei Jugendlichen einer Generation im Vergleich den Jugendlichen früherer Generationen.

**Alexie**

Form der → Agnosie: Unfähigkeit, zu lesen, trotz intakten Sehvermögens, bedingt nämlich durch zentrale Ausfälle.

**Algesimeter**

⇒ Algometer.

**Algometer**

⇒ Algesimeter

Apparatur zur Auslösung eines Schmerzreizes zwecks Bestimmung der Schmerzempfindlichkeit.

**Alibidinie**

Fehlen der libidinösen Antriebe (→ Sexuelle Reaktion).

**Alkoholabhängigkeit**

durch ständigen Alkoholmißbrauch verursachte psychische und physiologische Abhängigkeit mit Verlust über die Kontrolle des Alkoholkonsums (→ Sucht).

**Alkoholismus**

Krankheitsbilder, die durch übermäßigen Konsum von Alkohol hervorgerufen werden. Die gesundheitlichen Folgen eines anhaltenden Alkoholmißbrauchs bezeichnet man als *chronischen Alkoholismus*, die Folgen einer Alkoholvergiftung wegen plötzlichen übermäßigen Konsums als *akuten Alkoholismus*.

**Allgemeine Psychologie**

Teilgebiet der Psychologie, das sich mit den allgemeinen Gesetzmäßigkeiten der → Wahrnehmung, der → Motivation, des → Lernens, des → Gedächtnisses und der → Emotionen befaßt.

**Allgemeines Aktivationsniveau**

⇒ Aktivierungsniveau

→ Aktivation.

**Allgemeines Lineares Modell**

Methode des mathematisch-statistischen Analyse (→ multivariate Datenanalyse) zur Darstellung der Beziehungen zwischen mehreren Merkmalen. Dabei wird die → Varianz einer → abhängigen Variablen daraufhin analysiert, inwieweit sie sich durch eine Reihe unterschiedlich gewichteter → unabhängiger Variablen bestimmen läßt; d.h. inwieweit sich die Varianz eines zu untersuchenden Merkmals als Summe einer Reihe unterschiedlich gewichteter anderer Merkmale (*Linearkombination*) darstellen läßt.

**allokative Methode**

die bei der → Clusteranalyse gewählte Methode zur Bestimmung des Distanzmaßes nach dem die Zuordnung des jeweiligen Objekts zu einem Cluster erfolgt.

**Alloplastik**

Einpflanzung nicht-biologischen Materials in den menschlichen Körper zur Wiederherstellung oder Verbesserung des früheren Aussehens.

**Alpha-Faktorenanalyse**

→ Faktorenanalyse.

**Alpha-Fehler**

⇒ Fehler der ersten Art

→ Statistik

→ Versuchsplanung.

**Alpha-Rhythmus**

→ Alpha-Wellen

→ EEG.

**Alpha-Training**

→ Entspannungstraining.

**Alpha-Wellen**

→ EEG.

**Alptraum**

stark angstbesetzter → Traum, oft mit dem Gefühl von Atemnot verbunden.

**Alter**

*1. Begriff:* Das Alter als *Lebensabschnitt* nach Wachstum und Reife ist Folge des Alterns als Aspekt eines lebenslangen Entwicklungsprozesses (→ Entwicklung). Etwa mit dem 7. Lebensjahrzehnt beginnend, wird es biologisch unter dem Gesichtspunkt der Rückbildung, soziologisch unter dem der nachberuflichen Zeit und psychologisch unter dem der Regulation von Verlusten betrachtet. Als *Bevölkerungsanteil* erfährt es besonders in den Industrieländern infolge steigender Lebenserwartung und sinkender Geburtenziffern eine ständige Zunahme, wodurch sich die Relation zur → Jugend umkehrt. Dabei vollzieht sich ein *Altersstrukturwandel*, der als Verjüngung (im Befinden und Aussehen), Entberuflichung (durch vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben), Feminisierung (Überwiegen der Frauen infolge ihrer zunehmend höheren Lebenserwartung), Singularisierung (Alleinleben als Stil) und Hochaltrigkeit (Zunahme der über 80jährigen) beschrieben wird (*Tews 1993*). Wegen der Ausdehnung dieser Lebensperiode für immer mehr Menschen über einen Zeitraum von bis zu vier Jahrzehnten setzt sich eine Differenzierung in das "junge" oder "dritte" Alter (von 60 bis 79 Jahren) und das "alte", "vierte" oder "hohe" Alter (ab 80 Jahren) durch, wobei insbesondere die "jungen Alten" von heute nicht mehr dem Bild des Greisenalters von gestern entsprechen. Infolge medizinischer, sozialer, wirtschaftlicher und kultureller Fortschritte haben sich ihre somatischen und psychischen Ressourcen deutlich gebessert, so daß ihnen jetzt bei geringen Verlusten ein relativ gutes und produktives Altern möglich ist. Ob sich dieser Trend in

Zukunft auch für die "alten Alten" fortsetzen wird, hängt davon ab, ob es gelingt, den Eintritt und Verlauf chronischer Krankheiten so zu beeinflussen, daß erst bei Erreichen einer wahrscheinlich genetisch fixierten maximalen Lebensdauer der "natürliche" Tod eintritt. In diesem Zusammenhang wandeln sich die lange Zeit überwiegend negativen → Stereotype des Alters hin zu neutralen und positiven Einschätzungen. Ein solch differenziertes Bild wird von der psychologischen *Altersforschung* vermittelt.

2. *Forschung*: Die Erfassung von entwicklungsbedingten psychischen Veränderungen ist im Alter schwieriger als bei Kindern und Jugendlichen, weil sie sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, der durch epochale Veränderungen von Lebensverhältnissen und das Ableben untersuchter Personen kompliziert wird. Das vergrößert die mögliche Diskrepanz zwischen kalendarischem und biologischem Alter. Insofern gibt es keinen völlig befriedigenden empirischen Forschungsansatz.

*Querschnittstudien* (→ Versuchsplanung), d.h. die Untersuchung unterschiedlicher Altersgruppen (→ Kohorten) zum gleichen Meßpunkt, gestatten wegen der denkbaren historischen Unterschiede in den Entwicklungsbedingungen von Generationen nur Trendaussagen über wahrscheinliche Altersveränderungen. Doch ermöglichen sie Einblicke in Entwicklungsunterschiede innerhalb der und zwischen den Altersstufen sowie in den Entwicklungszusammenhang verschiedener psychischer Bereiche wie Intelligenz, Persönlichkeit, Sozialverhalten u.a. Hierfür ist die Berliner Altersstudie beispielhaft (Mayer u. Baltes 1996).

*Längsschnittstudien* (→ Versuchsplanung) an denselben Personen zu verschiedenen Meßpunkten bilden Altersveränderungen unabhängig von Generationseffekten ab. Sie gelten im strengen Sinne nur für die untersuchte → Kohorte und erlauben erst im Vergleich zu einer weiteren auch Aussagen über Generationsunterschiede im

Altern, wie die Bonner Gerontologische Längsschnittstudie (Lehr u. Thomae 1987). *Kohorten-Sequenz-Studien* mit verschiedenen → Kohorten zu mehreren identischen Meßpunkten differenzieren Alters- von Generationseffekten der psychischen Entwicklung und kontrollieren außerdem mögliche Testzeiteffekte, d.h. Effekte der zum jeweiligen Meßpunkt wirksamen aktuellen Lebensbedingungen. Doch stellen sie das aufwendigste Forschungsdesign dar, das von Schaie (1996) mit der seit 1956 laufenden Seattle Longitudinal Study eingeführt worden ist.

Alle drei Zugangswege unterliegen den gleichen Einschränkungen: In den rekrutierten und über längere Zeit verfolgten Stichproben sind die mehr interessierten oberen Bildungsgruppen und bei den älteren Kohorten wie zu den letzten Meßpunkten im Längsschnitt die Vitaleren überrepräsentiert. Beide Selektionsvorgänge führen zur Überschätzung der psychischen Entwicklungsmöglichkeiten einer Altenpopulation.

3. *Veränderungen*: Es gibt weder universelle (alle Personen betreffende) noch generelle (bei allen Funktionen festzustellende) psychische Altersveränderungen. Vielmehr interagieren Zu- und Abnahmen miteinander, so daß differentielle Modelle des Alterns zutreffender als einseitige Defizitvorstellungen sind.

*Intelligenzleistungen* (→ Intelligenz) nehmen nach dem 60. Lebensjahr bei gleichbleibend großen interindividuellen Unterschieden im allgemeinen ab. Doch ist davon im besonderen die für himnorganische Veränderungen sensible *fluide* (flüssige) → Intelligenz (Denkfähigkeit, Gedächtnis, Wahrnehmungsgeschwindigkeit) und weniger die erfahrungsgebundene *kristalline* → Intelligenz (Wissen, Wortflüssigkeit) betroffen. Bei gleicher allgemeiner Intelligenz zeigen Frauen einen früheren Abfall in den fluiden, Männer in den kristallinen Fähigkeiten. Das Risiko des geistigen Altersabfalls verringert sich bei Freibleiben

von Herz-Kreislauf- und anderen chronischen Erkrankungen, in guten sozio-ökonomischen Bedingungen, großem sozialem Netzwerk, geistig anregender Umgebung, mit flexiblem Lebensstil, intelligentem Lebenspartner und erhaltener sensorischer Funktionstüchtigkeit. Gebildete und Befähigte bleiben auf höherem Leistungsniveau als darin weniger Begünstigte, doch unterliegen beide Extremgruppen dem gleichen negativen Alterstrend, ohne daß davon die sozialen und biographischen Unterschiede eingeebnet werden.

Die *Lernfähigkeit* für neue Wissensinhalte und Denkstrategien bleibt in der Regel erhalten. Zwar ist auch in → Lerntests das Ausgangsniveau mit steigendem Alter niedriger, doch wird in Testwiederholungen immer noch ein Lerngewinn erzielt, der zwar geringer als bei jungen Probanden ist, aber erst im Falle einer Altersdemenz ausbleibt. Damit sind Voraussetzungen für Training, Intervention und Neuorientierung im Alltag gegeben.

*Alltagskompetenzen*, d.h. die Fähigkeiten und Fertigkeiten zur selbständigen Lebensführung, nehmen im Alter erst dann ab, wenn sich ihre gesundheitlichen und psychosozialen Bedingungen verschlechtern. Wirken sich erstere vor allem auf die *basale* Kompetenz zur Selbstpflege und -versorgung aus, so letztere auf die *erweiterte* Kompetenz zur Beziehungs- und Freizeitgestaltung. Bei breitem Altersspektrum nehmen dann Freizeitbetätigungen und soziale Aktivitäten ab, Ruhezeiten und Unterstützungsbedürftigkeit zu. Nach repräsentativen Erhebungen von *Infratest (1993)* steigt der Hilfs- und Pflegebedarf von 8% der 65-69jährigen über 19% der 75-79jährigen auf 55% der über 85jährigen an. Demnach lebt noch die Hälfte aller Hochbetagten weitgehend selbständig. Ihre Alltagsgestaltung ist abhängig von früheren Interessen und aktuellen Lebensbedingungen. Gegenüber Unterstützungsbedürftigen neigen Hilfs- und Pflegepersonen allerdings dazu, unselbständiges Verhalten eher zu bekräftigen als geduldig die Eigenständigkeit anzuregen.

*Persönlichkeitsmerkmale* (→ Persönlichkeit) zeigen im Vergleich zu kognitiven Funktionen und Kompetenzen geringere tendenzielle Veränderungen. Mit fortschreitendem Alter ist eine leichte Abnahme der Aktivität, Offenheit für Erfahrungen, Extraversion, Flexibilität und positiven Emotionen bei einer Zunahme von externalen → Kontrollüberzeugungen zu verzeichnen. Das individuelle Persönlichkeitsprofil ist davon nicht betroffen, weil Konstanz, Zu- und Abnahmen einzelner Variablen sich die Waage halten und deren Querverbindungen invariant bleiben. Es gibt deshalb normalerweise keine eingengegte oder verarmte Alterspersönlichkeit.

Im subjektiven Erleben ist das Bemühen um die Aufrechterhaltung eines positiven *Selbstbildes* (→ Selbstkonzept) vordergründig. Es begünstigt vor allem die Tendenz, sich jünger zu fühlen, als man an Jahren ist. Das gelingt bei hoher biographischer Kontinuität, guter → Gesundheit, psychophysischer Aktivität, sozialem Netz und materieller Sicherheit eher als unter Verschlechterung der Lebenssituation. Diese erfordert dann eine Umstrukturierung des Selbstkonzeptes nach anderen Bewertungskriterien.

Das Selbst und die Persönlichkeit werden offenbar weniger vom Alter an sich als von den mit ihm einhergehenden Veränderungen der körperlichen, sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen beeinflusst. Davon abhängig auftretende auffällige Persönlichkeitsänderungen kündigen einen pathologischen Alternsprozeß an.

Die *sozialen Beziehungen* sind gegenwärtig durch die familiäre Einbettung der meisten alten Menschen bestimmt, die auch unter getrennten Wohnbedingungen regelmäßigen Kontakt zu ihren Kindern halten. Die überwiegende Mehrzahl ist in ein soziales Netzwerk emotional nahestehender Verwandter, Freunde und Bekannter integriert. Darüber hinaus bestehen Verbindungen zu Kollegen aus der Berufszeit, Vereinen, Zirkeln u.a. Gruppen. Auch

hierbei gibt es große interindividuelle Unterschiede in der Zahl der Netzwerkpartner und sozialen Aktivitäten, die bei Kinderlosen im Vergleich zu Eltern, Heimbewohnern zu im eigenen Haushalt Lebenden, Geschiedenen zu Verwitweten und diesen zu Verheirateten geringer sind. Mit steigendem Alter werden Beziehungen und Aktivitäten bei etwa der Hälfte der Betagten aufrechterhalten, von einigen, besonders Frauen, noch erweitert, doch sonst eher reduziert, so daß der mittlere Umfang des persönlichen sozialen Netzes (auch nach Tod von Bezugspersonen) etwas abnimmt. Die außerhäuslichen Kontakte werden verringert und mehr Hilfen empfangen als gegeben.

Verschiedenen Befragungen zufolge überwiegt im ganzen die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen. Wo aber harmonisches Zusammensein und der Austausch von Zärtlichkeiten vermißt werden, können Gefühle der *Einsamkeit* aufkommen, die als soziale Isolation wie auch emotionaler Abstand erlebt wird. Sie ist allerdings kein Charakteristikum des Alters, denn infolge ihrer höheren sozialen Erwartungen klagen junge Menschen öfter über Einsamkeit als alte. Doch fühlen sich von Senioren mit steigenden Jahren immer mehr Personen besonders in emotionaler Hinsicht vereinsamt. Wenn ihr Alleinsein niederdrückend erlebt wird, erhöht sich das Sterblichkeitsrisiko durch die Beeinträchtigung des Lebenswillens und damit der organischen Resistenz.

*Partnerschaft und → Sexualität* sind durch die Aufrechterhaltung der nacherlichen Gefährtschaft und eine Schwerpunktverlagerung von der Geschlechtlichkeit zur Zärtlichkeit bestimmt. Dabei kommt es zu einer Umstrukturierung und Pluralisierung der Beziehungsmuster von der jungen zur alten Ehe: Häufiger als früher entscheiden die Partner übereinstimmend, wobei allerdings die weibliche Dominanz in diesem Prozeß zunimmt. Bei Männern und Frauen ist eine Abnahme der bislang geschlechtstypischen Arbeitsteilung und die Annäherung ihrer Selbstbilder zu beob-

achten, was insgesamt als *Altersandrogyinität* gedeutet wird. In gegenseitiger Intimität lebende Paare sind gegenüber solchen mit konflikthaften und rein pragmatischen Beziehungen lebenszufriedener, sozial aktiver, steifresistenter und zukunftsorientierter.

Dabei ist das Alter keineswegs geschlechtslos. Die sexuelle Reaktionsfähigkeit bleibt weitgehend erhalten. Bei nachlassender Koitusfrequenz sind noch ein knappes Drittel der Paare bis ins neunte Jahrzehnt sexuell aktiv, Männer länger als Frauen, von diesen die verheirateten mehr als alleinstehenden, Gesunde öfter als Kranke. Es kann zu nichtehelichen, auch homosexuellen Partnerschaften und einer Zunahme der Masturbation kommen. Sexuelle Aktivitäten werden von Männern meist nach Potenz- und Libidoverlust aufgegeben, von Frauen eher nach Partnerverlust. Dabei ist mit einer großen, über vier Jahrzehnte gehenden Altersstreuung zu rechnen.

Die *psychische Gesundheit* wird durch zunehmende organische, auf degenerative Hirnveränderungen zurückgehende, Störungen gefährdet. Eigentliche psychische Alterskrankheit ist deshalb die *Demenz*, der Abbau intellektueller Fähigkeiten und des Persönlichkeitsniveaus. Diese Diagnose wird an etwa 6% aller Senioren über 65 Jahren bei deutlicher Zunahme von 1% der 60jährigen bis zu 40% der 90jährigen gestellt. Sie beeinträchtigt zunehmend das Alltagsverhalten und ist die häufigste Ursache einer Pflegebedürftigkeit im Alter. Nach ihren Ursachen wird eine genetisch bedingte *primäre Demenz*, die nach ihrem Erstbeschreiber benannte *Alzheimersche Krankheit*, von einer arteriosklerotisch bedingten *sekundären* (vaskulären oder Multi-Infarkt-) *Demenz* unterschieden. Während erstere allmählich, aber irreversibel fortschreitet und im Mittel nach 7 Jahren zum Tode führt, solange es noch keine kausale Therapie gibt, setzt letztere nach Schlaganfall oder Durchblutungsstörungen abrupt ein und bildet sich bei wechselndem Verlauf unter medikamentöser und neu-

ropsychologischer Behandlung bis zu einem gewissen Grade oder auch ganz zurück. Hier kann die Prävention an der Grundkrankheit ansetzen.

Häufigste psychische Krankheit sind auch im Alter → *Depressionen*, die jedoch gegenüber den mittleren Jahren nicht zunehmen. Sie werden bei 3% der über 65jährigen als schwere (psychotische) und bei weiteren 8% als leichte (neurotische, reaktive) Formen diagnostiziert und betreffen Frauen doppelt so oft wie Männer. Körperliche Krankheiten und Behinderungen, situative Belastungen wie Verwitwung oder auch das Bemerkten einer beginnenden Demenz erhöhen mit steigendem Alter das Erkrankungsrisiko besonders für die reaktive Depression, deren rechtzeitige Behandlung möglich und als Vorbeugung des Freitodes nötig ist.

Denn die *Suizidgefährdung* (→ Suizid) steigt im höheren Alter deutlich an. Die Rate der (bei Männern häufigeren) vollzogenen Suizide auf 100 000 Einwohner liegt für die über 65jährige Bevölkerung beiderlei Geschlechts etwa doppelt so hoch wie für die jüngere. Gleichzeitig sinken die (bei Frauen häufigeren) Suizidversuche auf ein Verhältnis von 2 (vorher 10) zu einer Selbsttötung. Der Übergang vom Appell zur Ernsthandlung wird durch schwere, lebensbedrohliche Erkrankungen, kritische Lebensereignisse, emotionale Einsamkeit und frustrierende soziale Ungleichheit begünstigt.

4. *Bewältigung*: Biologische, psychosoziale und ökonomische Veränderungen, die das Alter mit sich bringt, können unterschiedlich verarbeitet werden, den einzelnen resignieren oder reifen lassen. Entwicklungsziel dieser späten Lebensetappe ist ein möglichst gelingendes, gutes oder "erfolgreiches" Altern. Es kann inhaltlich ganz unterschiedlich sein und läßt sich nicht an verbindlichen Kriterien (wie Langlebigkeit, Gesundheit, psychosoziale Wirksamkeit, Lebenszufriedenheit, personale Kontrolle, Weisheit) messen. Allgemein wird darunter verstanden, daß alte

Menschen "fähig sind, Herr ihrer Lage zu sein, ihr Geschick zu kontrollieren und ihre Existenz als bedeutungsvoll wahrzunehmen", kurzum: "Ziele haben und diese verfolgen" (*M. Baltes u. Carstensen 1996, S. 202*).

*Modellvorstellungen* postulieren unterschiedliche Wege zum erfolgreichen Altern:

*Disengagement* - Rückzug aus dem aktiven Leben, Sichlösen von sozialen Verpflichtungen und Verlagern des Lebensschwerpunktes nach innen;

*Aktivität* - Aufrechterhaltung von Aktivitäten, Ersetzen verlorener Rollen und Engagement in gesellschaftlichen und zwischenmenschlichen Bereichen;

*Kontinuität* - Beibehalten bisheriger Lebensmuster;

*Verlustregulation* - Ausbalancieren der negativen und positiven Seiten des Alters. Die Psychologie der Lebensspanne geht davon aus, daß in jedem Alter sowohl Entwicklungsgewinne als auch -verluste möglich sind, deren Bilanz jedoch im höheren Alter negativ wird. Dabei kommt es darauf an, die Gewinne zu maximieren und die Verluste zu minimieren, was durch eine kluge *Selektion* von Zielen, *Optimierung* des Einsatzes der zu ihrem Erreichen verfügbaren Mittel und die *Kompensation* von Ausfällen durch Mobilisierung latenter Reserven oder Benutzen externer Hilfen möglich ist (*P. Baltes 1997*).

*Verlusterlebnisse* werden besser bewältigt, wenn man sich vorher darauf einstellen kann. Dies gilt besonders für das Ausscheiden aus dem Berufsleben, die Verwitwung und auch das Aufgeben der selbständigen Lebensform.

Deshalb gelingt in der Regel die Umstellung auf den *Ruhestand* für Männer und Frauen gleichermaßen in Abhängigkeit von der individuellen oder betrieblich organisierten Vorbereitung, der Berufszufriedenheit und dem Finden anderer Betätigungen. Das noch nicht erwartete und akzeptierte Ausgliedertwerden hat hingegen gesundheitliche Risiken.

Diese steigen auch mit dem plötzlichen *Tod des Partners*, während bei dem erwarteten die Trauerarbeit schon mit ihm gemeinsam vorher begonnen werden konnte. Die meisten Verwitweten leiden in den ersten Monaten an depressiven Verstimmungen, derentwegen sie öfter ärztlich behandelt werden als Eheleute. Diesen gegenüber ist ihre Sterblichkeit und auch das Suizidrisiko erhöht. Im Vergleich zu Verheirateten ihres Geschlechts sind Männer von diesen Folgen stärker betroffen als Frauen, die sich bislang besser versorgen können, und reagieren junge Alte nachhaltiger als Hochbetagte.

Auch die Übersiedlung ins *Alten- oder Pflegeheim* fällt leichter, wenn sie als Teil einer vorausschauenden Lebensplanung vollzogen wird. Sie betrifft allerdings nur etwa 5% der Bevölkerung im Rentenalter, wobei der Anteil bis auf 20% mit 90 Jahren und darüber steigt. Diese Zäsur wird bei Unfreiwilligkeit des Umzuges, fortgeschrittener gesundheitlicher Dekompensation und hohem Reglementierungsgrad des Heimes als besonders belastend erlebt. Günstig wirken sich die Möglichkeit der Wahl des Heimes, eine vorbereitende Betreuung sowie Handlungsspielräume und Kontrollmöglichkeiten für Heimbewohner aus.

*Gesundheitliche Belastungen.* Angesichts der mit dem Alter zunehmenden Morbidität steigt die Wertschätzung von Gesundheit, vorbeugendem, streßvermeidendem und emotionsregulierendem Verhalten. Neben dessen wirksamer Propagierung haben vor allem medizinische Fortschritte dazu geführt, daß in den Industrieländern heute alte Menschen gesünder sind als noch vor einer Generation.

Im Vergleich zu jüngeren nehmen sie sich als anfälliger wahr, reagieren aber weniger als diese auf ernste Krankheitssymptome und schätzen ihren Gesundheitszustand eher besser denn schlechter ein als der Arzt. Das trifft besonders für Männer zu, doch gleicht sich diese Diskrepanz mit steigendem Alter aus. Sie kann auf günstigen Vergleichen mit Altersgenossen, reduzierten Erwartungen oder auch Verleug-

nung beruhen. Doch zeigt sich im Längsschnitt, daß der subjektive Gesundheitszustand sowohl zukünftige Veränderungen vorwegnimmt als auch die weitere Lebensdauer zutreffender vorhersagt als der objektive. Das wird über die bessere Stimmung, Selbstsicherheit, Anregbarkeit und Aktivität der sich bei schlechterem Befund gesund fühlenden Personen erklärt (vgl. *Lehr u. Thomae 1987*).

Die Auseinandersetzung mit im Alter gehäuft auftretenden Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Niereninsuffizienz oder Diabetes resultiert aus dem Zusammenhang von Symptomatik, gegenwärtiger Lebenssituation, Biographie, Zukunftsperspektive und dem Verhalten der Angehörigen. Sie hängt von der kognitiven Repräsentanz der Belastung, vor allem ihrer erlebten Veränderbarkeit, ab und ist ein dynamischer Prozeß, der nach anfänglicher Verleugnung über Resignation zur aktiven Haltung mit realistischer Wahrnehmung der eigenen Grenzen und auch bestehender Möglichkeiten führen kann. Die sich dabei schließlich herausbildenden dominanten → Coping-Formen ähneln den schon früher bei kritischen Lebensereignissen gezeigten Reaktionsweisen, die sich als leistungsbezogener, akzeptierender, resignativer oder von Enttäuschung und Verbitterung bestimmter Bewältigungsstil beschreiben lassen (*Kruse 1991*). Im Krankheitsverlauf kommt es dabei zu einer gegenseitigen Angleichung mit den Coping-Strategien der betreuenden Angehörigen, die bei jeder Intervention mit einzubeziehen sind.

*Wohlbefinden und Lebenssinn.* Trotz zunehmend negativer Lebenserfahrungen bleibt das allgemeine Wohlbefinden im Alter positiv, zumal Verluste meistens nicht unerwartet eintreten sowie durch Gewöhnung und Senken der Ansprüche gemildert werden. Zwar ist das Befinden abhängig von objektiven Lebensbedingungen und sozialen Beziehungen, doch werden diese erst über ihre subjektive Bewertung durch den einzelnen wirksam, die sich im Laufe des Lebens ändert.

Infolgedessen äußern hierzu befragte Personen aller Altersstufen ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit, die in wiederholten Befragungen auch im Alter bei etwas zunehmender Gesundheitsbesorgnis aufrecht erhalten wird. So waren z.B. von den 70-103jährigen Teilnehmern an der Berliner Altersstudie 63% mit ihrem gegenwärtigen, 83% mit dem vergangenen und 63% mit dem noch zu erwartenden Leben zufrieden (vgl. Mayer u. Baltes 1996). Dabei zeigten sich große individuelle Unterschiede mit negativer Tendenz bei Alleinstehenden, Heimbewohnern, Frauen und sehr alten Personen.

Die Selbstregulation des Wohlbefindens hängt eng mit der Sinngebung des Lebens zusammen. Im hohen Alter engt sich diese zunehmend ein: auf das elementare Gefühl, noch gebraucht zu werden, Bemühen um eine möglichst selbständige Lebensführung, Erhalten von Selbstachtung und Menschenwürde auch unter Pflegebedingungen. Zu einer so veränderten Sinnorientierung trägt die Fähigkeit bei, im Lebensrückblick vergangene Ereignisse umfassend zu ordnen und neu zu bewerten. Er kann die Relativität von Werten und Zielen wie auch Wandlungen ihrer gesellschaftlichen Bedingungen vermitteln und mit der Suche nach Selbstbescheidung und Ersatzzielen zu persönlicher Weisheit führen.

Die *Verkürzung der Zukunftsperspektive* wird keineswegs als dramatisch erlebt und weniger durch das kalendarische Alter als die "subjektive Restlebenszeit" (Brandtstädter u.a.1997) vermittelt. Zwar nehmen mit deren Verrinnen der Zukunftsbezug wie -optimismus ab und die Beschäftigung mit der Vergangenheit wie dem Tode zu, doch erwarten alte Menschen ihr Ende erst mit Abstand, haben sie durchaus noch Pläne und Hoffnungen für die nächste Zeit und denken sie öfter an die Gegenwart als an die Vergangenheit und Zukunft. Gleichwohl verändert sich allmählich die Zeitperspektive hin zu geringerer Offenheit, Strukturiertheit und Kontrollierbarkeit der persönlichen Zukunft bei zunehmendem Vergangenheitsbezug. Dabei kann

sowohl eine Sinnorientierung an den Prinzipien und der Bilanz des bisherigen Lebens wie auch die an der Sorge für die Nachkommenden zur Wahrung einer positiven Selbst- und Lebenseinstellung beitragen.

Das Vertrautsein mit der Endlichkeit des Lebens nimmt im höheren gegenüber dem mittleren Alter zu. Es wird durch Grenzerfahrungen wie Verwitwung, Krankheit, Wohnprobleme oder materielle Einbußen vermittelt. Das Leben mit einer objektiv wie auch subjektiv deutlich erhöhten Sterbenswahrscheinlichkeit fällt um so leichter, je länger und erfüllter es war.

5. *Intervention*: Zielgerichtete psychologische Einflüsse auf das Erleben und Verhalten sollen psychophysisches Wohlbefinden bis ins hohe Alter ermöglichen. Sie können vorbeugend gegen Funktionseinbußen durch Nichtgebrauch, korrigierend nach deren Eintritt oder unterstützend bei Dauerbelastungen eingesetzt werden und sich entweder an Individuen (einzeln, in Gruppen) oder ihre Lebensverhältnisse (in der Familie, Wohnung, Kommune, dem Altenheim) und auf den Gebrauch von Hilfsmitteln richten. So werden zunehmend *Seniorentainingsprogramme* für kognitive Funktionen, Alltagskompetenzen und Bewältigungstechniken eingesetzt.

Mit *kognitivem Training* läßt sich die geistige Leistungsfähigkeit auch im hohen Alter durch Einsicht und Übung noch verbessern. Dies gilt für das subjektiv besonders nachlassende Gedächtnis ebenso wie für figurales und induktives Denken, also die primären Bereiche der fluiden Intelligenz, deren individuelles Potential von alten Menschen oft unterschätzt wird. Immer mehr Senioren überzeugen sich heutzutage mit Übungen des sog. *Brainjoggings* vom Gegenteil. Doch bei Anzeichen von Demenz ist die Motivation angesichts des verringerten oder ausbleibenden Lernfortschritts schwieriger zu erreichen. Hier kann operante Verstärkung durch Belohnung hilfreich sein. Für das Spätstadium ist noch eine Realitätsorientierungstherapie

möglich, die dem Patienten die elementaren Aspekte der Lebenssituation wie Ort, Zeit und Pflegeperson vermittelt.

*Kompetenztraining* richtet sich auf die Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit im Alter. Das gilt für die Reduktion von Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit allein lebender Frauen, die Ermutigung zu sozialen Interaktionen und das Stabilisieren bzw. Wiedererlangen der Selbsthilfe bei alltäglichen Verrichtungen. Neben dem Einzel- und Gruppentraining bewähren sich auch systematische Veränderungen in der Betreuung Pflegebedürftiger zur Minderung abhängigen Verhaltens sowie zur Stärkung der Autonomie und Selbstverantwortlichkeit durch Einräumen von Transparenz und Kontrollierbarkeit der Umgebung. Indirekt wirken Interventionsprogramme zur Unterstützung der durch die Betreuungsarbeit belasteten Pflegepersonen, besonders für Angehörige von Patienten mit Altersdemenz.

*Bewältigungstraining* kann in Vorbereitung auf kritische Übergänge wie in den Ruhestand, das Altenheim, den Wechsel in eine andere Institution oder mit der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen, um die zu erwartenden Anpassungsprobleme abzufangen. Darüber hinaus wird es in belastenden Lebenssituationen wie Verwitwung und chronischen Krankheiten angewandt, um das Akzeptieren der neuen Lage, seiner selbst und anderer Menschen zu erreichen und so das Selbstbild wieder zu stabilisieren. Schließlich kann auch die Anregung und Unterstützung des Lebensrückblicks therapeutische Wirkungen haben und das Lebensende erleichtern.

Die *Effektivität* vieler solcher Interventionsprogramme ist in kontrollierten Studien mit unterschiedlichem Erfolg evaluiert worden. Dabei ergeben sich Probleme hinsichtlich seiner Kriterien, Dauerhaftigkeit und Qualität. Mit Intelligenztests ließen sich kognitive Effekte einschließlich des Transfers auf benachbarte Funktionen noch nach 7 Jahren belegen. An Kompetenzskalen gemessene Fortschritte haben

nachweisbare Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden. Besserungen in der Selbsthilfe und Kontrollierbarkeit der Lebenssituation wirken sich in höherer Aktivität, der Stabilisierung des Gesundheitszustandes bis zur Verringerung der Mortalität gegenüber nicht geförderten Vergleichsgruppen aus.

Bei alledem gilt jedoch, daß für alte Menschen kein genereller Bedarf an psychologischer Intervention besteht, sondern die Indikation hierzu immer differentiell zu stellen ist.

Literatur: *M. M. Baltes / L. L. Carstensen*, Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozeßorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychol. Rundschau*, 1996, 47, 199-215. *P. B. Baltes*, Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychol. Rundschau*, 1997, 48, 191-210. *J. Brandstädter / D. Wentura / U. Schmitz*, Veränderungen der Zeit- und Zukunftsperspektive im Übergang zum höheren Alter: Quer- und längsschnittliche Befunde. *Z. Psychol*, 1997, 205, 377-395. *Infratest*, Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Stuttgart 1993. *A. Kruse*, Psychische Reaktionen auf gesundheitliche Belastung im Alter. In: *H. Teichmann / B. Meyer-Probst / D. Roether* (Hrsg.), Risikobewältigung in der lebenslangen psychischen Entwicklung. Berlin 1991. *U. Lehr / H. Thoma* (Hrsg.), Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart 1987. *K. U. Mayer / P. B. Baltes* (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie. Berlin 1996. *K. W. Schaie*, Intellectual development in adulthood. The Seattle Longitudinal Study. Cambridge 1996. *H. P. Tews*, Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: *G. Naegele / H. P. Tews* (Hrsg.), Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen 1993.

Prof. Dr. Hans-Dieter Rösler, Rostock

### Alter Ego

- 1) in der → Psychoanalyse syn. zu → Es;
- 2) in der → Analytischen Psychologie das

## **Alternativhypothese**

unbewußte jeweilige Korrespondenzbild  
(→ Animus/ → Anima).

## **Alternativhypothese**

→ Wahrscheinlichkeit.

## **Alterspsychologie**

→ Alter

Teilgebiet der Psychologie, das sich mit den psychischen Veränderungen und dem Entstehen von Erkrankungen im Zusammenhang mit dem biologischen Altersprozeß befaßt.

## **Altruismus**

Selbstlosigkeit, Gegenbegriff zum Egoismus, der Selbstbezogenheit.

## **Alzheimer-Erkrankung**

Nach dem Neurologen *Alois Alzheimer* (1864-1915) benannte Form der → Demenz, die auf eine meistens ab dem 5.-6. Lebensjahrzehnt beginnende → Atrophie der Großhirnrinde (→ Gehirn) zurückzuführen ist.

## **Ambidextrie**

→ Lateralität.

## **Ambiguitätsintoleranz**

Persönlichkeitsmerkmal (→ Persönlichkeit), Scheu vor Unentschiedenheit und eingeschränkte Fähigkeit zum Ertragen von Ungewißheit.

## **Ambilateralität**

→ Lateralität.

## **ambivalentes Verhalten**

mehrdeutiges, widersprüchliches, gelegentlich schnell wechselndes Verhalten (Annäherung-Vermeidung, Kampf-Flucht), das auf das gleichzeitige Vorhandensein miteinander unvereinbarer Bedürfnisse hinweist.

## **Ambivalenz**

konflikthafter emotionaler Zustand (→ Emotionen) als Folge widersprüchlicher oder unvereinbarer Gefühle und Empfindungen (z.B. Haßliebe). Die Aufspaltung derartiger Empfindungen in ihre Einzel-

## **Analogiebildung**

komponenten kann Symptom einer → Psychose sein.

## **Amentia**

→ Bewußtsein.

## **Ammonshorn**

basale Formation im → ZNS am Boden des Seitenventrikel-Unterhorns.

## **Amnesie**

Gedächtnisverlust (→ Gedächtnis), partieller oder vollständiger Erinnerungsverlust, Gedächtnislücke, betreffend die Ereignisse einer Zeitperiode. Man unterscheidet → retrograde und → anterograde Amnesie. Mit progressiver Amnesie wird die fortschreitende Gedächtnisstörung oder -auflösung im Rahmen einer paralytischen oder senilen Demenz (→ Organisch Bedingte Psychische Störungen).

## **Anästhesie**

Reizunempfindlichkeit oder Reizempfindungsstörung als Folge einer Erkrankung oder medikamentösen Schmerzausschaltung.

## **anaklitisch**

gefühlsmäßig abhängig, vor allem die Abhängigkeit des Schwächeren von als stärker erlebten Bezugspersonen, z.B. die Abhängigkeit der Befriedigung der emotionalen und vitalen Grundbedürfnisse des Kleinkindes durch die Mutter oder eine vergleichbar bedeutsame Bezugsperson.

## **anale Phase**

→ psychosexuelle Entwicklung.

## **Analgesie**

⇒ Analgie

Verlust der Schmerzempfindlichkeit durch verletzungsbedingte oder medikamentös, bzw. operativ herbeigeführte Unterbindung der nervösen Schmerzleitung.

## **Analogiebildung**

Form des → Denkens, bei der strukturelle und funktionale Gemeinsamkeiten verschiedener Wahrnehmungen oder Erfahrungen erkannt werden.

**Analogieschluß**

Übertragung von Merkmalen einer Person auf andere Personen, die ihr ähnlich sind oder → Projektion eigener Empfindungen und Bedürfnisse auf andere Personen, die sich in einer vergleichbaren Situation befinden.

**Analytische Psychologie**

Von *Carl Gustav Jung* (1875-1961) begründete Richtung der → Tiefenpsychologie. Aus der → Psychoanalyse übernahm *Jung*, der lange Zeit Schüler von *Sigmund Freud* (1856-1939) war, die Unterscheidung von Bewußtsein und → Unbewußtem, die Annahme eines → Ichs als vermittelnder Instanz und der → Libido als psychische Energiequelle. Im Detail unterscheiden sich die Konzepte jedoch deutlich. Die libidinöse Energie wird nicht als sexuelle Triebregung verstanden, sondern als allgemeine psychische Energie, die bei großer Intensität Willen und Affekt, bei geringerer Intensität Einstellungen und Interessen steuert. Die Psyche wird ein sich selbst regulierendes System beschrieben, wobei seelische Krankheitssymptome als Folge der Blockierung der Energie erklärt werden. Das Unbewußte wird unterteilt in ein *persönliches Unbewußtes* und ein *kollektives Unbewußtes*. Während das *persönliche Unbewußte*, wie auch schon in der psychoanalytischen Theorie beschrieben, vor allem unterdrückte und Verdrängte Bewußtseinsinhalte speichert, enthält das *kollektive Unbewußte* vererbte, archetypische Vorstellungen und Verhaltensmuster, die sog. Archetypen. Dabei handelt es sich um zunächst unanschauliche ursprüngliche ererbte Prozesse und Bereitschaften, die sich unter bestimmten Voraussetzungen zu Bildern, Symbolen, Phantasiegestalten, Mythen, Träumen, Märchen, Sagen oder religiösen Ideen konkretisieren (Vater, Mutter, Hexe, Zauberer u.ä.). Die individuellen Bemühungen um das Erzielen eines Gleichgewichts zwischen den Bedürfnissen des Ichs und den Anforderungen der Umwelt führen zu der Herausbildung einer mehr oder minder flexiblen Außenfassade, der *Persona*. Unter ungünstigen Voraus-

setzungen wird die Persona zu einer starren Maske. Über die Persona stellt sich das Ich der Außenwelt dar, hinter dem Ich liegt der *Schatten* mit den abgespaltenen und unterdrückten Anteilen des Ichs. Hinter dem Schatten liegt das *Seelenbild*, der gegengeschlechtliche Archetypus des Ichs. Bei den Männern ist es das Urbild der Frau (*Anima*), bei den Frauen das Urbild des Mannes (*Animus*). Zwischen Personen wird in diesem Modell nach einer typologischen Betrachtungsweise differenziert (→ Typologien). Die Psyche wird durch vier Funktionen beschrieben, nach den sich Menschen unterscheiden: Denken, Fühlen, Empfinden und Intuieren. Zusätzlich wird nach zwei Einstellung unterschieden, der extravertierten, an der Außenwelt orientierten und der introvertierten, an der Innenwelt orientierten Persönlichkeit (→ Extraversion).

**analytische Psychotherapie**

Oberbegriff für verschiedene Formen der → Psychotherapie, die sich analytischer Methoden bedienen (→ Analytische Psychologie, → Psychoanalyse, → Individualpsychologie, → Transaktionale Analyse).

**Anamnese**

1. (griech. Anamnesis): Wiedererinnern von Informationen aus einer (Krankheits-) vorgeschichte, 2. Informationen aus der Krankheits- und Lebensgeschichte eines Patienten, 3. psychodiagnostische Methode. So dient das diagnostische Gespräch u.a. der Erhebung der Anamnese, um Informationen über den Patienten und seine Krankheit zu erreichen, die auf andere Weise und aus anderen Quellen nicht gewonnen werden können (z.B. emotionale Reaktionen, subjektive Deutung von Zusammenhängen, subjektive Ursachenzuschreibung u.v.m.). Anamnestiche Daten liefern auch Anhaltspunkte für weitere diagnostische Hypothesen.

**Anankasmus**

krankhafter Zwang (→ Zwangsneurose), der zu nicht unterdrückbaren Vorstellun-

## Androgene

gen, Gedanken und Handlungsweisen führt.

### Androgene

männliche → Keimdrüsenhormone.

### androgene Hormone

⇒ Androgene

→ Kortikosteroide.

### androgyn

→ semantischer Raum.

### Anfallsleiden

⇒ epileptischer Anfall

→ Epilepsie.

### Angeborener Auslösemechanismus

⇒ AAM

Neben erworbenen Verhaltensmustern als → Reaktionen auf bestimmte → Reize oder Auslöser (→ Klassisches Konditionieren, → operantes Lernen) gibt es bei Tieren auch angeborene, klar umschriebene arttypische Verhaltensmuster, die durch sog. *Schlüssel- oder Kennreize* ausgelöst werden. Sie sollen Fluchtverhalten bei anderen Vogelarten auslösen. Es handelt sich dabei um selbst- oder arterhaltende Verhaltensmuster, die sich im Verlauf der → Evolution entwickelt haben und vererbt werden (Kampfverhalten, Fluchtverhalten, → Appetenzverhalten). Stichlinge reagieren aggressiv auf den roten Bauch eines männlichen Artgenossen, Haie mit Suchbewegungen auf Blutgeruch. Die verschiedenen Komponenten der Reizkonfiguration, die das artspezifische Verhalten auslösen, konnten in der → Ethologie durch sog. *Attrappenversuche* überprüft werden. Raubvogelsilhouetten an Fensterverglasungen sind Beispiele für derartige Kennreize. Die schnelle Reizidentifizierung erfolgt wahrscheinlich über angeborene neurosensorische Filtermechanismen. Die durch derartige Schlüsselreize ausgelöste → Reaktion ist stabiler und intensiver als vergleichbare erlernte Reaktionsmuster. Die vergleichende Verhaltensforschung geht davon aus, daß auch beim Menschen AAMs wirksam werden können. Als Beispiele dienen die

## Angst

positiven → Gefühle und Zuwendungsreaktionen, die durch das → Kindchenschema oder die überzeichneten Darstellungen des → Weibchenschemas, die sich die Werbung zunutze macht. Bei gleichzeitigem Vorhandensein mehrerer Kennreize kommt es gelegentlich zu sog. *Übersprungshandlungen* (z.B. Wechsel zwischen Drohgebärde und Futtersuche). Übersprungshandlungen werden daher häufig als Anzeichen für einen inneren → Konflikt interpretiert. Verlegenheitsgesten des Menschen (sich kratzen, Nägel kauen) werden auf analoge Mechanismen zurückgeführt.

### anger-control

→ Ärger.

### anger-in

→ Ärger.

### anger-out

→ Ärger.

### Angewandte Psychologie

Oberbegriff für verschiedene Teilgebiete der Psychologie, die sich mit Problemen der Anwendung psychologischer Erkenntnisse in verschiedenen Lebensbereichen befassen, z.B. Pädagogische Psychologie, Medizinische Psychologie, Wirtschaftspsychologie, Klinische Psychologie, Werbepsychologie, Betriebspsychologie.

### Angst

Die Psychologie ist nur eine unter mehreren Disziplinen (darunter Medizin, Philosophie, Theologie), die sich mit dem Thema Angst befassen. Sie geht vom Alltagsbegriff Angst aus, analysiert diesen empirisch und entwickelt ihn im Rahmen ihrer Theorienbildungen erfahrungsgeliebt weiter zu einem dynamischen fachwissenschaftlichen Begriff oder → Konstrukt.

*Der Alltagsbegriff Angst:* Im Kern bezeichnet das Wort Angst (verwand mit lat. angustus = eng.) in unserer Sprachgemeinschaft einen vorübergehenden Zustand der Beklemmung, den man auch körperlich

verspürt. Der von Angst Ergriffene kann meistens, aber nicht immer (z.B. nicht bei der sog. frei flottierenden Angst, → Psychoanalyse) eine vermeintliche Gefährungsquelle seiner körperlichen Unversehrtheit oder seines → Selbst (Gefährdung des → Selbstkonzepts) als Angstauslöser angeben. Solche Auslöser werden auch als "Gegenstand der Angst" bezeichnet. Angstgegenstände werden zur Kategorisierung von Angstarten herangezogen. Eine sachlogische hierarchische Ordnung gebräuchlicher Angstarten von *Schwarzer* (1987) ist in der Abb. wiedergegeben.

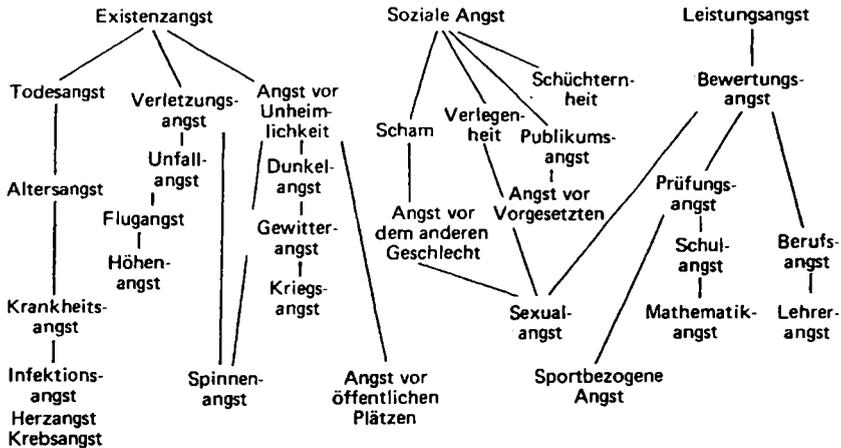
Empirische Analysen haben ergeben, daß "Schüchternheit" und "Demut" sowie "Abscheu" und "Widerwille" zu Angst eine benachbarte, "Begehren" hingegen eine dazu konträre Gefühlsqualität aufweisen. Als bedeutungsähnlich können im Deutschen folgende Wörter gelten: Angst, Entsetzen, Furcht, Panik, Verzweiflung.

Bereichen gibt es eine umfangreiche Forschung und Theorienbildung.

(A) Angst als Zustand (*state-Angst*): Um Angst wissenschaftlich zu beschreiben und hinsichtlich ihrer vielfachen Vernetzungen analysieren zu können, wird der Begriff von vornherein multidimensional konzipiert. Den einzelnen Ebenen wird je nach Theorie ein unterschiedliches Gewicht beigemessen.

- Die subjektive Ebene des → Gefühlserlebens: Das Angstgefühl hat eine ihm eigene, negativ getönte Gefühlsqualität (vgl. Alltagsbegriff).

- Die → Ausdrucksebene: Sie thematisiert vor allem Mimik und Gestik (auch im interkulturellen Vergleich) als Begleit- oder Folgeerscheinungen des Angsteffektes. z.B. werden Furcht und Überraschung ihrem Gesichtsausdruck nach häufig miteinander verwechselt.



Ordnung von Ängsten nach ihrem Allgemeingrad und ihrer Thematik

Das *psychologische Konstrukt Angst* ist mit dem Fortgang der Forschung permanent Veränderungen unterworfen. In Anlehnung an die Alltagssprache wird zwischen "Angst als akutem Zustand" und "Ängstlichkeit" als einem Merkmal der → Persönlichkeit unterschieden. Zu beiden

- Die physiologische Ebene: Mehr oder weniger zeitgleich mit dem Gefühlserlebnis ist als sog. → Arousal ein physiologisches Erregungsmuster aktiv (→ Psychophysiologische Beziehungen). Dieses bildet jedoch seiner Intensität nach kein genaues Korrelat zur subjektiv erlebten "Er-

regtheit". Im Gegensatz zu früher neigt man derzeit zur Auffassung, daß sich dieses Erregungsmuster bei Angst nicht wesentlich von dem bei anderen → Emotionen unterscheidet. Der auch medizinisch bedeutsame komplizierte Zusammenhang ist aber noch nicht hinreichend geklärt.

- Die → Handlungsebene: Verschiedene Handlungsbereitschafts - Komponenten, typischerweise Flucht und andere Vermeidungsreaktionen, gelten als mit Furcht vergesellschaftet. Auf dieser Ebenen läßt sich auch der wichtige Fragenkomplex einordnen, wie Angstreaktionen erworben werden. Seit ca. 1920 hat über Jahrzehnte die → Lerntheorie vor allem in ihren behavioristischen Varianten (→ Behaviorismus) als die Universaltheorie des Verhaltens und seiner Störungen alle anderen Ansätze dominiert. In ihrem Rahmen wurden schon früh Erklärungen für das Erlernen von Furcht und Methoden zu ihrem Abbau entwickelt (*Jones 1924*), welche zum Ausgangspunkt für die Entwicklung der → Verhaltenstherapie in diesem Bereich wurden. Dabei spielen automatisch zustandgekommene Angstreiz- und Angstreaktionsverknüpfungen eine theoretisch bedeutsame Rolle. Die Therapie bemüht sich dann, z.B. mittels der "→ Desensibilisierungsmethode", um die automatische Abschwächung unerwünschter Verknüpfungen. Auch das → Modell-Lernen wurde als wichtiges Erklärungskonzept für das Lernen und Verlernen ängstlichen Verhaltens herangezogen. Seit mehr als zwei Jahrzehnten werden aber in zunehmendem Maße Konzepte der im folgenden aufgeführten kognitiven Ebenen in die Erklärung von Handlungsweisen einbezogen.

- Die → kognitive Ebene: Die Kognitionspsychologie hält automatische Verknüpfungen zwischen → Reiz und → Reaktion für vergleichsweise wenig bedeutsam. Anstelle der Abhängigkeit der Angst von einer "objektiven Reizsituation" betont sie deren Abhängigkeit von der "subjektiven, kognitiven Interpretation der Gesamtsituation (Person und Situation)". Ein bedeut-

samer Ansatz dieser Richtung, der auf *Schachter (1962)* zurückgeht, nimmt an, daß der Erlebniszustand Angst nur dann als gegeben angesehen werden darf, wenn folgende vier Sachverhalte gleichzeitig zusammenwirken: ein physiologisches Arousal, eine als bedrohlich eingestufte Situation, die Überzeugung, daß beides zusammengehöre, und schließlich die Etikettierung dieses Geschehens als Angst (→ "labeling"). Dieses "labeling" ist von einigen als → "Attribution" reinterpretiert worden, wodurch ein Bezug zur Zeit gängigen → Kausalattributionstheorie hergestellt ist. Eine andere Theorievariante die → Handlungskontrolltheorie, die das Kontrollkonzept in den Mittelpunkt stellt, verknüpft das Angsterleben eines Individuums mit dessen Sorge eines Kontrollverlustes.

(B) *Ängstlichkeit (trait-Angst)*: Menschen unterscheiden sich im Grade ihrer Ängstlichkeit. Unter Ängstlichkeit wird eine überwiegend als erworben angesehene, relativ dauerhafte Erlebens- und Verhaltensdisposition verstanden. Als "Allgemeine Ängstlichkeit" ist sie mitbestimmend dafür, ob man auf relativ zahlreiche oder auf relativ wenige äußere und innere Reize (Strebungen, Vorstellungen u.dgl.) mit Zustandsangst oder mit Angstanpassungs- bzw. → Abwehrmechanismen reagiert. Ferner unterscheidet man → Dispositionen zu bereichsspezifischen Ängsten. Besonders zahlreiche Untersuchungen gibt es zum Bereich der Leistungs- oder Prüfungsangst. Bereichsspezifische Ängste mit Krankheitswert sind auch die sog. → Phobien (z.B. Platzangst, Spinnenangst u.dgl.).

*Angstdiagnostik und Angsttherapien*: Standardisierte Angstfragebogen, in denen die Probanden Selbsteinschätzungen zum Erlebens- und Verhaltenskomplex Angst vornehmen, stellen nachweislich einen wesentlichen diagnostischen Fortschritt gegenüber Fremdeinschätzungen von Ängstlichkeit durch Experten, Eltern, Lehrern usw. dar. Die meisten → Fragebogen quantifizieren Allgemeine Ängstlichkeit

oder Prüfungsangst bei Schülern. Der Fragebogen STAI erfaßt Ängstlichkeit und Zustandsangst. Andere trennen neuerdings zwischen einer Besorgtheits- und einer Erregtheitskomponente der Angst (*Spielberger* 1975, *Thurner* 1978).

Angst spielt nicht nur im Alltagsleben, sondern auch bei → Neurosen und → Psychosen eine zentrale Rolle. Psychologische Therapieansätze (→ Psychotherapie) sind von unterschiedlichen Theorierichtungen ausgehend entwickelt worden. Am praktisch bedeutsamsten sind die Methoden der → Psychoanalyse und der → Verhaltenstherapie. Ansätze der kognitiven (Verhaltens-) Therapie bieten sich nicht nur, aber in besonderem Maße für existenzielle Ängste an. In der therapeutischen Praxis werden die teilweise theoretisch konträren Ansätze oft miteinander vermengt. Obwohl die Ansätze teilweise konträr sind, können sie alle Erfolge nachweisen, aber nicht alle Therapieformen erscheinen für alle Angstformen gleich gut geeignet zu sein.

Literatur: *W. Butollo*, Chronische Angst. München 1979. *W.D. Fröhlich*, Angst. München 1982. *H.W. Krohne* (Hrsg.), Angstbewältigung in Leistungssituationen. Weinheim 1985. R. Schwarzer, Streß, Angst u. Hilflosigkeit (2. Aufl.). Stuttgart 1987. C.D. Spielberger/I.G. Sarason (Eds.), Stress and Anxiety, Vol. 1-10. New York 1975. *F. Thurner*, Ängstlichkeit. In: *K.J. Klauer* (Hrsg.), Handbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 2. Düsseldorf 1978, 427-437.

Prof. Dr. Franz Thurner, Göttingen

### **Angstabwehr**

→ Abwehrmechanismen.

### **Angstdiagnostik**

→ Angst

→ Psychodiagnostik.

### **Angstneurose**

durch eine ausgeprägte Angstsymptomatik (→ Angst) gekennzeichnete neurotische Störung (→ Neurosen).

### **Angsttherapie**

→ Angst

→ Psychotherapie.

### **Anima**

→ Analytische Psychologie.

### **Animus**

→ Analytische Psychologie.

### **Ankern**

→ Neurolinguistisches Programmieren.

### **Anlage-Umwelt-Diskussion**

Auseinandersetzung über die Frage, ob die Entwicklung der → Persönlichkeit überwiegend von den Lernerfahrungen und den → Sozialisationsbedingungen abhängig ist oder mehr erblichkeitsbedingt erklärt werden muß. Während die erste Position vor allem von den Vertretern des klassischen → Behaviorismus und den Milieutheoretikern verteidigt wird, weisen die → Erbpsychologen stärker auf die Bedeutung genetischer Einflüsse hin. In den zahlreichen Untersuchungen zu diesem Problem wurden vor allem die Ergebnisse von → Intelligenztests und → Persönlichkeitstests von Personengruppe verglichen, die einander genetisch unterschiedlich ähnlich waren (eineiige Zwillinge, zweieiige Zwillinge, Geschwister, Eltern mit Kindern). Die Forschungsrichtung, die sich heute mit derartigen Fragestellungen befaßt, wird als Verhaltensgenetik bezeichnet (s.a. → Zwillingsforschung).

### **Annäherungssystem**

⇒ Behavioral Activation System

⇒ BAS.

### **anomischer Selbstmord**

→ Suizid.

### **Anorexia nervosa**

⇒ Magersucht

⇒ Pubertätsmagersucht

überwiegend bei jüngeren Mädchen nach oder während der Pubertät zu beobachtende starke Minderung des Appetits (→ Eßstörungen), verbunden mit extremer Ge-

## **Anorgasmie**

wichtsabnahme, die zu lebensbedrohlichen körperlichen Funktionsstörungen führen kann. Da keine organischen Ursachen festgestellt werden können, wird dieses Krankheitsbild den → psychosomatischen Störungen zugerechnet.

## **Anorgasmie**

→ sexuelle Störungen.

## **anormal**

→ Norm

## **Anpassung**

1. Im allgemeinen biologischen und ethologischen Sinn: Vorgang der Einfügung in und Abstimmung mit den Bedingungen der Umwelt, der vom einzelnen Organismus bzw. von Arten von Lebewesen geleistet werden muß, um zunächst überhaupt zu überleben, im weiteren um optimal zu leben.

2. Im engeren psychologischen Sinn: Abstimmung des Verhaltens, z.T. auch des Wahrnehmens und Erlebens eines Individuums auf die → Normen der sozialen Strukturen, in denen er lebt. Nach einschneidenden Erlebnissen (z.B. nach Krankheit oder Verlust von Fähigkeiten oder Partnern) sind oft Neu-Anpassungen notwendig, die als → Coping bezeichnet werden.

3. In physiologischen Prozessen wird von →Adaptation gesprochen.

## **ANS**

⇒ Autonomes Nervensystem

→ Nervensystem.

## **anschauliches Denken**

→ Denken.

## **Anspruchsniveau**

die Anforderung, die jemand im Hinblick auf Quantität oder Qualität einer Leistung an sich selbst stellt. Bei psychologischen Leistungstests (→ Psychodiagnostik) wird das Anspruchsniveau häufig durch den Grad der Schwierigkeit der Aufgaben operationalisiert, deren Lösung sich der Proband zutraut. Die Höhe des Anspruchsniveaus ist sowohl von überdauernden → Persönlichkeitsmerkmalen als auch von Vorerfahrungen (Mißerfolgen oder Erfolgen) bei der Lösung ähnlicher Aufgaben abhängig.

## **antizipatorische Nausea**

veaus ist sowohl von überdauernden → Persönlichkeitsmerkmalen als auch von Vorerfahrungen (Mißerfolgen oder Erfolgen) bei der Lösung ähnlicher Aufgaben abhängig.

## **Anstaltsneurose**

→ Neurose

→ Chronisch Psychisch Kranke.

## **anterograde Amnesie**

Löschung von Erinnerungen (→ Gedächtnis) an Ereignisse, die kurz nach einem starken Schock erlebt oder wahrgenommen wurden.

## **Anthropologie**

Wissenschaft vom Menschen, Menschenkunde.

## **Anthropometrie**

Oberbegriff für Meßmethoden zur Bestimmung von Maßverhältnissen am menschlichen Körper; für die Erhebung psychischer Maße durch den Begriff der Psychometrie ergänzt.

## **Anthropomorphismus**

das unreflektierte (primitive, infantile) Hineindeuten von Mustern menschlicher Verhaltensweisen und Selbstdeutungen in Tiere, Gegenstände, Naturphänomene und abstrakte Größen (z.B. Gottesvorstellungen).

## **Antidepressiva**

Meist stimmungsaufhellende, antriebssteigernde Medikamente aus der Gruppe der → Psychopharmaka, die bei verschiedenen Formen der → Depression Anwendung finden können.

## **antisoziale Persönlichkeit**

⇒ Psychopathie

→ Persönlichkeitsstörungen.

## **antizipatorische Nausea**

Z.B. bei Krebserkrankungen kann es i.S. von →bedingten Reflexen zu Übelkeit (→Nausea) schon dann kommen, wenn

## **Antrieb**

vorauseilende, vorwegnehmende (antizipatorische) Ängste (→Angst) auftreten.

## **Antrieb**

vitaler Impuls, theoretisches Konstrukt zur Erklärung der → Aktivierung des Verhaltens, wobei aus beobachtetem Verhalten auf → Motive, → Emotionen oder → Bedürfnisse geschlossen wird, die dieses Verhalten ausgelöst haben.

## **Antriebsstörungen**

übersteigerte oder extrem abgeschwächte Formen des normalen → Antriebs, die häufig Symptom einer → Organisch Bedingten Psychischen Störung oder einer bipolaren → Depression sind.

## **Antworttendenz**

⇒ response set.

## **Anxiolyse.**

Angstlösung. Angstlösende → Psychopharmaka (z.B. → Tranquilizer) heißen entsprechend Anxiolytika.

## **Anxiolytika**

→ Anxiolyse.

## **Aphasie**

zentral (=im → Gehirn) bedingte → Sprachstörung, Hirnwerkzeugstörung (→ sensorische Aphasie, → motorische Aphasie, → Organisch Bedingte Psychische Störungen).

## **Apathie**

griech. = ohne Leidenschaft. Teilnahmslosigkeit, massiv herabgesetzte Gefühlsansprechbarkeit.

## **Appetenz**

Verlangen nach Trieb- oder Bedürfnisbefriedigungen, im Gegensatz zur → Aversion (→ Adipositas, → Sexualität). In der → Ethologie wird die Anfangsphase einer Verhaltenssequenz Appetenzverhalten genannt. In dieser Phase ist ein hohes Maß an → Aktivierung zu beobachten, ein "triebhaftes" Suchen nach einer Reizsituation,

## **ARIMA-Modell**

die die genetisch determinierte Endhandlung auslöst.

## **Appetenzstörungen**

→ Sexualtherapie

→ Appetenz.

## **Apraxie**

→ Großhirn.

## **Aquiescence**

⇒ Akquieszenz.

## **ARAS**

⇒ Aufsteigendes Retikuläres Aktivierungssystem.

## **Arbeitsgedächtnis**

Das Arbeitsgedächtnis (working memory) ist ein Modell des Kurzzeitgedächtnisses, es läßt sich als temporäres Gedächtnis für gerade auszuführende Arbeiten definieren. Nach *Badddeley* läßt sich das menschliche Arbeitsgedächtnis in drei Komponenten einteilen: In die phonologische Schleife (phonological loop), in den visuell-räumlichen Pfad (visuo-spatial scratchpad) und in die zentrale Exekutive. Dabei werden die ersten beiden Strukturen als Subsysteme der zentralen Exekutive verstanden, welche diesen übergeordnet ist und deren Prozesse koordiniert. Die phonologische Schleife ist dabei für die kurzzeitige Speicherung von phonologisch-sprachlichem Material zuständig, während der visuell-räumliche Pfad visuelle und räumliche Informationen speichert. Beide Komponenten werden als voneinander unabhängig gedacht.

## **Arbeitspsychologie**

→ Betriebspsychologie.

## **Arbeitstherapie**

→ Rehabilitation.

## **Archetypus**

→ Analytische Psychologie.

## **ARIMA-Modell**

→ Einzelfallanalyse.

**Arousal**

- Aktivation
- Angst.

**Arzneimittel**

- Arzneimittelkonsum.

**Arzneimittelkonsum**

Die Bezeichnung Arzneimittelkonsum kann je nach Perspektive sowohl den tatsächlichen Verbrauch als auch den Konsum mit Vorratshaltung beinhalten und bedarf zudem einer Voranstellung der Definition des Begriffs Arzneimittel (= Medikament, lat. medicamentum). In diesem Zusammenhang soll sowohl auf die soziokulturelle Wandelbarkeit als auch die Spannbreite des Begriffs Medikament bzw. Arzneimittel hingewiesen werden, die vom okkultistischen Wissen über Pflanzen, tierischen Organen, Mineralien und Naturerscheinungen zugeschriebenen Heilkräfte der Vergangenheit bis zur Massenproduktion von synthetischen Arzneien der Gegenwart reicht. Als Arzneimittel werden definiert: "spezifische Substanzen und Mittel, die gezielt eingesetzt dazu geeignet sind, einen regelwidrigen körperlichen und/oder geistigen Zustand des Menschen abzuwenden, zu lindern oder zu heilen" (Schicke 1974). Eine formale, etwas breiter gefaßte Definition, die sowohl diagnostische Substanzen als auch Ersatz von Körperflüssigkeit, wie z.B. Blutplasma, umfassen kann, (Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln v. 16.5.1986, §1) lautet: "Arzneimittel sind Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen Körper 1. die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen oder zu beeinflussen oder 2. vom menschlichen oder tierischen Körper erzeugte Wirkstoffe oder Körperflüssigkeiten zu ersetzen oder 3. Krankheitserreger, Parasiten oder körperfremde Stoffe oder Lebewesen zu beseitigen oder unschädlich zu machen". Bei vornehmlich industriell gefertigten Arzneimitteln können einzelne Arzneimittel (Arzneispezialitäten) wie

folgt definiert werden: "Arzneispezialitäten ... sind Arzneimittel, die in gleichbleibender Zusammensetzung hergestellt und in den Verkehr gebracht werden". Anzumerken sei, daß Originalpräparate, deren Patente ausgelaufen sind, zunehmend (etwa ein Drittel des Umsatzes) durch sog. Generika, d.h. Nachahmer-Produkte, dupliziert und zu geringeren Preisen angeboten werden, ohne daß (1988) deren Zulassung in der BRD von einer regelmäßigen Qualitätskontrolle und vom Nachweis der Bioäquivalenz (wie z.B. in den USA, Japan, den Niederlanden u.a.) abhängig gemacht wäre.

Unter Berücksichtigung der definitorischen Elemente des Arzneimittels ergeben sich Fragen qualitativer und quantitativer Art und zwar qualitativ zur Effektivität des Arzneimittels, wie sie z.B. in den USA bei der Zulassungsprüfung qualifiziert wird: a) wirksam, b) wahrscheinlich wirksam, c) möglicherweise wirksam, d) unwirksam; mit Untergruppen wirksam, jedoch und als feste Kombination unwirksam. Auch in der BRD müssen Nachweise über die Hauptwirkung in Hinblick auf Nebenwirkungen bei Zulassung erbracht werden; die Effektivitätsnachweise beziehen die homöopathischen, allopathischen und phytotherapeutischen Mittel jedoch nicht ein, die nicht zugelassen, sondern lediglich registriert werden. Qualitativ werden zuweilen hinsichtlich des Ursprungs des Stoffes aus vornehmlich ideologischen Gründen synthetisch gewonnene gegenüber "natürlichen" pflanzlichen und sog. "biologischen" Stoffen abgewertet, obwohl chemisch keine Unterschiede bestehen.

Neben definitorischen und qualitativen Aspekten der Arzneimittel sind quantitative zu beachten. Gemäß des Bundesgesundheitsamtes (BGA 1982) gibt es nach der breiten Definition (z.B. vom "Heiltee" zum Antibiotikum) des Arzneimittelgesetzes 140000 Fertigarzneimittel (Monosubstanzen und Kombinationspräparate in allen Darreichungsformen); davon sind etwa die Hälfte industriell gefertigt und zwar 23000 Homöopathika und 47000

synthetische Stoffe sowie Phytopharmaka; nicht industriell werden in Apotheken 40000 und in Reformhäusern und Drogerien rund 30000 Präparate gefertigt. Den obigen Gesamtmengen liegen jedoch de facto etwa 2500 chemisch definierte und 6500 davon abgeleitete Substanzen zugrunde. Einen weiteren Mengenkontrast spiegelt die Rote Liste (1989), die 8550 Fertigpräparate (davon: 6420 chemisch definierte, 1038 pflanzlicher Herkunft, 502 Organpräparate und 590 Homöopathika) mit insgesamt 10832 Darreichungsformen verzeichnet: 3906 Präparate sind verschreibungspflichtig. Demgegenüber verschreibt der Arzt im Durchschnitt 200-300 Arzneimittel und verfügt über eine Palette bis zu etwa 500 Präparaten (→ Verordnungsverhalten). Die WHO nennt in der fünften Auflage der Liste der "essentiellen" Medikamente (insbesondere für Entwicklungsländer geeignet) lediglich 277 Arzneistoffe mit rund 1000 Darreichungsformen und Stärken.

Im Jahre 1987 betragen 200 Arzneimittel 42,1% bzw. 500 Präparate 62,7% und 2000 Medikamente 90,8% des gesamten Umsatzanteils der Apotheken (Pharma Daten 88). Insgesamt ist der Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente in der BRD, international gesehen, relativ hoch, ungeachtet der "Negativliste", in der eine Anzahl von "Bagatellmitteln" (z.B. Mittel gegen Erkältungs- und Reisekrankheiten, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel) aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen seit dem 1.4.1983 herausgenommen wurde. So wurden durchschnittlich im Jahre 1987 pro Kopf 12,7 Medikamente verschrieben oder 358 Tagesdosen verabreicht (*Schwabe u. Paffrath* 1988). Dementsprechend sind die Aufwendungen für Arzneimittel mit US \$188 die höchsten im 12-Länder Vergleich (z.B. USA \$109, Norwegen \$50), einer Studie zufolge (OECD 1985). Dies entspricht auch der höheren Frequenz der Arzt-Patient-Kontakte, die mit etwa 11 in der BRD mehr als doppelt so hoch ist wie in den USA (4,6) oder Norwegen (4,5) und somit resultierender höherer Verschrei-

bungshäufigkeit. Der einzelne niedergelassene Arzt in der BRD verschreibt durchschnittlich rund 10000 Arzneimittel im Jahr und etwa 40 pro Arbeitstag. Die seit 1983 standardisierten Fertigarzneimittelpackungen (3 Normen) in der BRD bieten gegenüber den USA mit sehr flexiblen Mengenverschreibungen sowohl rein quantitativ als auch preislich Nachteile. Neben den verschreibungspflichtigen Medikamenten wird in jeder Gesellschaft zur Selbstmedikation gegriffen, die unterschiedlichen Stellenwert hat. In der BRD ist dieser Anteil in den letzten Jahren relativ unverändert geblieben und betrug 1987 etwa 16% des gesamten Apothekenumsatzes. Der Konsum nichtverschreibungspflichtiger Medikamente ist kaum als Ersatz für nichtbeanspruchte ärztliche Beratung sondern als Index einer Krankheits- und Unwohlseinsstufe zu werten, die lediglich einer Selbstbehandlung bedarf. Bei der Auswahl des "Heilmittels" spielt sowohl der volkstümliche Wissens- sowie familiäre Erfahrungsschatz als auch der Glaube an die Effektivität des benutzten Mittels eine Rolle (z.B. ist ein Knoblauchpräparat das 6. meistverkaufte Arzneimittel 1987). Dabei ist nicht zu übersehen, daß diese vorwiegend geeignet sind, eher die Symptome als die Ursachen des Unwohl- bzw. Krankseins zu lindern oder zu beheben. Unter den 1987 meistverkauften 20 Arzneimitteln führen bzw. dominieren rezeptfreie Schmerzmittel (zit. bei *Glaeske* 1988). Hierzu ist anzumerken, daß Scheinpräparate (→ Placebo) u.a. auch in diesem Bereich eine große "heilsame" Suggestivwirkung zeigen können (*Evans* 1981).

Die sozio-psychologischen Aspekte des Arzneimittelkonsums müssen bei verschreibungspflichtigen Medikamenten sowohl das Arzt- als auch das Verhalten des Patienten unter Berücksichtigung des → Transaktionsprozesses beider Teilnehmer einbeziehen (*Schicke* 1976).

Der Verschreibungsmodus des Arztes (→ Verordnungsverhalten) wird durch seinen Wissens- und Erfahrungsschatz geprägt sowie durch Vorbilder und Lehrer, Kolle-

gen, Pharma-Literatur und -Vertreter. Hinzu kommen herausgebildete Präferenzen (z.B. Homöopathika) und → Attitüden zu Medikamenten (wie z.B. zu Tranquilizern oder Schwangerschaftsverhütungsmitteln). Dabei ist der Einfluß der jeweiligen therapeutischen Lehrmeinung oder "Schule" generell zu berücksichtigen. So werden z.B. in der BRD Antihypotonika und Antidiabetika öfter verschrieben als anderswo bei ähnlichen epidemiologischen Prävalenzen; weiterhin werden z.B. bei Herzinsuffizienzen in der BRD mehr Herzglykoside verordnet, während man in den angelsächsischen Ländern eher Diuretika und Saluretika verschreibt. Abgesehen von obigen Präferenzen auf der Makroebene kann zuweilen auch ein individuelles Verschreibungsverhalten des Arztes systemunabhängig und universell beobachtet werden. So greift der Arzt nicht selten bei unzureichend diagnostisch geklärten Fällen zu → Polypragmasie bzw. zu potenteren Mitteln (z.B. Antibiotika bei ungeklärter Erkältungssymptomatik); somit betreibt er de facto zuweilen, mehr oder weniger bewußt, eine "Defensivmedizin", die er sowohl zum eigenen bzw. Schutz des Patienten rechtfertigen könnte. Andererseits, bei versicherungstechnisch ausgeübtem Druck, "ökonomisch" zu handeln, kann er dazu neigen, weniger bzw. "preiswertere" und nicht unbedingt gleichwertige Medikamente zu rezeptieren und seine Verschreibungsgewohnheiten und Erfahrungen diesen Zwängen anzupassen bzw. sogar unterzuordnen.

Bezüglich der Relation zwischen verschriebenen Medikamenten und tatsächlich konsumierten Arzneien ergeben sich mengenmäßig Diskrepanzen infolge mangelhafter Befolgsrate (→ Compliance) des Patienten, die je nach Studie und Arzneimittel zwischen 30-50% schwanken kann. Infolge z.T. schlechter Befolgsrate einerseits bzw. Abklingen von Beschwerden andererseits, kann etwa bis zu ein Drittel der verschriebenen Arzneien unverbraucht bleiben, als Vorrat gelten und auch verfallen. In der Befolgsrate der Medika-

menteneinnahme spielen u.a. neben der Ernstlichkeit der Krankheit Einnahmefehler eine Rolle, die als Falschmedikation (einschl. Über- und Unterkonsum) bezeichnet werden können.

Diese Fehlmedikation kann u.a. eine Anzahl von Mengen-, Zeitpunkt- und Qualitätsfehlern beinhalten, die in der → Persönlichkeit und dem Wissensstand des Patienten liegen, sowie auch mit der Verschreibungsart des Arztes und mit dem Kommunikations- und Betreuungsmodus Arzt-Patient zusammenhängen.

Literatur: *F.J.Evans*, The placebo response in pain control, *Psychopharmacol. Bull.* 1981,17,72-76. *G.Glaeske*, Arzneimittelstatistik 1987. Hamm 1988. OECD (Hrsg.), *Measuring Health Care 1960-1983*. Paris 1985. *R.K.Schicke*, Arzneimittelmärkte aus sozio-ökonomischer Sicht. *Pharm. Z.* 1974,119,1415-1420. *R.K.Schicke*, Sozialpharmakologie. Stuttgart 1976. *U.Schwabe/D.Paffrath* (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 88*. Stuttgart 1988.

Prof. Dr. *Romuald K. Schicke*,  
Hannover

### **Arzneispezialitäten**

→ Arzneimittelkonsum.

### **Arzt-Patient-Beziehung**

"Arzt" und "Patient" sind → soziale Rollen. Ihre → Interaktion ist wie jede soziale Interaktion von vielfältigen Determinanten abhängig: Jeder der beiden Teilnehmer in dieser Grundfigur und kleinsten Interaktionsform innerhalb des Gesundheitswesens hat seinen eigenen Bezugsrahmen, gegeben durch seine spezifische → Sozialisation und die jetzt für ihn bedeutsamen Referenzgruppen. Beide gemeinsam finden Rahmenbedingungen vor innerhalb der medizinischen Institution, in der sie interagieren, wie allgemein soziokulturelle, wissenschaftlich-technische und ökonomische Verhältnisse. Beide haben bestimmte Wahrnehmungsmuster (→ soziale Wahrnehmung), → Erwartungen und → Bedürfnisse. Wie abhängig auch diese Grö-

ßen von gesellschaftlichen und historischen Rahmenbedingungen sind, zeigt der Wandel im Verhältnis der Kranken zu ihren Ärzten.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Interaktion zwischen Arzt und Patient läßt vielfache Formen zu. Bei Betonung der Asymmetrie (durch Fachkompetenz und Autorität des Arztes) erkennt man die Beziehungsfigur zwischen dem Experten und dem "Objekt" seiner Tätigkeit, dem Klienten. Facharztpraxen und Überweisungen, Polikliniken und Kliniken mit Schichtbetrieb und Konsiliardiensten ergeben andere Kontaktformen zwischen Arzt und Patient als die persönlichere ärztliche Begleitung von Familien über Jahre hinweg durch Hausärzte. Aber auch in der Allgemeinpraxis kann der Zeitdruck das Arzt-Patient-Verhältnis prägen.

Bei Betonung der stärker persönlichen Anteile im Gegenüber von Arzt und Patient lassen sich die verschränkten → Übertragungs- und → Gegenübertragungs-Reaktionen analysieren. Strukturiert wird die Arzt-Patient-Beziehung durch die Zielsetzung: der Patient erwartet die fachliche Benennung seiner Krankheit (→ Diagnostik) und die Heilung. Wesentlichen Einfluß hat der Zeitpunkt des Arzt-Patient-Kontaktes im Kontinuum des Krankheitsverlaufs (Vorsorgeuntersuchung, Frühsymptome, Höhepunkt der Krankheit, Heilungsstadium bzw. chronischer Verlauf).

### **asoziale Gewalt**

Sammelbegriff für jene Formen der → Gewalt, die Ausdruck dafür sind, daß sich die gewaltausübende Person nicht mit den Normen und Wertesystemen ihres gesellschaftlichen Bezugssystems identifiziert (→ Psychopathie, → antisoziale Persönlichkeit).

### **Assimilation**

⇒ Angleichung

1. Sozialpsychologisch: das völlige Aufgehen einer ethnischen Gruppe oder sozialen Untergruppe in einem anderen, für sie zu-

nächst fremden, sozialen Bezugssystem. Die Gruppe ist assimiliert, wenn sie sich nicht nur anpaßt und die entsprechenden Normen und Wertvorstellungen akzeptiert, sondern wenn sie das Bewußtsein ihrer ursprünglichen Gruppenzugehörigkeit aufgegeben hat.

2. Entwicklungspsychologisch: der Entwicklungspsychologe *Jean Piaget* (1896-1980) beschreibt unter dem Begriff der Assimilation die Integration neuer Erfahrungen und Begriffe in schon vorhandene Schemata oder Konzepte. Als komplementären Vorgang beschreibt er die *Akkommodation*, bei der die Schemata so verändert werden, daß neue Informationen integriert werden können. Auf diese Weise bleiben die kognitiven Schemata (→ Kognition) eines Kindes im Verlauf seiner → Entwicklung stets als strukturelle Einheit organisiert.

### **Assoziation**

Vorgang des Erinnerns (→ Gedächtnis) und Bewußtwerdens; das Auftreten neuer Ideen, Vorstellungen oder Gedächtnisinhalte, die mit den ursprünglichen nach bisher nicht eindeutig bestimmbar Regeln verknüpft sein können, beispielsweise nach Kriterien der Ähnlichkeit, der räumlichen oder zeitlichen Nähe. Die Erforschung solcher *Assoziationsgesetze* ist Teilgebiet der → Kognitiven Psychologie.

Die → Psychoanalyse bedient sich in diesem Zusammenhang einer Technik, die als *freie Assoziation* bezeichnet wird. Sie beruht auf der Annahme, daß die spontanen Einfälle und Gedanken, die dem Klienten in den Sinn kommen, einen für ihn zunächst nicht nachvollziehbaren Zusammenhang zu verdrängten Bewußtseinsinhalten haben (→ Verdrängung, → Unbewußtes), der erst in der Analyse aufgedeckt werden kann.

### **Assoziationsfelder**

→ Großhirn.

### **Assoziationsgesetze**

→ Assoziation.

## **asthenisch**

### **asthenisch**

schmalwüchsig, kraftlos; seelisch gering belastbar: psychasthenisch.

### **asthenische Persönlichkeit**

→ Persönlichkeitsstörungen.

### **Ataxie**

Störung in der Muskelkoordination.

### **Atrophie**

Abbau (Schwund) oder Rückbildung von Gewebe der Muskeln und Organe durch mangelnden Gebrauch, mangelnde Ernährung oder Krankheit.

### **attitude**

⇒ Attitüde

⇒ Einstellung.

### **Attitüde**

⇒ attitude

⇒ Einstellung

Gelegentlich wird der Begriff der Attitüde weitergehend als der der Einstellung definiert. In der Regel wird dieser Begriff jedoch in Übersetzung des englischen Begriffs attitude im Sinne von → Einstellung benutzt.

### **Attraktion**

Anziehung, die eine Person auf andere ausübt und die darin deutlich wird, daß die anderen ihr Interesse, Aufmerksamkeit und positive Zuwendung vermitteln (→ Sexualität).

### **Attrappenversuch**

eine Versuchsanordnung, die zur Erforschung → Angeborener Auslöse-Mechanismen Nachbildungen natürlicher Reize verwendet.

### **Attribution**

unwillkürliche, unmittelbare und unbewußte Zuschreibung von → Eigenschaften oder → Motiven, die sachlich nicht begründet, subjektiv jedoch häufig von hoher Evidenz sind (→ Emotionen, → Angst, → Konstrukt). Von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang die subjektiven

## **Aufmerksamkeitsstörungen**

Vorstellungen von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen, mit denen Personen sich ihr eigenes Erleben oder Entwicklungen von zwischenmenschlichen Beziehungen zu erklären versuchen (→ Subjektive Theorien). Diese Vorgänge werden in der *Attributionsforschung* vor allem unter dem Begriff der Kausal- und Final-Attribution untersucht. Die *Kausal-Attribution* bezieht sich auf die subjektiven Wahrnehmung von Ursachen des Verhaltens, die *Final-Attribution* auf die subjektive Zuschreibung von Absichten und Zielen. Falsche Kausal-Attributionen sind der Theorie der → erlernten Hilflosigkeit zufolge wesentliche Ursachen für die Entstehung von → Depressionen.

### **Attributionsforschung**

→ Attribution.

### **Audioanalgesie**

→ Musiktherapie.

### **Aufforderungscharakter**

⇒ Valenz.

### **Aufmerksamkeit**

Sammelbegriff für verschiedene → kognitive Funktionen und Aktivitäten auf Verhaltensebene. Aus wahrnehmungspsychologischer Sicht (→ Wahrnehmung) versteht man unter Aufmerksamkeit die erhöhte Wahrnehmungsbereitschaft für und zielgerichtete Hinwendung auf innere oder äußere → Reize. Besonders gründlich untersucht wurden die Phänomene der → visuellen Aufmerksamkeit. Auf Verhaltensebene bezeichnet man mit Aufmerksamkeit die Fähigkeit, eine bestimmte Tätigkeit über einen längeren Zeitraum planvoll und konzentriert auszuführen. Konzentrationsstörungen und erhöhte Impulsivität führen dabei zu → Aufmerksamkeitsstörungen (→ hyperkinetisches Syndrom).

### **Aufmerksamkeitsstörungen**

gehören dem Klassifikationssystem des DSM-IV (→DSM) zufolge zu den Entwicklungsstörungen, die man als *expansive Verhaltensstörungen* bezeichnet und deren

## **Aufsteigendes Retikuläres Aktivierungs.**

Hauptmerkmale Aufmerksamkeitsschwäche, Impulsivität und → Hyperaktivität, → Hyperkinetisches Syndrom sind. Diese Störungen werden in der Schule oder in anderen Lebensbereichen beobachtet. Die Betroffenen sind kaum in der Lage, sich längere Zeit auf eine Sache zu konzentrieren und reagieren mit Unaufmerksamkeit und Impulsivität. Selten werden Aufgaben zuende geführt. Sie hören nicht zu, unterbrechen andere, werden leicht durch äußere Umstände abgelenkt, sind körperlich unruhig und können in Gruppensituationen kaum abwarten, bis sie an der Reihe sind. Besonders jüngere Kinder sind dauernd in Bewegung. Die Störung beginnt meistens vor Beginn des siebten Lebensjahres und beeinträchtigt sowohl die soziale Anpassung als auch die schulische Leistungsfähigkeit. Die Störung tritt häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf und kann häufig im Zusammenhang mit himnorganischen Störungen (→ Organisch bedingte psychische Störungen), seltener bei extrem ungünstigen familiären Entwicklungsbedingungen oder anderen akuten und chronischen seelischen Belastungen beobachtet werden.

## **Aufsteigendes Retikuläres Aktivierungssystem**

→ ARAS

Die Aktivierung der Hirnrinde bei sensibler oder sensorischer Reizung geschieht nicht durch das spezifische sensorische → Projektionssystem, sondern durch die *Formatio reticularis* (FR). Die elektrische Reizung der FR führt im Tierversuch zu einer Aktivierung und Desynchronisation im → EEG, sowie zu Weckreaktionen aus dem Schlaf heraus oder zur Auslösung einer → Orientierungsreaktion im Wachzustand, die mit zunehmender Reizstärke auch → Angst- und Fluchtreaktionen auslöst. Läsionen der betreffenden Strukturen hatten → Schlaf und die zugehörigen EEG-Veränderungen zur Folge. Sinnesreize konnten die Versuchstiere - wenn überhaupt - nur momentan und nicht reizüberdauernd wecken. Das unspezifische und diffuse *Aktivierungssystem* der FR wurde

## **Aufsteigendes Retikuläres Aktivierungs.**

wegen seiner Funktion ARAS genannt. ARAS und FR sind in ihrer Funktion jedoch nicht völlig identisch. Die FR gehört nicht zu den Kerngebieten der grauen Substanz und nicht zu den Kerngebieten der weißen Substanz des → zentralen Nervensystems, sondern nimmt mit ihren vielfältig vermaschten Interneuronen eine Zwischenstellung ein. Die FR erstreckt sich vom verlängerten Rückenmark über die → Brücke bis zum → Mittelhirn. → Afferente Verbindungen kommen direkt vom Rückenmark. Weitere afferente Verbindungen gibt es mit den sensiblen oder sensorischen Hirnnervenkernen, dem → Kleinhirn, dem lateralen → Hypothalamus, dem → Pallidum und dem sensumotorischen → Kortex. Absteigende Faserverbindungen führen zu den Motoneuronen und beeinflussen den Muskeltonus und die Bewegungskoordination. Weiter gibt es in der FR → vegetative Zentren, die auf Kreislauf, Atmung und Verdauung wirken. Die → efferenten Verbindungen zum Kortex erstrecken sich auf weitere Areale als diejenigen des spezifischen thalamo-kortikalen → Projektionssystems. Teilweise führen die Verbindungen der FR über die unspezifischen Thalamuskern, teilweise aber auch über die spezifischen und eventuell auch direkt zum Kortex.

Diesem Aktivierungssystem wurde anfangs nur ein bahrender Einfluß auf andere Teile des → Nervensystems zugesprochen. Mittlerweile sind aber auch hemmende oder desaktivierende Einflüsse nachgewiesen. Einem medialen Gebiet unter der → Brücke wird beispielsweise eine anstoßende Wirkung auf den → Schlaf zugewiesen, die auch in der synchronisierenden Wirkung auf das → EEG zum Ausdruck kommt. Läsionen in diesen Gebieten bewirken erhöhte Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit oder narcolepsieartige Krankheitsbilder. Dem → Thalamusanteil wird die rasche (phasische) Komponente der Weckreaktion zugeschrieben, den Hirnstammanteilen hingegen die länger andauernden, die Wachheit aufrecht erhaltenden Einflüsse.