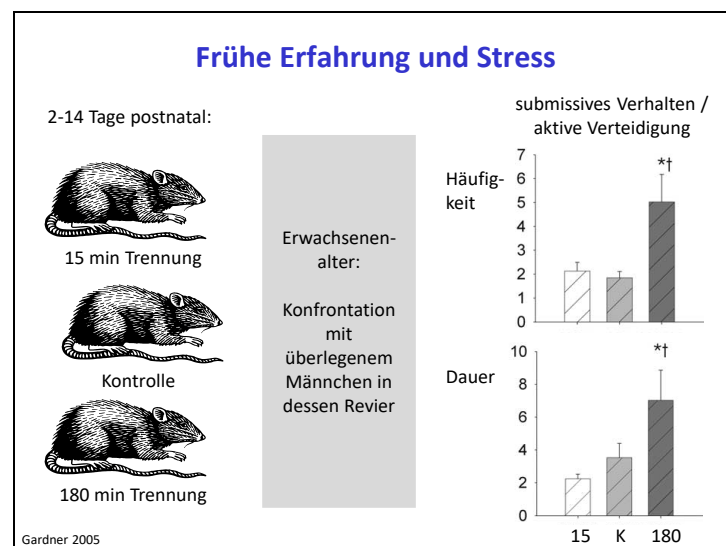


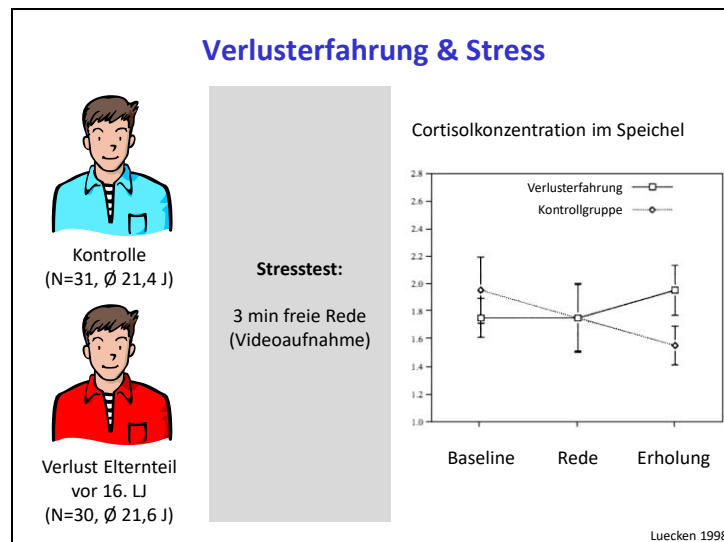
In der letzten Vorlesung wurde Stress als die Reaktion des Organismus auf Anforderungen und Belastungen (Stressoren) beschrieben. Aus Tierexperimenten ist bekannt, dass diese Reaktion jedoch keineswegs immer gleichförmig verläuft, sondern dass sich mindestens zwei psychophysische Reaktionsmuster abgrenzen lassen, die in Belastungssituationen gezeigt werden: ein aktives Kampf/Flucht-Muster und ein eher passives Depressions-Muster. Auch beim Menschen werden solche vorgeprägten Reaktionsmuster angenommen. Welches dieser Reaktionsmuster gezeigt wird, ist dabei nicht nur von situativen Faktoren oder Eigenschaften des betreffenden Reizes (Stressors) abhängig, sondern auch bzw. vor allem von der zentralnervösen Verarbeitung, d.h. also von (mehr oder minder bewussten) psychischen Bewertungsprozessen. Zwei Beispiele verdeutlichen diese Zusammenhänge: In dem auf **Folie 1** dargestellten Experiment wurden junge männliche Ratten unmittelbar nach der Geburt für verschieden lange Zeitintervalle von ihrer Mutter getrennt (jeweils 15 bzw. 180 min pro Tag). Im Erwachsenenalter wurden diese Ratten sozialem Stress ausgesetzt, indem sie in den Käfig eines körperlich überlegenen Rattenmännchens gesetzt wurden, was einen sofortigen Angriff des „Revierbesitzers“ zur Folge hatte. Das von den Eindringlingen gezeigte Verhalten unterschied sich in charakteristischer Weise: Die Ratten, die in ihrer frühen Kindheit von der Mutter für 180 min pro Tag getrennt waren, zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe bzw. zur Gruppe mit der 15 minütigen Trennung weniger aktives Verteidigungsverhalten und mehr submissives Unterwerfungsverhalten. Die frühe Lebenserfahrung der Ratten prägt also das Verhalten unter Stress bis ins Erwachsenenalter.

Folie 1

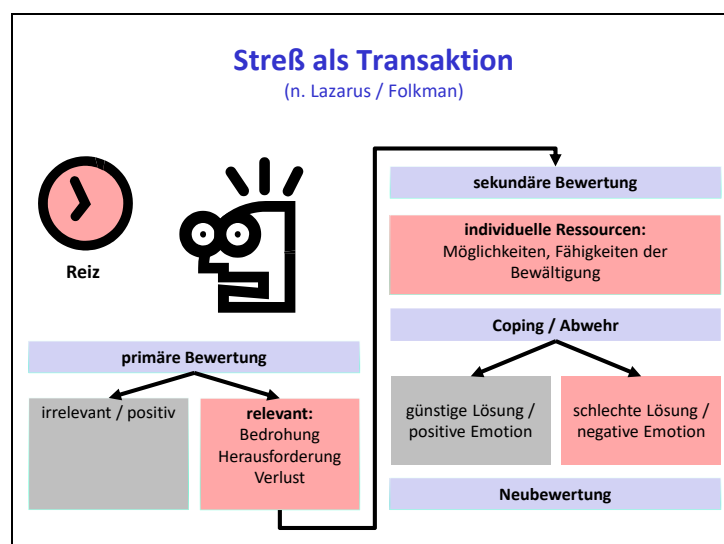


Beim Menschen finden sich ganz ähnliche Zusammenhänge, die heute nur exemplarisch dargestellt werden, im kommenden Semester aber im Rahmen der entwicklungspsychologischen Themen noch vertieft werden. In der auf **Folie 2** dargestellten Studie wurde untersucht, inwiefern sich familiäre Verlusterfahrungen (z.B. Tod eines Elternteils vor dem 16. Lebensjahr) auf die Stressreaktion auswirken. Dazu wurden Studenten sozialem Stress ausgesetzt, indem sie unter anderem eine dreiminütige freie Rede halten mussten (Auswahl eines von drei Themen: Maßnahmen zum Ausgleich von Diskriminierung, Abtreibung, gleichgeschlechtliche Ehe), bei der sie auf Video aufgenommen wurden. Gemessen wurde u.a. die Cortisol-Konzentration im Speichel, die zeitlich etwas verzögert ist. Dabei zeigte sich in der Gruppe mit der Verlusterfahrung ein Anstieg der Konzentration, während sich in der Kontrollgruppe (Studierende ohne Verlusterfahrung mit intaktem Elternhaus) eine Abnahme der Konzentration zeigte. Anscheinend kann also die Verlusterfahrung aus der Kindheit bzw. frühen Jugend noch Jahre später die Art und Weise beeinflussen, wie Individuen auf stressauslösende Situationen reagieren.

Vor diesem Hintergrund stellt sich aus psychologischer Sicht die Frage, wie sich die offensichtlich individuell unterschiedliche Verarbeitung bzw. Bewertung von Reizen als Stressoren sowie die daraus resultierende Stressantwort näher charakterisieren lassen.



Eine Antwort auf diese Frage versucht das am Ende der vorigen Vorlesung bereits vorgestellte transaktionale Stressmodell von Lazarus (**Folie 3**) zu geben, das ganz auf den individuellen Bewertungsprozess fokussiert und eine reiz- bzw. situationsbezogene **primäre Bewertung** von einer ressourcenbezogenen **sekundären Bewertung** unterscheidet. Vom Ergebnis dieses Bewertungsprozesses hängt es ab, ob und in welcher Weise ein Individuum in einer fraglichen Situation eine Stressreaktion ausbildet und welche Bewältigungs- bzw. Abwehrformen im Umgang mit dem Stressor gezeigt werden.



Für die Medizin ist dieses Modell mindestens in zweierlei Hinsicht von Bedeutung: Zum einen wird vermutet, dass vielen Beschwerden und Krankheitsbildern eine **gestörte Stressantwort** zugrunde liegt. Eine genauere Kenntnis darüber, welche Bewertungsmuster z.B. besonders ungünstig sind und wie sie sich etwa mittels Psychotherapie beeinflussen lassen, könnte daher die Prävention und Behandlung solcher Erkrankungen wesentlich verbessern helfen. Auf der anderen Seite stellen **Erkrankungen** für die betroffene Person meist selbst eine erhebliche **psychische Belastung** – also einen Stressor – dar, die bewältigt werden muss. Denkt man an die negativen Auswirkungen, die vor allem langanhaltender Stress auf den Organismus haben kann, dann wird schnell klar, wie wichtig eine gut verlaufende Krankheitsverarbeitung für die Gesundheit des Patienten ist!

Nachfolgend sollen zunächst einige medizinpsychologische Modelle vorgestellt werden, mit deren Hilfe der als zentral erkannte Bewertungsprozess besser verstanden werden kann, bevor dann näher auf die Konzepte von Abwehr und Bewältigung (Coping) von Stressoren und Stress eingegangen wird.

Ein wichtiger Parameter für den Bewertungsprozess ist der sogenannte **Attributionsstil** der betroffenen Person. Damit ist gemeint, wie eine Person dem eigenen oder fremden Handeln Ursachen zuschreibt. Drei Attributions-Dimensionen lassen sich unterscheiden: **intern/extern**, **global/spezifisch** und **stabil/labil**. **Folie 4** zeigt, welche verschiedenen Attributionsmuster sich aus diesen Dimensionen ableiten lassen.

Besonders wichtig ist, dass bestimmte Attributionsstile ungünstiger sind als andere und damit Stressreaktionen eher auslösen können als andere. Neigt eine Person z.B. dazu, hauptsächlich global und extern zu attribuieren, d.h. ist sie der Überzeugung, dass in eigentlich allen Situationen ihres Lebens von ihr nicht zu beeinflussende Faktoren den Ausschlag darüber geben, was ihr widerfährt, dann sieht sie kaum Möglichkeiten der aktiven Einflussnahme auf ihr Leben und wird vermutlich auch nur wenig Initiative dazu zeigen (es bräuchte ja doch nichts). Umgekehrt braucht eine Person, die hauptsächlich intern, spezifisch und instabil attribuiert, kaum davon überzeugt zu werden, dass eine ähnliche Situation zukünftig besser von ihr bewältigt werden kann.

Folie 4

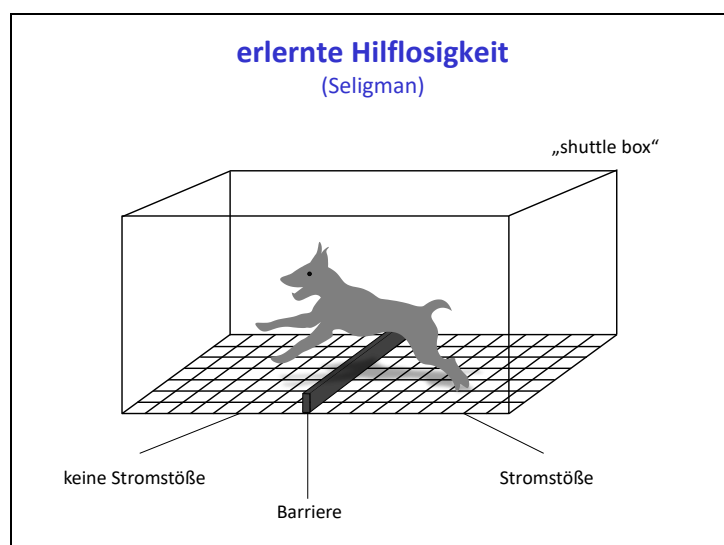
Faktoren der Bewertung I: Attribution				
Bsp.: ein Patient ist auf Station an Krebs gestorben.				
	intern (persönlich)		extern (umweltbedingt)	
	stabil	instabil	stabil	instabil
global	„Ich bin unfähig“	„Ich habe mich nicht genug bemüht“	„Die Medizin ist ohnmächtig“	„Patienten kooperieren zu wenig“
spezifisch	„Mit Krebserkrankungen komme ich nicht klar“	„Ich habe den Patienten nicht genug unterstützt“	„Magenkrebs ist in diesem Stadium unheilbar“	„Hätte der Patient die Therapie nicht verweigert, hätte er eine Chance gehabt“

Bsp. aus Pauli, Birbaumer 2003

Man kann sich leicht vorstellen, dass diese Attributionen insbesondere für die Krankheitsverarbeitung eine zentrale Rolle spielen, z.B. ob ein Patient der Überzeugung ist, er selbst sei für die Erkrankung mitverantwortlich (etwa aufgrund von gesundheitsschädigendem Verhalten), oder ob er sie als einen schweren Schicksalsschlag empfindet, dem er sich völlig hilf- und ratlos gegenüber sieht.

Für die Frage, ob und wie ein Individuum in einer gegebenen Situation handelt, sind aber noch andere Faktoren entscheidend. So spielt z.B. die Lebensgeschichte eine Rolle, etwa die Frage, ob und wie ähnliche Situationen bisher bewältigt werden konnten, oder ob im Gegenteil mehrfach die Erfahrung gemacht wurde, ohne fremde Hilfe nicht auskommen zu können. Der Zusammenhang (**Kontingenz**) zwischen dem gezeigten Verhalten und seinen Konsequenzen ist besonders gut untersucht worden und führte zum Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“ (**Folie 5**).

Folie 5

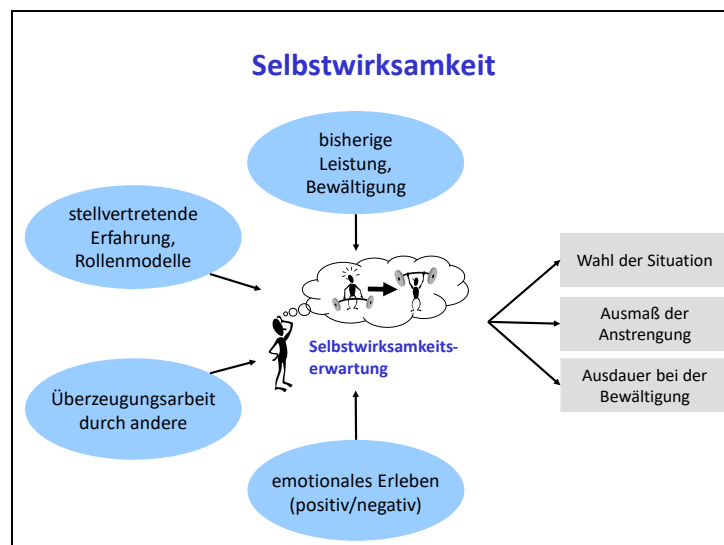


In einem Tierexperiment wurden Hunde in einen Käfig („shuttle box“) gesetzt, dessen Bodengitter schmerzhafte Stromstöße abgab. Durch Sprung über eine Barriere konnten sich die Hunde in die Käfighälfte retten, in der der Untergrund harmlos war. Eine Vergleichsgruppe von Hunden setzte man in einen

Käfig, in dem beide Hälften unter Strom standen, in dem der Sprung über die Barriere also nichts bewirkte. Ein zweiter Versuchsdurchgang fand wieder in einem Käfig mit geteiltem Boden statt. Jetzt unterschieden sich die Hunde der beiden Gruppen deutlich in ihrem Verhalten: Während die Hunde mit der Lernerfahrung „Sprung hilft“ praktisch unverzüglich über die Barriere setzten, verfielen die anderen Hunde in **Lethargie** und machten keinerlei Versuch, der unangenehmen Situation zu entkommen – obwohl es jetzt möglich gewesen wäre. Dieser Versuch zeigt, wie stark Lernerfahrungen aus der Vergangenheit aktuell gezeigtes Verhalten beeinflussen können. Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit wird auch herangezogen, um bestimmte Aspekte depressiver Störungen beim Menschen zu erklären: Die davon betroffenen zeigen häufig keinerlei Initiative mehr, was seinen Grund in entsprechenden Lernerfahrungen haben könnte.

Allerdings sind es nicht nur Lernerfahrungen, die darüber entscheiden, wie sich ein Individuum in einer Situation verhält. **Folie 6** zeigt ein Modell, das neben der individuellen Lerngeschichte auch noch andere Faktoren berücksichtigt und in einem wichtigen psychologischen Konstrukt zusammenfasst, der sogenannten „**Selbstwirksamkeitserwartung**“ einer Person. Wie der Name schon sagt, handelt es sich dabei um die Erwartung einer Person an sich selbst, Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können. Wie sich gezeigt hat, entscheidet das Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartung (engl.: self efficacy, wörtl.: Selbstwirksamkeit) darüber, welchen Situationen (z.B. berufliche Anforderungen) sich eine Person aussetzt, wie groß das Ausmaß der Anstrengung ist, das die Person angesichts der Aufgabe auf sich zu nehmen bereit ist, und welche Ausdauer sie bei der Bewältigung zeigt. Hat ein Patient z.B. angesichts einer bestimmten therapeutischen Maßnahme eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung, so ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass er diese tatsächlich kaum umsetzen wird (z.B. eine Gewichtsreduktion, regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen). Das Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartung korreliert also gut mit dem Erfolg. D.h. je höher eine Person ihre Selbstwirksamkeit im Hinblick auf eine bestimmte Aufgabe einschätzt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, diese Aufgabe auch tatsächlich bewältigen zu können. Die Selbstwirksamkeitserwartung sollte daher im Gespräch mit Patienten unbedingt thematisiert werden (z.B. „Was meinen Sie, wie gut Sie mit XY zurechtkommen werden?“), um über eventuell notwendige Hilfen und Unterstützung nachdenken zu können.

Folie 6



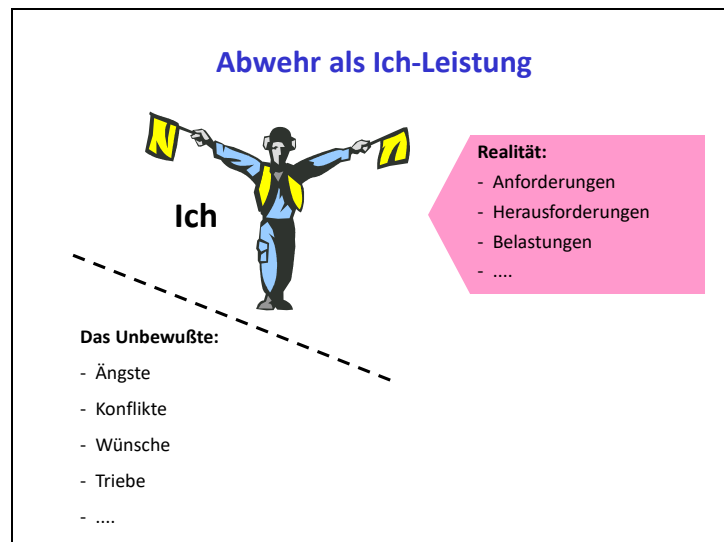
In einer ganzen Reihe von Studien konnte gezeigt werden, dass die Selbstwirksamkeit gute Voraussagen über tatsächlich gezeigtes Verhalten zulässt. So erwies sich die Selbstwirksamkeit als der beste **Prädiktor (Voraussagefaktor)** für die Absicht und die Häufigkeit der Verwendung von Zahnseide sowie die Bereitschaft zur Teilnahme an Brustkrebs-Früherkennungsmaßnahmen. Junge Frauen mit häufigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr benutzten Verhütungsmittel effektiver, wenn sie der Meinung waren, Kontrolle über ihr Sexualverhalten zu haben, also eine diesbezüglich hohe Selbstwirksamkeitserwartung aufwiesen. Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten (d.h. eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung), safer-sex-Verhalten auszuhandeln erwies sich als der zuverlässigste Prädiktor für dieses Verhalten. Übergewichtige Personen reagierten am besten auf Programme zur Gewichtsreduktion, wenn sie dabei eine hohe Selbstwirksamkeit und eine interne Kontrollüberzeugung hatten. Das Ausmaß der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit korrelierte sowohl mit der Absicht beim Drogenkonsum saubere Spritzen zu benutzen als auch mit dem tatsächlich gezeigten Verhalten; das gleiche gilt für den Kondomgebrauch beim Sex. Schließlich zeigte sich, dass die Selbstwirksamkeitserwartung, einer Zigarette widerstehen zu können, ein guter Prädiktor war für

die Anzahl der gerauchten Zigaretten, die Intensität des Rauchens und den Nikotingehalt der verwendeten Zigarette.

Wie die Beispiele Attribution, erlernte Hilflosigkeit und Selbstwirksamkeitserwartung zeigen, ist der einfach zu beschreibende zweistufige Bewertungsprozess tatsächlich ein komplexer Vorgang, auf den Merkmale der Situation, der Person mit ihrer Lebens- und Lerngeschichte, des sozialen Umfeldes u.a. einwirken. Das Ergebnis dieses Prozesses ist die Auswahl geeigneter **Abwehr- und Bewältigungs- (engl.: Coping-)strategien**, die es dem Individuum erlauben, mit der Situation zurecht zu kommen.

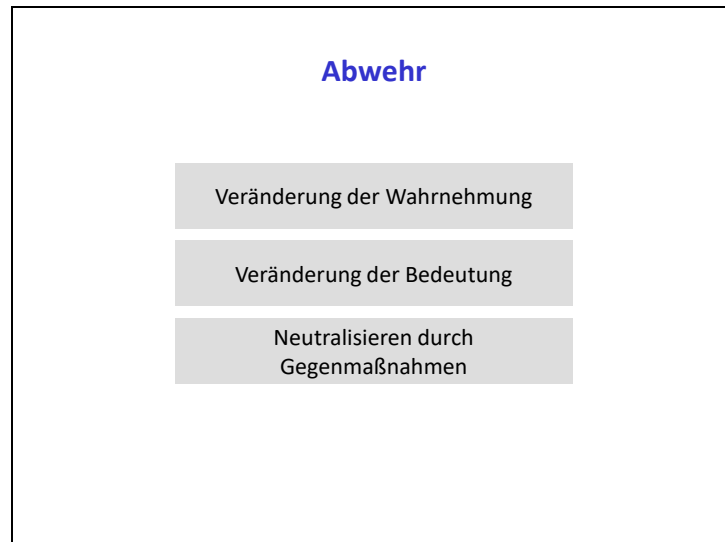
Unter **Abwehr** versteht man solche Mechanismen, die darauf zielen, das psychische Gleichgewicht einer Person trotz bedrohlicher Wahrnehmungen oder Emotionen aufrecht zu erhalten. Ursprünglich stammt das Konzept der Abwehr bzw. der Abwehrmechanismen aus der psychoanalytischen Theorie. Eine zentrale Annahme dieser Theorie ist die eines dynamischen Unbewussten. Nach dieser Auffassung wird unser psychisches Geschehen durch verschiedene, uns nicht unmittelbar bewusste Strebungen und Impulse, v.a. Wünsche und Triebe bestimmt, die auf Befriedigung zielen. Dies ist allerdings aufgrund von entsprechenden Anforderungen der Realität auf der einen sowie internalisierter Normen und Regeln auf der anderen Seite nicht ohne weiteres möglich, woraus eine Reihe von innerpsychischen Konflikten erwachsen. Die wichtigste Aufgabe des „Ich“, als der zentralen psychischen Vermittlungsinstanz zwischen Wünschen und Wirklichkeit ist es, zwischen den Triebimpulsen, den im Lauf der lebensgeschichtlichen Entwicklung übernommenen Geboten und Verboten sowie der realen Umwelt Kompromisse herzustellen, um ein möglichst störungsfreies psychisches Funktionieren zu sichern (**Folie 7**).

Folie 7



Dazu stehen dem Ich unter anderem die sogenannten **Abwehrmechanismen** zur Verfügung, mit denen sich belastende interne und externe Wahrnehmungen von störenden oder traumatisierenden Reizen, Vorstellungen und Emotionen „entschärfen“ lassen. Abwehr ist somit keineswegs immer ein pathologischer Vorgang, sondern zunächst eine **zentrale Grundfunktion** der menschlichen Psyche. Erst eine rigide, verfestigte Abwehr, die dauerhaft verhindert, dass eine realitätsangemessene Auseinandersetzung mit Reizen, Situationen, Personen, etc. stattfinden kann, muss problematisiert und möglicherweise psychotherapeutisch behandelt werden. Wichtig zum Verständnis von Abwehr und zur Abgrenzung gegenüber den Coping-Strategien ist die Tatsache, dass Abwehrmechanismen in erster Linie vor- bzw. unbewusst ablaufen. Normalerweise bemerken wir also nicht, wenn wir psychisch etwas abwehren. Wir können uns darüber allerdings bis zu einem gewissen Grad im Rahmen der Selbstreflexion (z.B. in einer Selbsterfahrung oder Psychotherapie) bewusst werden.

Abwehrmechanismen lassen sich in drei Kategorien unterteilen (**Folie 8**): Veränderungen der Wahrnehmung eines Ereignisses, der Bedeutung eines Ereignisses und schließlich Gegenmaßnahmen, die das wahrgenommene Ereignis neutralisieren sollen (**Folie 9 bis 11**).



Abwehr I:
Veränderung der Wahrnehmung

- **Verdrängung:** unakzeptable Vorstellung / unerträgliche Emotion wird aus dem Bewusstsein verbannt
- **Verleugnung:** unerträgliche Wahrnehmung wird verneint
- **Verschiebung:** unerträgliche Vorstellung / Emotion werden auf andere Personen ausgerichtet
- **Projektion:** unerwünschte Vorstellung / Emotion werden an anderen Personen wahrgenommen.

Abwehr II:
Veränderung der Bedeutung

- **Rationalisieren / Intellektualisieren:** unakzeptable Vorstellung wird zwar wahrgenommen, die damit verbundene Emotion aber abgespalten und verdrängt
- **Reaktionsbildung:** unerträgliche Vorstellung wird durch entgegengesetztes Verhalten abgewehrt
- **Identifikation:** man denkt, fühlt und handelt wie die Person, durch die man sich belastet fühlt.

Abwehr III:
Neutralisieren durch Gegenmaßnahmen

- **Acting out:** unakzeptable Vorstellung wird durch Betriebsamkeit neutralisiert
- **kontraphobische Handlungen:** Versuch, die Angst durch aktive, direkte Konfrontation zu bewältigen (der Angsthase demonstriert Tollkühnheit)
- **Ungeschehenmachen:** man tut so, als sei nichts geschehen.

Den **eher unbewussten** Abwehrmechanismen lassen sich verschiedene Formen bewusstseinsnaher **Coping-Strategien** (engl.: to cope = bewältigen) gegenüberstellen. **Folie 12** zeigt verschiedene Formen des Coping, die mittels empirischer Studien in klinischen Zusammenhängen gefunden wurden. Bei näherer Betrachtung wird deutlich, dass es in allen drei Kategorien Maßnahmen gibt (z.B. aktives Vermeiden, Ablenken, Isolieren), die fast mit den gleichen Begriffen auch als Abwehrmechanismen beschrieben wurden. Der Unterschied besteht hauptsächlich darin, dass die Copingmaßnahmen eher bewusst eingesetzt werden, wobei diese Unterscheidung insbesondere bei den emotionsbezogenen Maßnahmen an ihre Grenzen stößt und somit der Übergang zwischen Abwehr und Coping fließend ist.

In der Praxis muss es darum gehen, im individuellen Fall festzustellen, was für den Patienten in seiner aktuellen Belastungssituation hilfreich ist. Das kann z.B. bedeuten, einen Patienten der momentan verleugnet, dass die Krankheit an der er leidet, lebensbedrohlich ist, nicht „mit Gewalt“ vom Gegenteil zu überzeugen (seine Abwehr also zu durchbrechen), denn vielleicht wäre diese Wahrheit momentan für ihn einfach unerträglich. Im Umgang mit schwerkranken Patienten kann man durchaus erleben (und das ist vollkommen normal), dass ein Patient, der sich eigentlich mit seinem Schicksal bereits arrangiert hatte, wieder in Zustände der Verzweiflung oder des Haderns gerät oder plötzlich völlig unrealistische Pläne für die Zukunft macht. Wichtig ist es, den Patienten in seinem aktuellen Zustand zu unterstützen und nicht einer abstrakten Vorstellung von „richtiger“ Krankheitsbewältigung zu folgen – die gibt es nämlich nicht.

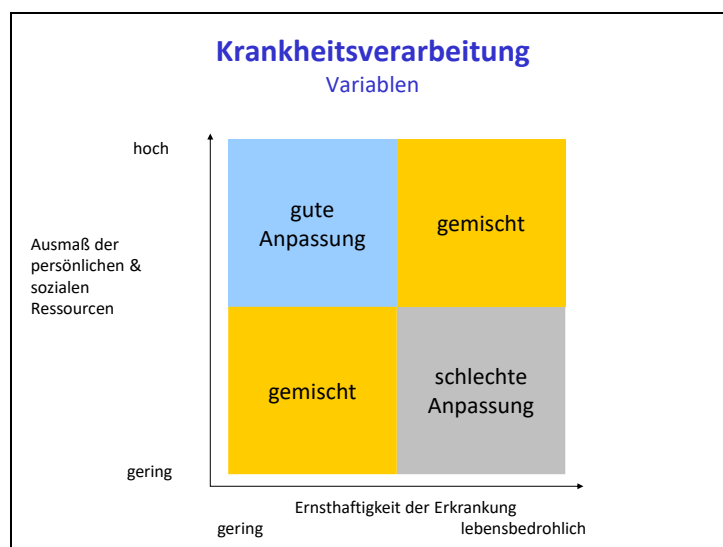
Formen des Coping		
handlungsbezogen	kognitionsbezogen	emotionsbezogen
- ablenkendes Anpacken - Altruismus - aktives Vermeiden - Kompensation - konstruktive Aktivität - Entspannung - sozialer Rückzug - Solidarisieren - krankheitsbezogenes Zupacken - Zuwendung	- Ablenken - Aggravieren - Akzeptieren - Dissimulieren - Haltung bewahren - Humor, Ironie - Problemanalyse - Relativieren - Religiosität - Grübeln - Sinngebung - Valorisieren	- Selbstbedauern, Hadern - emotionale Entlastung - Isolieren, Unterdrücken - Optimismus - passive Kooperation - Resignation, Fatalismus - Selbstbeschuldigung - Schuld zuweisen, Wut ausleben

Heim et al. 1991

Folie 13 verdeutlicht für die Krankheitsverarbeitung nochmals die Interaktion von Faktoren der Krankheit (hier ihrer Schwere) auf der einen und den verfügbaren individuellen Ressourcen auf der anderen Seite: Je schwerwiegender eine Erkrankung ist, desto mehr Ressourcen braucht ein Patient in der Regel auch,

um die psychischen Folgen zu bewältigen. Bei besonders schweren Erkrankungen, z.B. einer Krebserkrankung muss immer damit gerechnet werden, dass es den Patienten nicht ohne weiteres gelingt, damit zurecht zu kommen, sondern dass sie dabei Unterstützung benötigen.

Folie 13



Betrachtet man die Krankheitsverarbeitung von Krebspatienten insgesamt, so zeigt sich, dass etwa die Hälfte diesen Prozess ohne größere psychische Störungen bewältigt (**Folie 14**). Bei etwa einem Viertel treten sogenannte Anpassungsstörungen auf, das heißt, hier liegen depressive Symptome oder Angstsymptome vor, die durchaus eine spezifische Behandlung erforderlich machen. Schwere psychische Störungen, v.a. schwerwiegendere Depressionen, die längerfristige fachspezifische Behandlungen notwendig machen, treten dagegen seltener auf.

Folie 14



take-home-message

- primäre und sekundäre Bewertung abhängig von individuellen Eigenschaften (z.B. Selbstwirksamkeitserwartung, Attribution)
- Abwehrmechanismen:
 - eher unbewußt
 - Schutz vor gefährdenden äußeren und inneren Reizen
 - Ziel: innerpsychische Stabilisierung
- Copingstrategien:
 - bewußtseinsnäher
 - aktive Auseinandersetzung mit Stressoren oder Streßreaktion
 - Ziel: Anpassen an die oder verändern der Umwelt
- Krankheitsverarbeitung bei Krebserkrankung: vorübergehende psychische Störungen häufig, Bewältigung gelingt mehrheitlich

Literatur:

- Arora NK, Finney Rutten LJ, Gustafson DH, Moser R, Hawkins RP (2007): Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology* 16: 474 – 486.
- Freud A: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Frankfurt am Main (Fischer TB) 1984. (Klassiker für Interessierte)
- Gardner KL, Thivikraman KV, Lightman SL, Plotsky PM, Lowry CA (2005): Early life experience alters behavior during social defeat: focus on serotonergic systems. *Neuroscience* 136: 181-191.
- Heim E: Krankheitsbewältigung. In: Buddeberg C, Willi J (Hrsg.): *Psychosoziale Medizin*. Berlin (Springer Verlag) 3. Aufl. 2003.
- Luecken L (1998): Childhood attachment and loss experience after affect adult cardiovascular and cortisol function. *Psychosomatic Medicine* 60(6): 765-772.
- Tschuschke V: *Psychoonkologie - Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart (Schattauer) 3. Aufl 2011.