

6 Mensch-Umwelt-Beziehungen

6.1 Soziale Interaktion und soziale Kognition

Heiner Ellgring

6.1.1 Überblick

Unser Verhalten und Erleben findet zum erheblichen Teil in einem sozialen Kontext statt; es wird durch die soziale Umgebung beeinflusst, und gleichzeitig beeinflusst unser Handeln andere Personen.

Als **soziale Interaktion** bezeichnet man die Wechselwirkung zwischen Personen, die sich vor allem im Verhalten manifestiert.

Ein zentraler Bestandteil ist dabei die **Kommunikation**, d. h. der Informationsaustausch zwischen Individuen, der durch das sinnlich wahrnehmbare Verhalten stattfindet.

Soziale Kognitionen umschreiben den Teil unseres Erlebens, für den soziale Einflüsse auf unser Denken, unsere Bewertungen und unsere Wahrnehmungen wirksam werden.

Die Bildung von Einstellungen und Werthaltungen und deren Einfluß auf die Art, wie wir unsere Umwelt wahrnehmen, spielen hier ebenso eine Rolle wie unsere subjektiven Theorien und Erklärungen für das Verhalten anderer Personen.

In der **Gruppendynamik** finden wir die Eigengesetzlichkeiten, die aus dem wechselseitigen Einfluß von mehreren Individuen erwachsen. Schließlich wird unser Verhalten geleitet und umgrenzt durch **Institutionen**, die für die sozialen Beziehungen, Funktionen und Handlungen eine formale Ordnung abgeben.

Wenn man einmal versucht, sich all die Situationen im medizinischen Bereich vor Augen zu führen, in denen mehrere Personen an einer Aufgabe oder einem Problem beteiligt sind, so wird man leicht die Bedeutung dieser hier umschriebenen Vorgänge für das eigene Handeln und dessen Wirksamkeit erken-

nen. Es ist nicht nur die Arzt-Patient-Interaktion (s. 7.3), sondern beispielsweise auch die Zusammenarbeit und Rollenverteilung auf einer Station, die Veränderung von Einstellung und Verhalten in einer Risikogruppe von Patienten, die Berücksichtigung von Reaktionen der Angehörigen usw., in denen Mechanismen der sozialen Interaktion zu Tage treten. Das Verständnis der sozialen Grundlagen und Bedingungen unseres Handelns hilft uns, solche Situationen besser zu erfassen und mit ihnen umzugehen.

Die in diesem Kapitel angesprochenen Themen sind Teil der Sozialpsychologie. Aber auch die Humanethologie, die stärker die angeborenen Teile unseres Verhaltens betrachtet, liefert zu den hier genannten Themen wichtige Beiträge. Für ein vertieftes Studium dieser Gebiete ist auf die verschiedenen Lehrbücher zu verweisen (Argyle, 1979; Baron und Byrne, 1984; Eibl-Eibesfeldt, 1984; Frey und Greif, 1983; Irle 1975; Herkner, 1983; Nawratil und Rabaoli-Fischer, 1983; Piontkowski, 1976; Wrightsman und Deaux, 1981).

Offensichtlich besteht beim Menschen ein Bedürfnis, sich mit anderen zusammenzuschließen, sich zueinander zu gesellen. Dieses **Geselligkeitsbedürfnis** („need for affiliation“) führt dazu, daß wir z. B. erhebliche Anstrengungen unternehmen, um soziale Kontakte zu suchen und aufrechtzuerhalten. Als ungewöhnlich oder auch pathologisch erscheint uns hingegen ein Verhalten, das diesen sozialen Austausch vermeidet. Autistische Kinder oder auch schizophrene Patienten zeigen solch eine Vermeidung des sozialen Kontakts im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung. Eremiten, Mönche und Nonnen, die sich bewußt aus dem Umgang mit anderen zurückziehen, tun dies, um ihr Bewußtsein im Sinne spiritueller Erfahrungen zu verändern.

Einer der Gründe für das Geselligkeitsbedürfnis ist, daß dabei „Belohnungen“ zwischen den Interaktionspartnern ausgetauscht werden. Nach der von Thibaut, Kelley und Homans (1960) entwickelten **Theorie des sozialen Austauschs** („exchange theory“) lassen sich auch auf die soziale Interaktion ökonomische Prinzipien übertragen.

Das Geschehen in einer sozialen Interaktion wird danach als ein stetes Geben und Nehmen von Belohnungen oder Verstärkern betrachtet. Als Belohnung oder Verstärker hat man sich dabei nur zu einem sehr geringen Teil materielle Dinge vorzustellen. Eine Verstärkung kann nämlich auch ein kurzes bestätigendes Kopfnicken oder ein Lächeln sein.

Es kann darin bestehen, daß man angesprochen wird oder daß jemand interessiert eine Frage stellt. Es sind also vielfältige Umgebungsreize, die einem normalerweise gar nicht bewußt sind, die aber dennoch wirksam werden.

Eine Person setzt nach dieser Theorie eine Interaktion so lange fort, wie das Verhältnis von Aufwand und Erfolg bzw. Nutzen, d. h. gegebenen und empfangenen Belohnungen in einem ausgeglichenen Verhältnis stehen.

Warum aber erhält jemand eine Beziehung aufrecht, in der er scheinbar nur „Bestrafungen“ erfährt? Warum kehrt eine Ehefrau immer wieder zu ihrem Ehemann zurück, obwohl er sie als Alkoholiker jedesmal im Rausch schlägt? Hier spielt unter anderem das Niveau des eigenen Anspruchs und der möglichen anderen verfügbaren Alternativen eine Rolle.

Je geringer das Vergleichsniveau für Alternativen ist, desto größer ist die Abhängigkeit von der gegebenen Beziehung.

Eine schlechte Beziehung scheint von daher immer noch einem – wenn auch nur befürchteten – Zustand der Isolation vorgezogen zu werden.

Soziale Interaktion ist nicht ein einzelnes Ereignis, sondern beschreibt einen fortlaufenden Prozeß. Das Verhalten in solch einem Prozeß wird dabei sowohl von inneren Faktoren wie Motiven, Bedürfnissen etc. als auch von äußeren Faktoren, besonders vom Verhalten der anderen beteiligten Personen bestimmt. Je nach dem relativen Gewicht solcher inneren und äußeren Faktoren lassen sich verschiedene Typen von **Interaktionssequenzen** unterscheiden (Abb. 6.1-1).

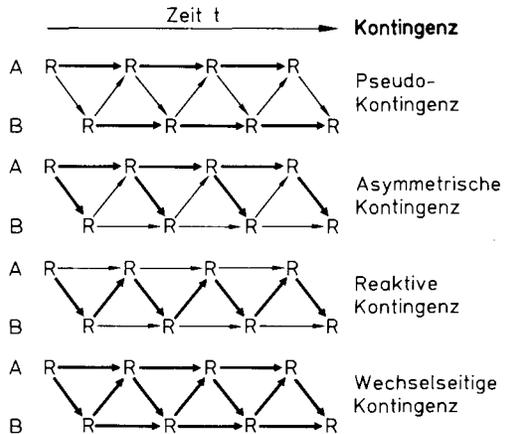


Abb. 6.1-1. Interaktionssequenzen nach Jones und Gerard (1967)

In einer **Pseudokontingenz** dominieren für A und B die inneren Verhaltensdeterminanten. Die Verhaltensschritte beider Personen sind nur durch eigene Pläne bestimmt. Das Verhalten erfolgt „kontingenz“, d. h. abhängig von den eigenen Bedürfnissen, ohne daß das Verhalten der anderen Person einen wesentlichen Einfluß hätte. Beispiel hierfür wäre ein Gespräch, in dem beide „aneinander vorbeireden“, der formalisierte Austausch von politischen Stellungnahmen usw.

Bei einer **asymmetrischen Kontingenz** überwiegen für A innere Determinanten, z. B. eigene Bedürfnisse oder Absichten, während B durch äußere Determinanten, insbesondere das Verhalten von A, dessen Wünsche etc. beeinflusst wird. B hat keine eigenen Pläne, „stellt sich auf den anderen ein“. Ein Interview, ein ärztliches Gespräch sind Beispiele für eine asymmetrische Kontingenz.

Die reaktive Kontingenz kennzeichnet eine Interaktion, in der äußere Determinanten für A und B dominieren. Beide reagieren aufeinander ohne eigene Pläne. Im „Plauderton“ oder „small talk“ findet man diese reaktive Kontingenz.

Als **wechselseitige Kontingenz** wird eine Interaktion beschrieben, in der beide Partner situationsangepaßt ihre Pläne verfolgen. Das eigene Verhalten ist auf das des Partners abgestimmt. Diskussionen oder auch Verhandlungen werden unter solch wechselseitiger Kontingenz geführt.

Von besonderer praktischer Bedeutung für gemeinsame Aufgaben und Tätigkeiten sind die Ver-

haltenstendenzen zur **Kooperation** und zur **Konkurrenz** bzw. **Kompetition**.

Kooperatives Verhalten wird geleitet durch die Erwartung, daß aus einer bewältigten Aufgabe für alle Beteiligten ein gemeinsamer mittlerer Nutzen erwächst. Bei konkurrierendem Verhalten erwartet man, daß der eigene Nutzen höher wird als der des Konkurrenten.

Kooperation und Konkurrenz als Grundmaxime des Handelns werden dabei auch durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen gefördert oder geschwächt. Die augenblicklichen Berufsbedingungen fördern z. B. bereits in der Ausbildung konkurrierendes Verhalten. Dies, obwohl jeder praktisch erfahren kann, daß z. B. kooperatives Lernen in einer Gruppe für ein Examen nicht nur höheren Gewinn beim Wissenserwerb für die Beteiligten bringt, sondern zudem auch noch mehr Spaß macht.

6.1.2 Kommunikation

Als menschliche Kommunikation bezeichnet man den Austausch von Mitteilungen zwischen Individuen. Sie beinhaltet **gerichtete Informationsübertragung** von einem **Sender-** auf ein **Empfänger-System**.

Eine Interaktion besteht in einer **wechselseitigen** Informationsübertragung und Beeinflussung der beteiligten Individuen. Als allgemeines Kommunikationsmodell hat sich ein Modell bidirektionaler Kommunikation (Neuburger, 1970) bewährt, das sich an der Nachrichtentechnik orientiert (Abb. 6.1-2).

Danach wird eine **Nachricht** von einem **Sender** „enkodiert“, über einen **Kanal** übertragen und von einem **Empfänger** „dekodiert“.

„Enkodieren“ bedeutet, daß der Inhalt einer Nachricht in konkreten Signalen verschlüsselt wird. „Dekodieren“ bedeutet entsprechend, daß diese Signale entschlüsselt werden.

Damit wird der Inhalt der Nachricht für den Empfänger verständlich. Zum Beispiel verschlüsselt der Patient den Inhalt seiner Nachricht über Schmerzen in konkrete sprachliche Signale: „Es tut mir im Kreuz so weh“. Der Arzt entschlüsselt diese Nachricht, indem er die Worte aufnimmt und sie interpretiert.

Fehler in der Verständigung können sowohl in der Enkodierung als auch in der Dekodierung auftreten. Für die menschliche Kommunikation ist die **Doppel-**funktion von **Sender/Empfänger** zu beachten, d. h., während eine Person Informationen empfängt und verarbeitet, liefert sie durch ihr Verhalten gleichzeitig Informationen an die anderen Personen.

6.1.2.1 Verbale und nonverbale Kommunikation

Es ist offensichtlich, daß dem Menschen verschiedene Modalitäten für die Verständigung zur Verfügung stehen. Neben der Sprache sind es Verhaltensweisen wie **Mimik**, **Gestik**, **Körperhaltung**, die Informationen zwischen Individuen übermitteln.

In der nonverbalen Kommunikation wird nach der Art der **Sender-Effektoren** unterschieden, die für den Empfänger wahrnehmbare Informationen produzieren und damit Nachrichten enkodieren.

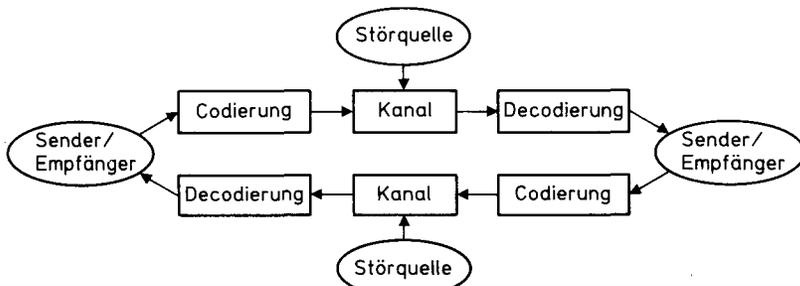


Abb. 6.1-2. Modell bidirektionaler Kommunikation (E. Neuburger, 1972)

Neben den obengenannten Verhaltensweisen sind dies das **Blickverhalten**, die **Körperorientierung**, aber auch die **Temperatur**, der **Geruch**, die **räumliche Distanz**. Man bezeichnet sie auch als nonverbale nonvokale Merkmale. Nonverbale vokale Signale sind **stimmliche Merkmale**, **Pausen**, **Betonung**, **paralinguistische Äußerungen**, wie Räuspern oder „hm“.

Nach der Art der **Übertragung**, d.h. nach den **beteiligten Sinnesorganen** unterscheidet man auch den optisch/visuellen, den akustisch/auditiven, den kinetisch/taktilen, den chemisch/olfaktorischen und den thermisch/haptischen Kanal.

Die Erforschung nonverbaler Kommunikation setzt in Teilen die traditionelle **Ausdruckspsychologie** fort. Allerdings geht es dabei nicht mehr so sehr um eine Persönlichkeitsdiagnostik, sondern um den Ablauf von Kommunikationsprozessen. Bemerkenswert an der nonverbalen Kommunikation ist, daß sie zum großen Teil nicht bewußt abläuft und dennoch erheblichen Einfluß auf unser Verhalten hat.

Funktionen nonverbaler Kommunikation Während die wesentliche **Funktion der Sprache** offensichtlich in der Übermittlung von **Inhalten** liegt, ist dies für die nonverbale Kommunikation keineswegs so eindeutig.

So scheint **nonverbales Verhalten** eher geeignet, etwas über den **emotionalen Gehalt** einer Botschaft auszusagen, weniger jedoch über **eigenständige Inhalte**.

Zudem wirken in der nonverbalen Kommunikation verschiedene Teilsysteme zusammen, die, wie etwa Gestik und Mimik, in unterschiedlicher Weise zentralnervös gesteuert werden. Ein weiterer Grund für die Schwierigkeiten, dem nonverbalen Verhalten klar umgrenzte Bedeutungen zuzuordnen, liegt darin, daß im Verhalten bewußt gesteuerte Anteile mit unwillkürlichen Elementen zusammenkommen.

„Durchsickern“ von Informationen Gerade die unwillkürlichen Komponenten des nonverbalen Verhaltens sind es, die uns veranlassen, dem nonverbalen Verhalten im Zweifelsfall mehr Vertrauen zu schenken. Einem Patienten, der mit gedrückter Miene und zusammengefallener Körperhaltung sagt, es gehe ihm gut, werden wir die verbale Aussage kaum glauben. Einem Lob, ausgesprochen in

herablassendem Tonfall mit verächtlichem Gesichtsausdruck, werden wir nicht vertrauen.

Unsere implizite Annahme ist die, daß eine Person zwar ihr verbales Verhalten kontrollieren kann, nicht aber ihren Ausdruck.

Die Hypothese, daß die Kontrolle negativer Elemente nur teilweise gelingt, wurde auch experimentell durch sogenannte Täuschungsexperimente belegt. Versuchspersonen sollten darin z. B. vortäuschen, daß sie einen angenehmen Film sahen, obwohl ihnen ein unangenehmer Film dargeboten wurde. Durch eine sorgfältige Bild-zu-Bild-Analyse werden die Verhaltensweisen, unter anderem in der Mimik, erkennbar, die auf ein **Durchsickern** („leakage“) der tatsächlich wahrgenommenen oder empfundenen emotionalen Qualität hinweisen. In einer konkreten Situation ist allerdings vom Standpunkt des Beobachters oder Empfängers nicht immer entscheidbar, ob ein Verhalten bewußt eingesetzt oder ein unmittelbarer, unkontrollierter Ausdruck von gerade ablaufenden psychischen Prozessen ist.

Darstellungsregeln Die Kontrolle unseres nonverbalen Verhaltens ist Teil unserer **Sozialisation**. Bereits in früher Kindheit lernen wir, **nonverbales Verhalten bewußt einzusetzen** – der Säugling verfügt bald über ein **differenziertes Repertoire** an Schreien, um seine Bedürfnisse mitzuteilen. Durch die soziale Umgebung lernen wir die **Regeln** („display rules“), nach denen nonverbales Verhalten eingesetzt werden darf.

Als Teil der Affektsozialisation lernen beispielsweise Knaben, ihren Schmerz zu verbergen oder zumindest nicht so deutlich zu zeigen. **Darstellungsregeln** sagen uns, **wann wir wem gegenüber welches Verhalten zeigen dürfen**. Solche Regeln sind kulturell sehr variabel und selbst innerhalb einer Kultur unterschiedlich. Je nach Status, Alter, Geschlecht usw. gelten für bestimmte Verhaltensweisen andere Regeln.

In der ärztlichen Praxis z. B. erfährt man solche Darstellungsregeln in bezug auf den Schmerz. In unserer Kultur besteht dabei etwa für Männer die Diskrepanz, daß sie in ihrer Rolle als Patient Schmerz zeigen dürfen, in ihrer Rolle als männliches Wesen hingegen wenig schmerzempfindlich zu reagieren haben.

Inhalts- und Beziehungsaspekt Während die Sprache vor allem den Inhalt einer Botschaft übermittelt, liefert das nichtsprachliche Verhalten vornehmlich Informationen über emotionale Bewertungen des Inhalts.

Das nonverbale Verhalten **rhythmisiert** und **segmentiert** den Sprachablauf, und es **reguliert** die Beziehung zwischen den Interaktionspartnern. Auf diesen letzten Aspekt hebt vor allem die Theorie von Watzlawick, Beavin und Jackson (1971) ab, nach der das nonverbale Verhalten Auskunft über den **Beziehungsaspekt** gibt. Nehmen wir als Beispiel die Körperzuwendung: Wenn man sich während einer Begrüßung abwendet und mit Kopf und Körper bereits auf eine andere Person hin orientiert, so kennzeichnet dieses Verhalten ein Desinteresse und somit die Beziehung zum ersten Gesprächspartner, unabhängig von dem, was sprachlich geäußert wird.

Für die **Metakommunikation**, d. h. die Kommunikation über die Kommunikation, spielt non-verbales Verhalten eine zentrale Rolle.

In einer Diskussion über zwischenmenschliche Beziehungen wird man z. B. mehr darauf eingehen, wie etwas gesagt wurde – mit Stimme, Mimik, Gestik usw., als was gesagt wurde.

An der **räumlichen Distanz** zueinander wird in vielen Fällen die Unmittelbarkeit der Beziehung und der Grad der **Intimität** zwischen den Personen sichtbar. Der Anthropologe Hall (1968), der diese räumlichen Beziehungen als „**Proxemics**“ bezeichnete, hat für die europäische und nordamerikanische Kultur verschiedene **Distanzzonen** beobachtet:

Die **Intimdistanz** beträgt danach weniger als 50 cm. Diese Distanz ist das Territorium für Eltern und deren Kinder, für Freund, Freundin, Partner. Innerhalb dieser Zone lieben sich Leute, berühren sich, betreiben gegenseitige Körperpflege.

Die **persönliche Distanz** beträgt zwischen 50 cm und 120 cm. Auf diese Distanz unterhalten sich Personen über private Gedanken und Gefühle. Die **soziale Distanz** beträgt zwischen 120 cm und 400 cm. Innerhalb dieser Zone sind unpersönliche soziale Konversationen möglich. Die meisten alltäglichen Interaktionen finden innerhalb solcher einer Distanz statt. Die meisten formalen Begegnungen ereignen sich am äußersten Rand der sozialen Zone. Büromöbel werden gewöhnlich 1,80 m bis 2,50 m

voneinander aufgestellt. Zusätzlich kann, wie im Arztzimmer, der Schreibtisch zwischen Patient und Arzt die interpersonale Distanz vergrößern.

Als **öffentliche Distanz** wird eine Entfernung von mehr als 4 m zwischen den Personen angegeben. Bei dieser Distanz sprechen Redner ihr Auditorium an. Personen des öffentlichen Lebens grüßen auf diese Distanz ihre Anhänger.

Räumliche Distanzen zwischen Personen haben vielfältige Einflüsse auf die Interaktionspartner (Ellgring, 1986). So kann jeder leicht den Effekt in einem selbst durchgeführten „Feldexperiment“ überprüfen, indem man solche Distanzen unterschreitet und damit in ein **unsichtbares Territorium** eindringt. Tritt man jemandem zu nahe, und dies im wörtlichen Sinne, so wird der andere versuchen, wieder eine erträgliche Distanz herzustellen und entfernt sich etwas. Jeder kennt auch das unangenehme Gefühl, das entsteht, wenn einem jemand zu sehr „auf den Pelz rückt“.

Für die medizinische Arbeit sind solche Distanzzonen deswegen von Bedeutung, weil einerseits der Mediziner, die Krankenschwester, der Pfleger die soziale Distanz im Gespräch einhalten, sie andererseits aber während der Untersuchung oder bei der Pflege in die intime Zone eindringen müssen.

Aufgrund ihrer Funktion und der Aufgabenstellung für das medizinische Personal wird dies von den Patienten rational akzeptiert. Dennoch ist vielfach zu beobachten, daß Patienten durch das damit verbundene Unterschreiten der sozialen Distanz emotional unangenehm berührt werden. Eine Atmosphäre des Vertrauens und der Sachlichkeit, in der z. B. die Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahme jeweils direkt dem Patienten gegenüber begründet werden, hilft, das entstehende Unbehagen zu mildern.

Es können aber auch **positive Effekte** durch soziale Nähe erreicht werden. So zeigte sich in einer Untersuchung von Whitcher und Fisher (1979), daß sich Berührungen durch die Schwester bei Frauen vor der Operation positiv auswirkten. Die Frauen hatten weniger Angst und der Blutdruck war niedriger. Im Gegensatz dazu traten bei Männern eher negative Effekte auf. Für sie waren solche Berührungen unangenehm.

Der Beziehungsaspekt ist aber nur ein Teil dessen, was nonverbal übermittelt wird. Die **affektive Be-**

wertung des Inhalts spielt ebenso eine Rolle. Wenn man etwas überzeugend mitteilen will, so wird man dies nonverbal unterstreichen. Die **Segmentierung** und **Rhythmisierung** des eigenen Sprachablaufs wiederum wird durch gestisches Verhalten oder Kopf/Schultermitbewegungen erreicht. Fehlen solche Mitbewegungen, wie etwa bei Patienten mit Parkinson-Krankheit, so wirkt die Person starr und unbeteiligt, obwohl dies nicht der Fall ist.

Erfassung nonverbalen Verhaltens. Viele der nonverbalen Verhaltensweisen laufen sehr rasch ab. Die meisten mimischen Aktionen bewegen sich z. B. in einem Zeitraum unter 2 s. Als Beobachter hat man zudem ein komplexes Verhaltensmuster vor sich, in dem zahlreiche Elemente zusammenwirken.

In der Regel nimmt man nonverbales Verhalten in einem Gespräch kaum bewußt wahr und schon gar nicht die einzelnen Elemente, die zu einem Gesamteindruck beitragen.

Für eine wissenschaftliche Analyse bedarf es daher spezieller Verfahren, um die subtilen Signale zu erfassen (Schweder und Ekman, 1982). Eine höhere Sensibilität für nonverbale Signale als Teil der **sozialen Fertigkeiten** („social skills“) läßt sich allerdings auch durch kontrollierte Übung erreichen. Trotz der überragenden Bedeutung der Sprache trägt doch das nonverbale Verhalten erheblich zum Prozeß der Verständigung bei. Unser Zusammenleben hängt wesentlich auch von einem Funktionieren dieses Teilsystems der Kommunikation ab.

6.1.2.2 Kommunikationsstrukturen

Unsere Kommunikation wird gesteuert durch unsere Bedürfnisse, Wünsche, Absichten, Gefühle, Empfindungen, die wir durch Sprache und nicht-sprachliches Verhalten der Umwelt mitteilen. Sie findet statt vor einem sozialen Hintergrund, der den Rahmen absteckt, in dem Verhalten gezeigt werden kann. Der Rahmen entwickelt sich in der Sozialisation und ist kontinuierlich wirksam durch die Regeln, die unsere Kultur und die Gruppen, in denen wir sind, für uns setzen.

Sozialisation Das Kind lernt die Sprache seiner sozialen Umgebung, d. h. es lernt die **Verwendung eines Kodes**, so wie er in der entsprechenden Kultur gebraucht wird. Jedermann ist auch bekannt, daß selbst innerhalb einer Kultur der **Sprachegebrauch**

erheblich variieren kann. Jugendliche verwenden andere Wörter oder die gleichen Wörter mit Bedeutungen, die verschieden sind von denen der Erwachsenen.

Schichtspezifität Auch die Schichten innerhalb einer Gesellschaft zeichnen sich durch unterschiedliche Formen des Sprachverhaltens aus. Nach der soziolinguistischen Theorie von Bernstein verwenden Personen der Unterschicht einen **restringierten** Kode im Vergleich zum **elaborierten** Kode der Mittelschicht.

Der restringierte Code zeichnet sich aus durch eine begrenzte Anzahl von Wörtern und Begriffen, wenige grammatikalische Regeln, einzelne und konkrete Beschreibungen der Umwelt.

Die Sprache der Unterschicht wird nach dieser Theorie als offensichtlich minderwertiger gekennzeichnet. Ohne daß man solche Unterschiede nach Kriterien der höheren oder niederen Qualität bewerten müßte, lassen sich die **Sprachrepertoires** der verschiedenen Schichten als Mengen betrachten. Teile der verschiedenen Repertoires bilden **Schnittmengen**, sind also gemeinsam, während andere Elemente spezifisch sind.

Auf die Situation des Arztes übertragen ist die schichtspezifische Verwendung der Sprache ein bedenkenswerter Aspekt für den Umgang mit dem Patienten.

Stärker als im alltäglichen Umgang miteinander muß in der Arzt-Patient-Interaktion sichergestellt werden, daß der sprachliche Austausch auch zur Verständigung führt.

Die Frage ist, ob der Arzt versteht, was der Patient sagen will und umgekehrt. Ein einfaches Prüfverfahren hierzu ist das **Paraphrasieren**, d. h. daß beide Gesprächspartner wiederholen, was der andere gesagt hat.

Als Selbsterfahrung des eigenen Spracherwerbs mag für den Studenten seine Studiensozialisation dienen. Auch hier lernt er einen neuen Sprachgebrauch, der sich nicht nur auf die lateinischen Bezeichnungen beschränkt, sondern ebenso seine neuen Lebensbereiche umfaßt. Sozialisation bedeutet ja auch das Hineinwachsen in eine neuartige soziale Umgebung, wie z. B. für den Studenten in die Universität, den Patienten in eine Krankenstation

usw. Die Sozialisation ist dabei immer auch verbunden mit dem Erwerb neuer Verhaltensweisen, zu denen ganz wesentlich unsere Verständigungsweisen zählen.

Sozialisation bedeutet nicht nur der Erwerb neuer Verhaltensweisen, sondern auch der Erwerb von sozialen Normen, d. h. Regeln, die den Bereich von Verhaltensmöglichkeiten abstecken.

Eine soziale Norm besagt z. B., daß man sich unter Studenten mit „Du“ anredet, dies jedoch in der Regel nicht zwischen Student und Lehrer geschieht.

Gesteuert wird die Kommunikation durch Regeln, die sich auch als **Barrieren** auswirken können. Solche Kommunikationsbarrieren sind gegeben durch **Statusunterschiede** (z. B. Arzt versus Patient) oder in größeren Institutionen durch formale Kommunikationsnetze. Um dem Direktor etwas mitzuteilen, ist von den Angestellten der Dienstweg über verschiedene Stationen einzuhalten.

6.1.2.3 Kommunikationsstörungen

Wie aus dem Modell bidirektionaler Kommunikation hervorgeht, können Störungen der Kommunikation an verschiedenen Stellen innerhalb des Systems auftreten: Beim Sender in der Enkodierung, beim Empfänger in der Dekodierung oder auch durch äußere Störquellen in den Übertragungskä- nalen, etwa wenn durch Lärm die Sprache nicht mehr verständlich ist. Das allgemeine **Modell sozialer Fertigkeiten** von Argyle (1979) berücksichtigt verschiedene Komponenten des **Verhaltens**, der **Wahrnehmung** und der **Motivation** (Abb. 6.1-3), an dem sich mögliche Störungen weiter differenzieren lassen.

Unser soziales Verhalten ist danach in vielen Aspekten mit motorischen Fertigkeiten vergleichbar. So lassen sich die verschiedenen Komponenten des Modells auch am Beispiel eines Pianisten erläutern. Der Pianist möchte vielleicht ein Klavierkonzert von Mozart spielen. Ein Beispiel, das sich auf soziales Verhalten bezieht, wäre etwa der Wunsch, jemanden in einem bestimmten Punkt zu überzeugen. Diese **Motivation** beinhaltet eine **Hierarchie** von Plänen und Zielen.

Die Absicht bzw. der Plan wird übersetzt in motorische Reaktionen, in denen der Pianist (im Beispiel) über die notwendigen Bewegungsabläufe nachdenkt. Als Ergebnis der Übersetzung erfolgen motorische Reaktionen. Während allgemeine Pläne bewußt ablaufen, können einzelne spezielle Pläne, wie das Spielen bestimmter Töne, zumindest bei einem geübten Spieler automatisch ablaufen. Auch im Überzeugungsgespräch denkt man nicht über einzelne Worte nach, sondern überlegt eine allgemeine Strategie. Das **motorische Reaktionspotential** umschreibt die sozialen Fertigkeiten im engeren Sinne. Das Begrüßen, der Blickkontakt im Gespräch etc. wären solche Elemente sozialer Fertigkeiten.

Die motorischen Reaktionen bewirken nun ihrerseits Veränderungen in der Außenwelt; im Beispiel des Pianisten sind es Töne, im Überzeugungsgespräch ist es z. B. ein Widerspruch des anderen.

In der darauffolgenden Wahrnehmung dieser Veränderungen wird ein **Ist-Soll-Vergleich** durchgeführt; der Pianist stellt z. B. fest, daß einzelne Passagen noch sehr holpern. Dieser Vergleich kann zu Korrekturen in der Übersetzung oder auch in der Motivation führen. Der Pianist kann sich z. B. entschließen, zunächst ein etwas einfacheres Stück zu wählen. Beim Überzeugungsversuch kann man zu dem Schluß kommen, daß das Gespräch doch keinen Zweck hat.

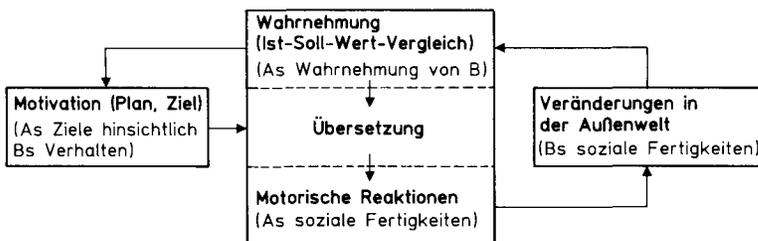


Abb. 6.1-3. Modell sozialer Fertigkeiten (Argyle, 1979)

Störungen oder Mängel in den sozialen Fertigkeiten können nun auf verschiedenen Ebenen auftreten. So mag etwa das Ziel zu hoch gesteckt sein, ohne daß man gewillt ist, es zu revidieren. Die Übersetzung mag nicht gelingen oder die motorischen Reaktionen sind noch nicht hinreichend geübt. Schließlich können auch Mängel in der Wahrnehmung bestehen: Der Pianist hört vielleicht die falschen Töne nicht heraus und nimmt auch die Reaktionen des Publikums nicht wahr. Entsprechend lassen sich Mängel in den sozialen Fertigkeiten analysieren und, wie es im klinisch-psychologischen Vorgehen praktiziert wird, durch gezieltes Training beheben.

Als eine spezifische Kommunikationsstörung hat die **paradoxe Mitteilung** besondere Beachtung gefunden, d. h. gegensätzliche Informationen in sprachlichem und nichtsprachlichem Verhalten. Die Aussage: „Das freut mich aber, dich zu sehen, komm doch kurz herein“, gesprochen mit leicht gelangweiltem Tonfall und sofortiger Blickabwendung ist ein Beispiel für diese Art der Kommunikation. Stehen die Interaktionspartner gleichzeitig in einer engen und für den einen Teil auch wichtigen Beziehung, aus der er sich nicht zurückziehen kann, so entsteht eine **Doppelbindungssituation** (Double bind, Watzlawick et al., 1971). Der Angesprochene befindet sich in einer Zwickmühle. Der verbalen Aufforderung wird durch das nonverbale Verhalten widersprochen. Er muß sich falsch verhalten.

Die ursprüngliche Annahme, daß sich solche Doppelbindungssituationen gehäuft in Familien mit einem schizophrener Angehörigen finden und daß sie sogar pathogen wirken, konnte allerdings bisher nicht bestätigt werden. Unabhängig davon handelt es sich allerdings um ein Verhalten, das den Interaktionspartner in eine unlösbare Situation bringt und damit Streß erzeugt. Belastend wirkt sich dies vor allem dann aus, wenn in einer engen Beziehung wenig Möglichkeiten bestehen, dem zu entweichen.

Kommunikationsstörungen bei körperlichen Behinderungen Für Personen, deren Sinnestätigkeit eingeschränkt ist, ergeben sich notwendigerweise Schwierigkeiten in der Verständigung mit der Umwelt. Der **Gehörlose** kann selbst bei ausgezeichnetem Lippenlesen nicht die Intonation in der Stimme erfassen. Schwerhörige nehmen auch andere Teile des nonverbalen Verhaltens in besonderer Weise wahr, beachten z. B. stärker die Lippen, um zu verstehen, und blicken daher, anders als normal-

sinnige Personen, nicht so häufig in die Augenregion. Für **Blinde** wiederum fehlen sämtliche sichtbaren Signale im Verhalten und damit viel von der affektiven Kommunikation. Auf die Veränderungen bei **Parkinson-Kranken**, die zwar Gefühle empfinden, diese aber motorisch nicht ausdrücken können, wurde bereits hingewiesen. Ein besonderes Problemfeld bilden die Veränderungen in der sozialen Interaktion bei Patienten mit chronischen Erkrankungen oder andauernden körperlichen Beeinträchtigungen. Die Umwelt reagiert eher ablehnend, die Person ist durch ein **Stigma** (Goffman, 1967) gezeichnet. Solch ein Stigma kann auch ein nicht sichtbares, jedoch sozial relevantes Merkmal sein, wie z. B. ein Aufenthalt in der Psychiatrie oder im Gefängnis.

Es sind uns wenig Untersuchungen bekannt, die in systematischer Weise die Auswirkungen solcher Stigmatisierungen auf die soziale Interaktion erfaßt hätten. Man kann allerdings beobachten, daß andere Personen auf eine Behinderung zunächst unsicher reagieren, häufig auch den Kontakt meiden. Der Behinderte zieht sich seinerseits als Konsequenz davon zurück und wird mehr und mehr isoliert. Es ist daher eine gesellschaftliche Aufgabe, diesen Tendenzen der Isolierung entgegenzuwirken. Tatsächlich lassen sich in den letzten Jahren vielfältige Ansätze erkennen, eine möglichst weitgehende Integration behinderter Menschen zu erreichen. Bekanntermaßen laufen diese Bemühungen allerdings am ehesten Gefahr, bereits bei leichten ökonomischen Krisen hintangestellt zu werden.

6.1.3 Soziale Kognitionen

Soziale Kognitionen beziehen sich darauf, wie die Ursachen von unserem eigenen und von fremdem Handeln bewußt wahrgenommen und bewertet werden (**Attribution**).

Sie umfassen zudem die Wahrnehmung

- von überdauernden Merkmalen anderer Personen (**Personenwahrnehmung**),
- von Dingen unserer Umgebung (**soziale Wahrnehmung**),
- von sozial relevanten Sachverhalten (**Einstellungen**).

Dabei geht es vor allem darum, den Einfluß sozialer Faktoren auf unsere Sicht von der uns umgebenden Welt zu erkennen.

Ein wesentliches Merkmal unseres Denkens ist dabei die Tendenz, unsere Wahrnehmungen zu ordnen und einen Sinn in den beobachteten Sachverhalten und Handlungen zu finden.

Es interessiert hier weniger, ob es solche Ordnungen tatsächlich gibt und ob die Begründungen stimmen, sondern es geht vielmehr um den Vorgang selbst, durch den Individuen solche Ordnungen und Sinngewinnungen schaffen.

6.1.3.1 Attribution

Attributionstheorien versuchen zu erklären, warum wir dem von uns beobachteten menschlichen Handeln bestimmte Ursachen unterstellen und wie wir eigenes und fremdes Verhalten bewerten.

Die von Heider, Kelley und anderen in den 50er und 60er Jahren entwickelten Theorien gehen davon aus, daß wir sehr unterschiedliche Ursachen für ein konkretes Verhalten vermuten und daß wir für Ereignisse, die für uns in irgendeiner Weise bedeutsam sind, in jedem Falle **Kausalzusammenhänge** herstellen. Die Frage ist, wie wir dies bewerkstelligen, zumal wir fast nie genügend Informationen haben, um uns über die tatsächlichen Ursachen gewiß zu sein.

Wenn man von jemandem wegen einer guten Leistung gelobt wird, so kann man dieses Lob auf verschiedene Ursachen zurückführen (**attribuieren**). Das Lob kann attribuiert werden auf den Stimulus, die Umstände oder die Person. Der **Stimulus** einer tatsächlich guten Leistung könnte die Ursache für das Lob gewesen sein. Die Ursache der Handlung wird hier also einem bestimmten Reiz, d. h. der erkennbaren Leistung zugeschrieben. Als andere Ursache kämen **Umstände** wie eine momentane gute Laune des Lobenden in Betracht. Sachfremde Umstände hätten also in solch einem Fall das Verhalten verursacht. Schließlich könnte das Verhalten auch in der **Person** begründet sein, indem wir es hier z. B. mit jemandem zu tun hätten, der allgemein sehr häufig ein Lob ausspricht.

Zu solchen Ursachenzuschreibungen tragen nicht nur die Handlung selbst, sondern auch andere Informationen bei, die von Kelley wie folgt differenziert werden:

- **Konsensus-Information:** Stimmen auch andere Leute darin überein, daß die Leistung lobenswert war?
- **Distinktheit:** Wird das Lob allen gegeben oder nur einem selbst?
- **Konsistenz:** Verhält sich der Lobende in ähnlichen Situationen genauso wie im konkreten Fall?

In der Tabelle 6.1-1 sind die Möglichkeiten zusammengestellt, die zu den verschiedenen Urteilen führen.

Tabelle 6.1-1. Ursachenattribution von Handlungen

	Einstufung des Verhaltens hinsichtlich		
Attribution der Handlung auf	Konsensus	Distinktheit	Konsistenz
Stimulus	hoch	hoch	hoch
Umstände	gering	hoch	gering
Person	gering	gering	hoch

Würden z. B. andere Personen in der gleichen Situation kein Lob aussprechen (geringer Konsensus), auch alle anderen von der Person gelobt werden (geringe Distinktheit) und würde der Lobende dies allgemein sehr häufig tun (hohe Konsistenz), so würde man sein Verhalten auf die Person attribuieren. Die Ursache für das Lob wären hier weder die Leistung (Stimulus) noch eine momentane gute Laune (Umstände), sondern die allgemeine Neigung dieser Person zu loben, d. h. dessen Persönlichkeitseigenschaft.

Die Theorie, die durch zahlreiche Experimente überprüft wurde, gibt weiterhin verschiedene Randbedingungen an, unter denen diese Vorhersagen über Attributionen zutreffen. So besagt etwa das **Abschwächungsprinzip**, daß man bei mehreren möglichen Ursachen versucht, nur eine primäre Ursache zu finden. Häufig fehlt uns auch ein Teil der notwendigen Information über Konsensus, Distinktheit und Konsistenz. In solchen Fällen bedienen wir uns **kausalen Schemata**, d. h., wir ergänzen sie aus unserer bisherigen Erfahrung. An einem einfachen Beispiel kann man sich den Prozeß noch einmal verdeutlichen, wenn man die möglichen Kausalattributionen für das Verhalten „Kollege grüßt freundlich den Chef“ durchspielt.

Für die Vorhersagen von Attributionen macht es einen Unterschied, ob man den **Handelnden** oder den **Beobachter** betrachtet. Als allgemeines Prinzip gilt die Tendenz zu **defensiver Attribution**. Ein Autofahrer, der einen Auffahrunfall verursacht hat, wird dies eher auf ungünstige Straßenverhältnisse als auf seine eigene Unaufmerksamkeit zurückführen. Er attribuiert also **external** auf äußere Umstände, während ein Unfallzeuge eher die Person für verantwortlich hält, also **internal** attribuiert. Bei positiven Ereignissen ist diese Tendenz umgekehrt: Eine gute Examensnote führt der Prüfling auf seine eigene Leistung zurück (internale Attribution), während andere dies bei ihm vielleicht eher als Glück oder durch leichte Aufgaben begünstigt ansehen.

Solche Attributionstendenzen haben durchaus praktische Bedeutung, etwa für die Gesundheitspolitik, für Aufklärungskampagnen usw. Der Alkoholiker attribuiert z. B. sein Verhalten vor allem external – ungünstige Bedingungen sieht er als Hauptursache für seinen Alkoholabusus. Die Umwelt hingegen attribuiert eher internal – sieht z. B. Charakter- und Willensschwäche als Ursachen an. Entsprechend unterschiedlich sind die Erwartungen, die man an Behandlungsmaßnahmen stellt. Bei externalen Ursachen erwartet man, daß nur eine Veränderung der Bedingungen oder äußeren Umstände eine Besserung bringen können. Bei internaler Attribution hingegen muß die Person sich selbst verändern.

Psychische Erkrankungen wie die Depression zeichnen sich wiederum durch spezifische Attributionstendenzen aus. So neigen depressive Patienten im Gegensatz zu Gesunden dazu, sich für negative Dinge verantwortlich zu fühlen, während sie positive Dinge auf äußere Ereignisse zurückführen. Eine Therapie muß daher auch bei solchen Attributionen einsetzen.

6.1.3.2 Personenwahrnehmung

Für unsere Wahrnehmung von Personen sind 2 Vorgänge charakteristisch – die **Selektion** einzelner Merkmale und die **Inferenz** (Schlußfolgerung) auf Eigenschaften der Person, die aus den tatsächlich verfügbaren Informationen nicht direkt hervorgehen.

Selektiv ist unsere Wahrnehmung, indem wir solche Merkmale an einer Person besonders beachten,

die mit unseren Erwartungen übereinstimmen, hingegen solche vernachlässigen, die dazu in Widerspruch stehen. Eine Selektion von Informationen ist prinzipiell notwendig, da wir gar nicht in der Lage sind, sämtliche Merkmale und Elemente genau zu erfassen. Die Selektivität unserer Wahrnehmung verleiht uns Sicherheit im Umgang mit dem anderen, da wir nur mit einer begrenzten Zahl von Reaktionen rechnen müssen. Gleichzeitig birgt die Selektion die Gefahr, daß wir wichtige Aspekte übersehen, ein einseitiges Bild gewinnen und unser Bild ständig bestätigt glauben.

Die **Inferenzen** auf zugrundeliegende Persönlichkeitsmerkmale, Absichten usw. nehmen wir aufgrund unserer notwendigerweise lückenhaften Informationen vor. So können wir jemanden für ehrlich halten, obwohl wir ihn nur in einem kleinen Ausschnitt seiner Lebenssituationen kennengelernt haben. Auch diese Schlußfolgerungen tragen dazu bei, daß wir sicher mit dem anderen umgehen können.

Kategorisierung Es entspricht ebenfalls der Neigung menschlichen Denkens, der Natur und damit auch dem menschlichen Verhalten eine Ordnung zu unterlegen. Diese Ordnung bedeutet für die Personenwahrnehmung, daß wir die Individuen nach Persönlichkeitsmerkmalen oder Typen kategorisieren. In der Laienpsychologie spricht man z. B. von einem „Hallodri“, „Streber“, „Starrkopf“, „Yuppi“ usw. und meint damit, daß eine Person in sehr unterschiedlichen Situationen jeweils ähnliche Verhaltensmuster an den Tag legen wird.

Ein spezieller Fall der Kategorisierung ist die Bildung von **Stereotypen**.

Von einem Stereotyp spricht man, wenn Personen aufgrund einer bestimmten Gruppenzugehörigkeit Persönlichkeitsmerkmale zugesprochen werden.

Vor allem auf ethnische Gruppen werden solche Stereotype angewandt, beispielsweise die, daß Italiener temperamentvoll, Chinesen fleißig, Schweden kühl seien. Es gibt ein **Autostereotyp** (z. B., wie man sich „als Deutscher“ oder „als Arzt“ sieht) und ein **Hetero- oder Fremdstereotyp** (wie einen andere Personen sehen). Beide müssen keineswegs übereinstimmen.

Im Gegensatz zum **Vorurteil** ist ein Stereotyp nicht mit negativen Bewertungen verbunden. Von **Diskriminierung** spricht man, wenn ein Vorurteil sich in negativen Handlungen manifestiert, wenn etwa einem Türken der Zugang zu einer Gaststätte verwehrt wird, Zimmer nicht an farbige Studenten vermietet werden usw. Große soziale Distanz fördert die Ausbildung von Stereotypen, enger Kontakt mindert sie.

Je näher wir einzelne Individuen einer Gruppe kennen, desto mehr individuelle Unterschiede nehmen wir wahr und desto eher erkennen wir, daß das Stereotyp nicht auf die Einzelperson zutrifft. Allerdings kann auch der Effekt eintreten, daß man den Kontakt meidet und damit Vorurteile beibehalten kann. Mechanismen bei der Bildung von Stereotypen und Vorurteilen sind

- Identifikation,
- Projektion und
- Generalisierung.

Vor allem beim Autostereotyp spielt die **Identifikation** eine Rolle. Man identifiziert sich z. B. mit der Gruppe „Mediziner“ und denkt dabei gleichzeitig an allgemeine Merkmale dieser Gruppe. Aus psychoanalytischer Sicht wird der **Projektion** besondere Bedeutung zugesprochen, wenn es um die Bildung von Vorurteilen geht. Die Annahme ist, daß man seine eigenen Bedürfnisse und Ängste in das Stereotyp für die andere Gruppe projiziert, den Balken im eigenen Auge über dem Splitter im Auge des anderen übersieht. Die **Generalisierung** schließlich umschreibt die Tendenz, aus einzelnen Beobachtungen auf allgemeine Phänomene zu schließen. Man sieht einen jodelnden Bayern und erwartet, daß alle Bayern jodeln.

Persönlichkeit In die Wahrnehmung von Personen gehen **implizite Persönlichkeitstheorien** mit ein, die man durch individuelle Erfahrung, soziales Lernen usw. erworben hat. Es sind dies subjektive Theorien darüber, welche Merkmale miteinander kovariieren. Diese Theorien sind individuell verschieden, können aber auch sehr verbreitet sein, etwa, daß Rothaarige leidenschaftlich oder aggressiv seien, kleingewachsene Personen immer Minderwertigkeitskomplexe haben usw.

Aus Beurteilungsexperimenten ergab sich, daß zentrale Merkmale andere Merkmale im Urteil

dominieren. Wenn man die eine Person als – intelligent, gesellig, hart arbeitend und **kalt** – beschreibt, die andere hingegen als – intelligent, gesellig, hart arbeitend und **warm** –, so entsteht ein deutlich unterschiedliches Persönlichkeitsbild. Die Dimension „kalt-warm“ ist offensichtlich solch ein zentrales Merkmal, das den Gesamteindruck sehr stark bestimmt.

Im Zusammenhang mit impliziten Persönlichkeitstheorien ist auch der **Halo-Effekt** (Hof- oder Heiligenscheineffekt) zu sehen.

Der Halo-Effekt umschreibt das Phänomen, daß aufgrund eines hervorstechenden Merkmals einer Person andere Merkmale so wahrgenommen werden, daß sie ein stimmiges Bild ergeben.

Jeder kennt Beispiele wie etwa das des Schülers, dessen sehr gute Leistungen in einigen Fächern auf die Beurteilung von Leistungen in anderen Fächern wie ein Heiligenschein ausstrahlen.

Beurteilung von Individuen Bei der Beurteilung von Personen ist zu fragen, welche Merkmale dabei verwendet werden, welchen Effekt sukzessive neue Informationen haben und wie es um die Genauigkeit der Personenwahrnehmung bestellt ist.

Merkmale der Bewertung Läßt man die Probanden Charakteristika von Personen beschreiben, so sind es vor allem **soziale und intellektuelle** Merkmale (man spricht auch von Bewertungsdimensionen), die verwandt werden. Soziale Merkmale sind Eigenschaften wie warmherzig, ehrlich, tolerant, gesellig, hilfsbereit. Intellektuelle Merkmale sind Eigenschaften wie intelligent, fleißig, bestimmt, beharrlich. Diese Merkmale hat man sich jeweils mit positiven und negativen Polen vorzustellen.

Reihenfolge der Informationen Die Frage, ob der erste Eindruck wirklich der beste ist, kann allgemein nicht eindeutig entschieden werden.

Häufig besteht ein „**primacy effect**“, d. h., der erste Eindruck bestimmt meine weitere Wahrnehmung und mein weiteres Verhalten. Der „**primacy effect**“ scheint im allgemeinen stärker zu sein als der „**recency effect**“, d. h. der Einfluß der jüngsten Information.

Spätere Informationen haben es in der Regel schwerer, gegen die Anfangsinformationen korrigieren zu können.

rend anzukommen. Allerdings konnte z. B. gezeigt werden, daß der erste Eindruck durch eine kurze Interaktion revidiert wird: Während Brillenträger zunächst als intelligenter eingestuft wurden als Nichtbrillenträger, verlor sich der Unterschied, nachdem man sie kurze Zeit in einer Interaktion erlebt hatte (Argyle, 1979). Insgesamt allerdings scheint der erste Eindruck doch der stärkste und am längsten wirksame zu sein.

Genauigkeit der Beurteilung Als **Empathie** wird die Fähigkeit bezeichnet, sich in eine andere Person hineinzufühlen. Die Frage, ob es individuelle Unterschiede in dieser Fähigkeit gibt, ist nicht eindeutig geklärt. Bisher ist es nicht gelungen, einen validen „Test für Menschenkenntnis“ zu entwickeln. Allerdings existiert ein Verfahren, in dem die Sensitivität für nonverbale Signale geprüft wird (Rosenthal, Hall, DiMatteo, Rogers und Archer, 1979), nicht jedoch, inwieweit man Persönlichkeitsmerkmale richtig erkennen kann. In dem Test für nonverbale Sensitivität schneiden weibliche Probanden in der Regel besser ab als männliche Probanden.

Sympathie – Antipathie Eine wesentliche Rolle im Umgang miteinander spielt die Sympathie oder die Antipathie, die man füreinander empfindet. Eine Reihe von Faktoren wurde bisher ermittelt, die diese Bewertungen beeinflussen. So finden sich solche Individuen gegenseitig sympathischer, die beim anderen **ähnliche Einstellungen und Neigungen** vermuten. Andererseits finden sich auch solche Personen zusammen, die sich in ihren unterschiedlichen Bedürfnissen ergänzen. Hier träfe die Hypothese der **Komplementarität der Bedürfnisse** zu. Sowohl für die Aussage „Gleich und gleich gesellt sich gern“ als auch für ihr Gegenteil „Gegensätze ziehen sich an“ lassen sich offensichtlich Belege finden.

Ein wesentliches Element für die Sympathie scheint unabhängig davon die wechselseitige Verstärkung zu sein, d. h. die Möglichkeiten, einander zu belohnen.

Eine ähnliche Einstellung, die man dem anderen mitteilt, kann dabei z. B. als „Belohnung“ im Sinne einer Bestätigung wirken.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß offensichtlich die **Abfolge** der Belohnungen und Bestrafungen eine Rolle spielt. So wird jemand positiver bewertet, der einen zunächst tadelt und dann

lobt (Gewinn an Belohnung) als derjenige, der einen die ganze Zeit lobt. Umgekehrt wird derjenige am negativsten bewertet, der sich zunächst positiv und anschließend negativ äußert (Verlust der Belohnung; Aronson und Linder, 1965).

Die **Attraktivität** einer Person, d. h. die Anziehungskraft, die sie auf andere ausübt, und damit ihre Sympathiewirkung hängt von verschiedenen Faktoren, wie Aussehen, Persönlichkeitseigenschaften, aktuelles Verhalten etc. ab. **Kulturelle Normen** bestimmen in hohem Maße, welches Aussehen als „schön“ oder attraktiv gilt. Solche Normen können sich, wie jeder weiß, im Laufe der Zeit sehr stark ändern.

Klinisch bedeutsam werden solche Idealvorstellungen von Schönheit dann, wenn Personen sich selbst oder auch nur bestimmte Körperteile als extrem häßlich, d. h. als zu weit von der Norm abweichend erleben. So wurde in jüngerer Zeit bei Frauen eine Zunahme von Eßstörungen, wie der **Bulimie** (Freßanfälle mit nachfolgendem Erbrechen) beobachtet. Dies hat zu verschiedenen Spekulationen bezüglich sozialer Ursachen dieses Phänomens geführt. Eine Vermutung geht davon aus, daß zwischen dem Schönheitsideal, wie es sich etwa aus Frauenzeitschriften und sogenannten Herrenmagazinen ableiten läßt, und dem tatsächlichen Durchschnittsgewicht, das wesentlich höher liegt, eine erhebliche Diskrepanz besteht. Über die Jahre hinweg hat diese Diskrepanz noch zugenommen (Garner, Garfinkel, Schwartz und Thompson, 1980). Das frustrierende Erlebnis wiederholter Diätbemühungen, um dem Schlankheitsideal näher zu kommen, könnte zur Ausbildung des abnormen Eßverhaltens beitragen.

Attraktivität beim anderen wird bekanntermaßen nicht nur nach dem Aussehen, sondern auch danach beurteilt, wie man dessen Zuneigung oder persönliche Nähe zu einem selbst sieht. Weiterhin spielt der Status der anderen Person relativ zum eigenen Status eine Rolle. Verschiedene nonverbale Verhaltensweisen, wie freundlicher mimischer Ausdruck und Blickzuwendung, tragen ebenfalls zur Attraktivität bei. Selbst die Pupillengröße scheint einen Einfluß zu haben. Personen mit größerer Pupille werden als sympathischer beurteilt als solche mit enger Pupille (Argyle, 1979).

Wie bei den übrigen Aspekten der Personenwahrnehmung ist auch hier die Wechselwirkung verschiedener Faktoren zu beachten. Die physischen Eigenschaften einer Person haben z. B. einen Einfluß darauf, wie man ihre Verhaltensweisen wahrnimmt und

interpretiert. In die Wahrnehmung gehen nicht nur die objektiv erkennbaren Sachverhalte ein, sondern auch das Vorwissen des Wahrnehmenden, seine Verhaltenstheorien, aber auch seine eigenen Bedürfnisse.

6.1.3.3 Einstellungen

Jeder hat eine Vielzahl von Einstellungen gegenüber Personen, Gegenständen, sozialen Gegebenheiten, Institutionen usw. Wir haben z. B. Einstellungen zu Beamten, zu Pflanzenschutzmitteln, zur Religion. Was ist diesen Einstellungen gemeinsam, welches sind deren allgemeine Strukturen und Funktionen?

Als **Einstellung** oder **Attitüde** bezeichnet man eine Beziehung zwischen Individuum und Kategorien sozialer Stimuli wie Personen, Gruppen, Objekten, Werten, Ideen. Eine Einstellung beinhaltet **affektive**, d. h. Gefühlsaspekte, **kognitive**, d. h. Meinungsaspekte und **Verhaltensaspekte**. Diese haben sich aufgrund von Lernprozessen ausgebildet.

Einstellungen sind also nicht angeboren, sondern werden durch soziales Lernen in der Familie und in verschiedenen Bezugsgruppen erworben.

Nehmen wir als Beispiel die Einstellung zur Abtreibung. Sie umfaßt affektive Komponenten, indem sie mit deutlichen emotionalen Reaktionen verbunden ist; sie enthält weiterhin kognitive Elemente, d. h., man verbindet mit der Einstellung bestimmte Gedanken und Vorstellungen; schließlich sind Verhaltenstendenzen darin enthalten, indem man z. B. bereit wäre, für oder gegen die Legalisierung etwas zu tun, und sei es nur eine Diskussion im Freundeskreis zu führen.

Einstellungen spielen häufig auch dann eine Rolle, wenn von **Persönlichkeitsvariablen** die Rede ist: Aggressivität, Dominanz, Selbstvertrauen spiegeln jeweils Einstellungen gegenüber anderen wider, die sich unter bestimmten Bedingungen im Verhalten manifestieren.

Einstellung und Verhalten Beide Komponenten müssen nicht unbedingt übereinstimmen. So fragte in einer klassischen Untersuchung La Piere (1934) in den USA schriftlich bei Restaurantbesitzern an, ob sie bereit seien, asiatische Personen zu bewirten. 92% waren dazu **nicht** bereit. Kurz zuvor war jedoch in 99% der befragten Restaurants ein chinesisches

Paar bewirtet worden. Insgesamt lassen sich Verhaltensweisen also nur bedingt aus den Einstellungen vorhersagen. Allerdings können zwischen spezifischen Einstellungen (z. B. einer religiösen Überzeugung) und spezifischem Verhalten (z. B. Wahl von politischen Kandidaten) sehr wohl enge Beziehungen bestehen.

Beeinflussung der Wahrnehmung Je nach Einstellung bemerken wir Dinge unserer Umgebung oder nehmen sie unterschiedlich wahr.

Der Besitzer eines neuen Autos sieht plötzlich sehr viele Modelle seiner Marke. Einem ökologisch bewußten Menschen sträuben sich die Haare, wenn er den Landwirt bei der Ungeziefervernichtung beobachtet, ein Vorgang, der dem Vertreter eines Landhandelsunternehmens eher wohlwollendes Interesse entlockt.

Als **Wahrnehmungsabwehr** bezeichnet man den Vorgang, der dazu führt, daß unangenehme oder als bedrohlich empfundene Stimuli entweder verzögert oder gar nicht wahrgenommen werden.

Experimentell wurde dies untersucht, indem man verschiedene Wörter tachistoskopisch (kurzzeitig) darbot und die Erkennensleistung erfaßte. Dabei zeigte sich eine geringere Erkennensleistung bei „Tabuwörtern“ im Vergleich zu anderen Wörtern. Der Mechanismus der Wahrnehmungsabwehr ist wahrscheinlich auch dann wirksam, wenn z. B. ein starker Raucher Informationen über die negativen gesundheitlichen Konsequenzen des Rauchens nicht bemerkt.

Theorie der kognitiven Dissonanz Eine Reihe von Theorien versucht zu erklären, unter welchen Bedingungen sich einmal gebildete Einstellungen verändern. Gemeinsam gehen diese Theorien davon aus, daß die verschiedenen **Einstellungen** bei einer Person zueinander und zum Verhalten in einer **gleichsinnigen, widerspruchsfreien Beziehung** stehen. Jemand, der eine positive Einstellung zu Recht und Ordnung hat, wird wahrscheinlich auch für saubere Straßen sein und sich entsprechend verhalten, d. h. z. B. nicht schlampig gekleidet herumlaufen.

Die Gleichsinnigkeit wird als **Konsonanz, Konsistenz, Kongruenz oder Balance** bezeichnet.

Was geschieht, wenn diese Einstellungen sich widersprechen oder wenn das Verhalten nicht mit den eigenen Einstellungen übereinstimmt? Von den verschiedenen **Konsistenztheorien**, die diese Phänomene erklären, soll hier die **Theorie der kognitiven Dissonanz** von Festinger vorgestellt werden. Trotz der verschiedenen Kritikpunkte kann sie als die wohl einflußreichste gelten. Ein häufig verwendetes Beispiel zur Theorie der kognitiven Dissonanz ist der Raucher, der trotz bekannter Gefahr für die Gesundheit weiterraucht. Bei ihm sind zwei kognitive Elemente dissonant: Das Bewußtsein zu rauchen und der Gedanke, die Gesundheit zu schädigen.

Dissonanz bezeichnet nach Festinger das Verhältnis von der Anzahl dissonanter Kognitionen zur Anzahl dissonanter plus konsonanter Kognitionen.

Wie kann nun der Raucher solch eine als Spannungszustand erlebte Dissonanz auflösen?

- Das **Verhalten** kann geändert werden (Aufhören zu rauchen).
- **Kognitionen** können in ihrer Wichtigkeit geändert werden („Meine Gesundheit ist mir nicht so wichtig“).
- **Zusätzliche Kognitionen**, die das Gewicht der Dissonanz verringern, können hinzugefügt werden. („Rauchen entspannt und Entspannung ist gut für die Gesundheit“; „Ich kenne 90jährige, die immer noch rauchen“).
- **Meinung aufgeben** („Jeder muß mal sterben“).
- **Verdrängung** (Überblättern von Informationen gegen das Rauchen).

Wie jedermann leicht beobachten kann, ist die letztgenannte Möglichkeit vergleichsweise häufig, die Verhaltensänderung hingegen seltener.

Aus der Theorie der kognitiven Dissonanz lassen sich verschiedene Phänomene ableiten, die in zahlreichen Experimenten überprüft wurden (Herkner, 1983; Irlé, 1975; Baron und Byrne, 1984; Wrightsman und Deaux, 1981). Sie beziehen sich z. B. darauf, wie man einen erheblichen Aufwand für eine Sache rechtfertigt, welche Kognitionen nach Entscheidungen auftreten, welche Informationen wahrgenommen werden.

Rechtfertigung des Aufwandes Eine zunächst abgelehnte Handlung oder ein hoher Aufwand wird im nachhinein als positiv bewertet, sofern man sich freiwillig darauf eingelassen hat.

Jemand, der eine hohe Summe dafür bezahlt, um in einen exklusiven Golfclub aufgenommen zu werden, wird nachher den Club bedeutend, interessant und attraktiv bewerten. Die Wahrnehmung, daß dort letztlich doch nicht so interessante Leute zu finden sind, wäre dissonant mit der zuvor gezeigten aufwendigen Handlung. **Initiationsriten**, um in eine bestimmte Gruppe aufgenommen zu werden, führen zu einem ähnlichen Ergebnis. Solche Initiationsriten können z. B. Mutproben sein oder das Durchlaufen niedriger Stufen, wie dies in manchen studentischen Verbindungen geübt wird.

Auswahl von Informationen Man liest bevorzugt die Informationen, die mit den eigenen Einstellungen übereinstimmen. Dies führt zu dem bekannten Problem bei öffentlichen Gesundheitskampagnen, daß gerade diejenigen die Informationen und Appelle am wenigsten aufnehmen, die sie am nötigsten hätten.

Einstellungsänderungen Will man Einstellungsänderungen erreichen, so sind die zuvor genannten Bedingungen zu berücksichtigen. Es ist z. B. zu erwarten, daß **furchtauslösende Appelle** – etwa der Versuch, mit Bildern kariöser Zähne das Zahnpflegeverhalten zu verbessern – nicht sehr wirksam sind.

Die entstehende **Dissonanz** bei der Zielgruppe, die zur Verhaltensänderung führen soll, lösen die Betroffenen leichter dadurch, daß sie die Informationen ausblenden. Wirksamer sind hingegen Appelle, die die positiven Konsequenzen eines veränderten Verhaltens herausstellen.

Bei Einstellungsänderungen sind verschiedene Stufen zu unterscheiden:

- **Willfährigkeit:** Eine Meinung wird nur in Anwesenheit der Einflußperson gezeigt (Zustimmung zur Meinung des Chefs). Hier sind keine dauerhaften Verhaltensänderungen zu erwarten.
- **Identifikation mit Individuen oder Gruppen:** Das Individuum glaubt an die Einstellungen und Handlungen, die es als Resultat der Identifikation annimmt. (Patient, der nach den Erwartungen des Arztes handelt; Übernahme von Einstellungen einer Selbsthilfegruppe, wie z. B. die Anonymen Alkoholiker).

- **Internalisation:** Ein Einfluß wird akzeptiert, da er in Übereinstimmung mit den eigenen Werten steht. Die Einstellung an sich wirkt belohnend.

In den beiden letztgenannten Fällen ist mit dauerhaften Verhaltensänderungen zu rechnen. Auch der Arzt sieht sich häufig in der Situation, beim Patienten Einstellungen verändern zu müssen. So ist es in einer Behandlung häufig nicht ausreichend, eine kurzfristige „compliance“, d. h. Zustimmung zu den vorgeschlagenen Maßnahmen zu erreichen. Vielmehr müssen häufig langfristige Veränderungen im Verhalten und in der Einstellung zur Gesundheit erreicht werden.

Besonders für die Verhaltensänderung ist mit dem Auftreten von **Reaktanz** (Brehm) zu rechnen.

Reaktanz oder Widerstand tritt dann auf, wenn bisher frei verfügbare Verhaltensweisen eliminiert werden sollen oder bedroht sind.

Wenn man dem Patienten rät, mehr Sport zu treiben, so schränkt man durch diesen Vorschlag seine Wahlfreiheit ein: Er **muß** mehr Sport treiben, statt andere Dinge zu tun. Die daraus resultierende Reaktanz kann dazu führen, daß er offen oder nur für sich selbst eine Reihe von Gründen entwickelt, die ihn daran hindern, dieser Aufforderung nachzukommen.

Ziel für eine Verhaltensänderung muß es daher auch sein, dem Patienten eine Wahlfreiheit zu lassen, d. h. ihn zu einer freien Entscheidung zu führen.

Daß dies durch angemessene Gesprächsführung gefördert werden kann, bedarf kaum der Erwähnung. Zu berücksichtigen ist, daß für Einstellungen nicht die Gesetze der Logik gelten müssen, sondern daß sie ihrer eigenen „Psycho-Logik“ folgen. Über sieht man dies, so kann es leicht geschehen, daß man gerade die Personen nicht erreicht, bei denen man Veränderungen erreichen möchte.

6.1.4 Gruppendynamik

Als ein „social animal“ erfährt der Mensch durch die Gruppen, in denen er lebt, seine Identität; Gruppen bilden für ihn die Realität, an der er seine Wahrnehmungen und Bewertungen orientiert.

Das Bedürfnis nach Zusammenschluß (**Affiliation**) wird als ein wesentliches Motiv für die Bildung von Gruppen angesehen. Besonders in angstauslösenden Situationen nimmt der Wunsch nach Geselligkeit zu. Ein weiteres Motiv ist sicherlich auch in dem Bedürfnis nach **sozialer Anerkennung**, nach Leistung und Leistungsvergleich zu sehen. Wir können Anerkennung nur von anderen in einer Gruppe gewinnen und dabei unser Selbstwertgefühl und eine eigene Identität entwickeln. Die Leistungen wiederum können durch die Gruppe gefördert werden, auch dadurch, daß man die eigene Leistung mit derjenigen der anderen Individuen vergleicht.

In der Gruppendynamik geht es um die Fragen:

- wie sich Gruppen bilden,
- welche Strukturen bestehen und wie sie die Gruppenprozesse beeinflussen,
- welche Position der einzelne in der Gruppe hat,
- welchen Einfluß die Gruppe auf den einzelnen hat,
- wie effizient Gruppen arbeiten.

Als Gruppe bezeichnet man eine Mehrzahl von Personen, die sich wechselseitig beeinflussen, die gemeinsame Richtlinien für ihr Verhalten haben, deren Rollen differenziert sind und die ein Wir-Gefühl verbindet.

Personen, die zwar räumlich beieinander sind, aber nicht interagieren, werden als **Menge** (z. B. Warteschlange) bezeichnet; eine aktivierte, gefühlsmäßig engagierte Menschenansammlung als **Masse** (Zuschauer beim Fußball).

Man unterscheidet verschiedene Gruppenarten: Eine **formelle Gruppe** wird aufgrund äußerer Bedingungen gebildet, eine **informelle Gruppe** aufgrund von Sympathie. Eine **primäre Gruppe** ist gekennzeichnet durch langdauernden, intensiven Kontakt, z. B. in der Familie, eine **sekundäre Gruppe** durch gemeinsame Ziele. Eine **Bezugsgruppe** ist eine Gruppe, aus der die Individuen ihre Normen, Einstellungen und Verhaltensweisen beziehen (z. B. politische Gruppen).

6.1.4.1 Phasen der Gruppenbildung

Eine Gruppe ist kein statisches Gebilde, sondern ein sich stetig ändernder Organismus. Das **Entstehen einer Gruppe** wurde um 1950 exemplarisch von Sherif in einem Ferienlager untersucht, an dem Jun-

gen teilnahmen, die sich vorher nicht kannten. Zunächst fand ein Kennenlernen statt, und spontane Freundschaften wurden geschlossen. Aufgrund einer soziometrischen Befragung wurden nach 4 Tagen zwei getrennt wohnende Gruppen gebildet. Innerhalb weniger Tage entwickelte jede Gruppe für sich einen intensiven Zusammenhalt, der mit einem „Wir-Gefühl“ verbunden war. In den darauffolgenden Tagen, einer „Rivalitätsphase“, wurden Wettkämpfe ausgetragen, Aggressivität trat auf. Im Autostereotyp bezeichneten sich die Gruppen als mutig, ausdauernd, ordentlich, während sie das Heterostereotyp als hinterlistig, spielverderberisch, unsauber beschrieben. In einer letzten „Integrationsphase“ kam es zu einer Rückgliederung in die Großgruppe, gefördert durch eine gemeinsame Not: Der Wasserwagen war (unter Mithilfe des Versuchsleiters) defekt und die Wasserversorgung war neu zu organisieren.

Nach Tuckman (1965) lassen sich 4 **Phasen der Gruppenbildung** beobachten:

1. **Formierung:** Die Gruppenstruktur bildet sich aus, die Mitglieder wissen noch nicht, was als Verhalten akzeptiert wird. Hinsichtlich der Gruppenaufgabe werden Ziele definiert, Regeln aufgestellt und angemessene Methoden diskutiert.
2. **Konfliktphase:** Diese Phase zeichnet sich durch Konflikte zwischen den Teilgruppen aus. Es finden Rebellionen gegen den Gruppenführer statt, Meinungen polarisieren sich, es wird Widerstand gegen die Gruppenkontrolle praktiziert. Gegenüber der Aufgabe wird emotionaler Widerstand ausgedrückt.
3. **Normierung:** Es entwickelt sich ein Gruppenzusammenhalt, Normen entstehen, ebenso ein Gruppengefühl. Hinsichtlich der Aufgaben wird zunehmend kooperiert. Ansichten und Gefühle werden offen ausgetauscht.
4. **Arbeitsphase:** Die Gruppenstruktur dient in dieser Phase der Aufgabenbewältigung. Die Rollen sind flexibel und funktional. Für die gestellte Aufgabe entwickeln sich Problemlösungen. Diese Phase ist die Hauptarbeitsperiode.

Dieser idealtypische Ablauf ist in der Realität häufig verändert. So werden verschiedene Phasen mehrfach durchlaufen. Schlecht funktionierende Gruppen können auch gänzlich in der Konfliktphase stecken bleiben. Zu beachten ist, daß sich Normen und Rollen immer wieder neu entwickeln

können und daß auch hier keine starren Eigenschaften gegeben sind.

6.1.4.2 Gruppenstruktur

Als **Gruppenstruktur** bezeichnet man das **Geflecht von Beziehungen** zwischen den einzelnen Individuen. In Institutionen findet man **gleichzeitig formelle (Dienstweg) und informelle (Bündnisse usw.) Strukturen**. Gruppenstrukturen zeichnen sich durch ihren hierarchischen **Aufbau aus. Hierarchie** bedeutet hierbei, daß **bestimmte Personen durch spezifische Funktionen herausgehoben sind**.

Das Ausmaß der Hierarchie kann dabei in den einzelnen Gruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. In einem Krankenhaus, in dem man eine „Aufsteigerhierarchie“ sehen kann, finden sich nach Hofstätter (1957) in der Regel Bündnisse zwischen den verschiedenen Ebenen in alternierender Reihenfolge (Abb. 6.1-4). Der Oberarzt hat z. B. bessere Kontakte zum Assistenzarzt als zum Stationsarzt, der seinerseits mit der Oberschwester besser zurechtkommt usw. Bündnisse zwischen weiter entfernt liegenden Positionen sind offensichtlich weniger konfliktträchtig als zwischen nahe liegenden Positionen.

Allgemein beziehen sich Gruppenstrukturen auf die Dimensionen:

1. **Affektive Bewertung (Evaluation)** (Wer mag wen),
2. **Macht (Potenz)** (Wer ist wem übergeordnet),
3. **Status** (Wer ist wie hoch angesehen),
4. **Kommunikation (Aktivität)** (Wer hat mit wem zu tun).

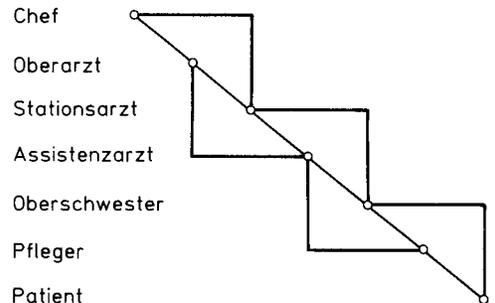


Abb. 6.1-4. Bündnisse in einer Aufsteigerhierarchie nach Hofstätter (1957)

Mit der von Moreno in den 50er Jahren entwickelten **Soziometrie** lassen sich Gruppenstrukturen erfassen und darstellen: Es wird z.B. gefragt, mit wem aus der Gruppe man am liebsten zusammenarbeiten möchte oder mit wem man am liebsten in Urlaub fahren möchte. Die erste Frage zielt auf Aufgabenbewältigung, die zweite Frage auf die persönlichen Zuneigungen. Dargestellt werden die gegenseitigen Wahlen, teilweise auch die Ablehnungen in einem **Soziogramm**. Die Abb. 6.1-5 beschreibt eine Gruppe, in der gleichzeitig verschiedene Positionen einzelner Individuen markiert sind.

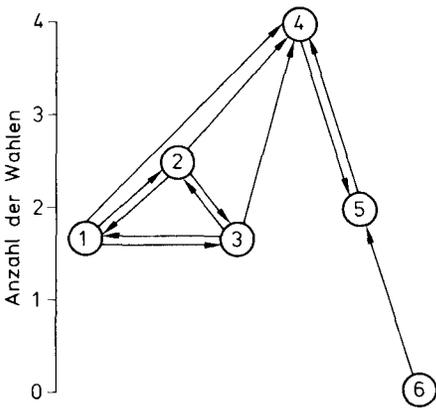


Abb. 6.1-5. Soziogramm

Die Individuen 1, 2 und 3 bilden eine **Clique**, die sich durch wechselseitige Wahlen auszeichnet. Keine Wahl erhielt Individuum 6, der **Außenseiter**. Die meisten Wahlen vereint Individuum 4 auf sich, der **Führer** oder **Star**. Die **Graue Eminenz**, Individuum 5, und der **Führer** wählen sich gegenseitig.

Allgemein werden solche Personen gewählt:

- mit denen größere Möglichkeiten zur Interaktion bestehen,

- die sozial erwünschte Eigenschaften haben,
- die einem ähnlich sind,
- von denen man annimmt, daß sie einen selbst wählen.

Der Wahlstatus sagt nicht unbedingt etwas über die **Macht** des Individuums aus („Graue Eminenz“). Eine mächtige oder populäre Person kann durchaus von wenigen Personen gewählt werden, sofern nur diejenigen, die sie wählen, wiederum von vielen gewählt werden.

Die Analogie von Gruppenstruktur und „**Hackerordnung**“ auf dem Hühnerhof liegt nahe. Allerdings zeichnen sich nicht nur beim Menschen, sondern auch im Tierreich Gruppen dadurch aus, daß sich je nach den augenblicklichen Aufgaben Strukturen und Rollenverteilungen ändern können. Hierarchien sind also flexibel, sofern sie nicht institutionell festgelegt werden.

Die Interaktions- oder Kommunikationsstruktur innerhalb einer Gruppe beeinflusst sowohl die **Leistung** als auch die **Zufriedenheit**. Leavitt (1951) untersuchte verschiedene Muster von Interaktionsnetzen (Abb. 6.1-6).

Es zeigte sich, daß bei komplexen Aufgaben die Zufriedenheit und Effizienz besser sind, wenn möglichst breite Kommunikation gegeben ist. Das Rad als eine Struktur, in der eine Person in der Mitte die Information an die Peripherie verteilt, erwies sich in diesem Sinne als nicht günstig. Kreis oder vollständige Kommunikationsmöglichkeiten waren hier wirksamer.

6.1.4.3 Position des Individuums in der Gruppe

Sobald eine Person Teil einer Gruppe wird, nimmt sie eine bestimmte **Position und Rolle** ein. Diese Rolle ist zunächst noch unscharf, wird aber bald gefestigt.

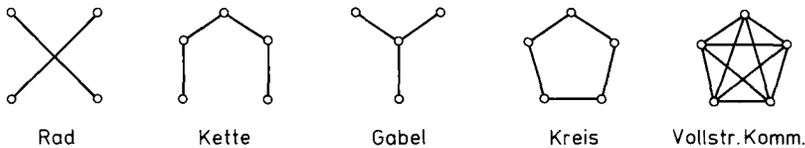


Abb. 6.1-6. Beispiele von Interaktionsnetzen

Position und Rolle stecken den Rahmen ab, in dem das Individuum sich in seinem Handeln bewegen kann.

Die Rolle, in der man sich selbst sieht, muß nicht notwendigerweise mit derjenigen übereinstimmen, die einem andere Personen zuweisen, obwohl dies meist der Fall ist. Bewegt sich ein Verhalten sehr stark außerhalb der Rolle, dann versucht die Gruppe über Sanktionen zu erreichen, daß die Person sich wieder entsprechend den Rollenerwartungen verhält. Die verstärkte Aufmerksamkeit kann dabei durchaus dazu führen, daß dieses nicht rollenkongforme Verhalten zunächst häufiger gezeigt wird. Tritt dies über längere Zeit und zu stark auf, so wird die Gruppe ihre Bemühungen aufgeben und versuchen, diese Person auszuschließen. Durch die Soziometrie lassen sich die Positionen einzelner Individuen in der Gruppe ermitteln.

Als **Rolle** bezeichnet man ein Muster von Verhaltenserwartungen, über die die **Funktion des Individuums** in der Gruppe bestimmt wird (z. B. Rolle der Schwester im Krankenhaus).

Die Rolle beschreibt auch die Form und die Art der Beziehungen zu anderen (z. B. Vaterrolle, Lehrer). Häufig ergänzen sich Rollen (Lehrer – Schüler, Arbeitgeber – Arbeitnehmer, Arzt – Patient). **Rollenkonflikte** können entstehen, wenn eine Person gleichzeitig verschiedene Rollen einnimmt (Chef – Vaterrolle). Die Rolle ist mit bestimmten Erwartungen verbunden, die der Rolleninhaber zu erfüllen hat. Solche Erwartungen sind weitgehend von dem gesellschaftlich-kulturellen Rahmen geprägt, in dem die einzelnen sich bewegen.

Nach Beckmann (1976) sind für Patienten typisch die Rollen als Ängstlich-Abhängiger, Organkranker, Unmündiger, Übergesunder, Arztmeidender. Typische Arztrollen sind beispielsweise die des Organmediziners, des Sachlichen, des Helfenden, des Ambivalenten, des Überidentifizierten.

Rollen sind wie die Gruppen selbst keine statischen Merkmale, sondern sich ändernde Funktionen, abhängig von den eigenen Erwartungen, vor allem aber von den Erwartungen der sozialen Umgebung.

Der Status kennzeichnet den Wert einer Person, so wie er durch eine Gruppe oder Klasse anderer Personen eingeschätzt wird.

Der Begriff Status ist eng verknüpft mit **Macht, Anerkennung, Einfluß**. Auch bei geringen Statusunterschieden, z. B. bei Geschwistern, werden minimale Differenzen wahrgenommen. In großen Institutionen werden häufig „Insignien“ verwendet, um solche Unterschiede sichtbar zu machen: ein Teppich im Zimmer, ein etwas größerer Schreibtisch usw.

Das Konzept des Status zeigt starke Überschneidungen mit dem der Rolle, wobei letzteres breiter gefaßt ist. Änderungen in Status und Rolle werden von den betroffenen Individuen häufig als belastend erlebt. Gemildert werden solche Schwierigkeiten durch **Rituale**, mit denen die Gesellschaft den **Rollenwechsel** erleichtert. Hochzeit, Gelöbnisse usw. haben solche Funktionen. Für unser Selbstverständnis und unsere Identität ist es notwendig, daß wir bestimmte Rollen innehaben. Dabei scheint ein sehr niedriger Status innerhalb einer Gruppe immer noch erstrebenswerter zu sein als gar keiner Gruppe anzugehören.

Einfluß der Gruppe auf den Einzelnen. Es ist nachgewiesen, daß allgemein mehr Furcht besteht, vor einer größeren Gruppe zu sprechen als vor Dunkelheit, Krankheit und manchmal sogar vor dem Tod. Andererseits findet man auch leistungssteigernde Effekte der Gruppe, wenn zahlreiche Beobachter anwesend sind (Athleten und z. B. Schauspieler berichten davon). Hinsichtlich **fördernder und hemmender Effekte** der Gruppe auf den Einzelnen bestehen offensichtlich erhebliche individuelle Unterschiede.

Vor allem bei wenig beherrschten Verhaltensweisen scheint die leistungshemmende Wirkung der Gruppe zu überwiegen. Bei überlerntem, d. h. vollständig beherrschtem, automatisiertem Verhalten tritt dagegen eine Leistungssteigerung ein.

Vor einer großen Gruppe über einen neu erlernten Prüfungsstoff gefragt zu werden, wirkt sich also meist leistungshemmend aus.

Auf die Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen übt die Gruppe einen normierenden Einfluß aus.

Normen geben dem Einzelnen eine Orientierung für „**konformes**“ Verhalten. Daß diese Normierung selbst unsere visuelle Wahrnehmung beeinflusst, läßt

sich experimentell nachweisen. Sherif (1936) benutzte dazu das „autokinetische Phänomen“: Ein schwacher Lichtpunkt im dunklen Raum scheint sich nach wenigen Sekunden zu bewegen. Verschiedene Beobachter nehmen dabei unterschiedliche Richtungen und Distanzen der Bewegung wahr. Im Einzelversuch konvergieren die individuellen Schätzungen der Abweichungen auf einen individuell jeweils verschiedenen, aber konsistenten Mittelwert hin. Läßt man anschließend die Schätzungen in der Gruppe vornehmen, so gleichen sich die Werte nahe einem gemeinsamen Normwert an. Die Gruppe liefert offensichtlich auch für diese Wahrnehmungstäuschung ein stabiles **Bezugssystem**.

Auf Meinungen und soziale Urteile wirkt die Gruppe in Richtung einer größeren **Konformität**. Wenn ein Individuum in eine Situation gebracht wird, in der es gegenüber der Gruppe eine zunächst abweichende Meinung vertritt, so besteht langfristig die Tendenz, der Gruppenmeinung nachzugeben. Experimentell wurde dieses Phänomen von Asch (1956) nachgewiesen, indem er von Versuchspersonen in einer Gruppe nacheinander laut Längenschätzungen abgeben ließ. Die Aufgabe bestand darin, eine Stimuluslinie mit jeweils 3 Kriteriumslinien zu vergleichen. Von diesen Kriteriumslinien entsprach eine eindeutig dem Stimulus, während die 2 anderen offensichtlich in ihrer Länge stark abwichen. Der Konformitätsdruck wurde dadurch erzeugt, daß von den 9 Personen der Gruppe 8 instruiert waren, gemeinsam falsche Urteile einzustreuen. Inmitten dieser instruierten Gruppe saß die „naive“ Versuchsperson.

Es zeigte sich, daß ein erheblicher Teil der „naiven“ Versuchspersonen ihre Urteile den falschen Urteilen der Gruppe angleichen, obwohl die Längen der Linien eindeutig zuzuordnen waren. Allerdings finden sich auch hier **individuelle Differenzen**: Personen mit starkem Selbstvertrauen oder Personen, die unter dem Druck stehen, Individualität beweisen zu müssen, geben dabei seltener nach. Umgekehrt konnten in anderen Situationen auch Einflüsse einer instruierten Minderheit auf die „naive“ Mehrheit nachgewiesen werden.

Vor einer Wertung, ob dies oder jenes Verhalten richtig ist, sollte man folgendes bedenken: Sowohl ein autonomes Urteil als auch eine Orientierung an den Erfahrungen der Gruppe ist wesentlich für das Überleben der Art. Denn schließlich vereinigt die Gruppe mehr Informationen in sich als ein einzelnes Individuum.

Folgendes Beispiel aus der Medizin soll verdeutlichen, daß stellvertretende Erfahrungen unsere wichtigste Entscheidungsgrundlage im Alltag bilden; vollständig autonome Urteile sind eher selten. Will ein Arzt die Wirksamkeit eines Medikamentes beurteilen, so greift er auf den „Waschzettel“, vielleicht auch auf Originalliteratur zurück. Auf Fortbildungen unterhält er sich zudem mit Kollegen über deren Erfahrungen. Es sind dies sämtlich stellvertretende Erfahrungen seiner Referenzgruppen: Pharmaforschungsinstitutionen und Kollegen. Er wird wahrscheinlich auch seine eigenen Erfahrungen sammeln. Da sie notwendigerweise sehr selektiv sind, wird er sich jedoch hoffentlich nicht nur auf diese Erfahrungen stützen, sondern auch die Wahrnehmungen der Referenzgruppe benutzen. Wie aus zahlreichen Alltagsbeispielen bekannt ist, können Gruppen zu falschen oder nachteiligen Urteilen gelangen. In diesen Fällen bleibt es notwendig, sein eigenständiges, nicht konformes Urteil zu bewahren.

Deindividuation Auf ein Gruppenphänomen soll hier hingewiesen werden, das erklären kann, warum Personen aus einer Gruppe heraus aggressiv und sadistisch handeln, in einer Weise, die sie ansonsten vollständig ablehnen würden. Die Gruppe bietet ganz allgemein Schutz und führt schon von daher zu höherer **Risikobereitschaft** beim Einzelnen. Schafft man nun solche Bedingungen, daß der einzelne **anonym** ist, d. h. nicht mehr als Individuum erkennbar, so erleichtert dies das Verhalten, Individuen aus einer fremden Gruppe nicht mehr als Menschen zu achten, sondern nur noch als Objekte zur unkontrollierten Aggressionsentladung.

Ein Gefängnisexperiment von Haney, Banks und Zimbardo (1973; Bierbrauer, 1983), an dem Studenten als „Wärter“ und „Gefangene“ teilnahmen, mußte aufgrund solcher Verhaltensentwicklungen während der Untersuchung abgebrochen werden. In der Untersuchung waren die Personen namenlos, die „Wärter“ waren zusätzlich durch Sonnenbrillen unkenntlich gemacht, die „Gefangenen“ durch Papierkapuzen. Nach wenigen Tagen schikanierten die „Wärter“ die Gefangenen so sehr, daß das Experiment nicht weitergeführt werden konnte. Nicht ohne Grund wählen offensichtlich Gruppen wie der Ku-Klux-Klan Verkleidungen, die die Anonymität sicherstellen und gleichzeitig die Zugehörigkeit zur Gruppe deutlich erkennen lassen.

Autoritätsgehorsam In diesem Zusammenhang ist auch die Frage zu stellen, welche Bedingungen einen braven Bürger veranlassen können, auf einen Befehl hin andere zu verletzen, zu quälen, ja unvorstellbare Grausamkeiten an unschuldigen Männern, Frauen und Kindern zu begehen.

In seinen klassischen Experimenten, die später vielfach auch kritisch diskutiert wurden, zeigte Milgram (1974), daß in einer einfachen **Autoritätssituation** normale, unauffällige Erwachsene Gehorsam zeigen, wenn man sie auffordert, andere mit Elektroschocks für nichtige Fehler zu bestrafen. Freiwillige Versuchspersonen sollten in einem vorgeblichen Lernexperiment entweder „Schüler“ oder „Lehrer“ sein. Tatsächlich war das vorgeschaltete Losverfahren präpariert. Der naiven Versuchsperson wurde immer die Lehrerrolle zugewiesen, während eine instruierte Person den Schüler spielte. Dieser Schüler sollte nun vom Lehrer für Fehler in einer lernexperimentellen Aufgabe durch elektrische Schläge bestraft werden. Die Stromstärke war dabei auf Anweisung des Versuchsleiters sukzessive bis auf 450 Volt zu steigern. Der Schüler bekam diese Schläge tatsächlich nicht, sondern schauspielerte die Schmerzen. So rief er bei 150 Volt z. B. nach dem Versuchsleiter, er möge ihn aus dem anliegenden Versuchsraum herausholen. Bis 300 Volt war zunehmend qualvolles Schreien zu vernehmen, bei 450 Volt schließlich war vom „Schüler“ nichts mehr zu hören. Zögerte der Lehrer oder wollte er nicht mehr weitermachen, so wies ihn der Versuchsleiter mit Worten wie, „Sie müssen unbedingt weitermachen“ zurecht.

Das erschreckende, von Psychologen, Psychiatern und Laien nicht erwartete Ergebnis war, daß 63% der Versuchspersonen bis zur maximalen Schockstärke gingen. Auf dem Gerät stand hierzu nach der vorangehenden Angabe „Gefahr! Bedrohlicher Schock“ nur noch die Markierung „xxx“. Der Durchschnitt der Schockstärke, bis zu der die Versuchspersonen mitmachten, betrug immerhin 367 Volt. Zahlreiche Versuchspersonen zeigten in der Situation **Anzeichen starker Belastung und extremer Konflikte**, wie Zittern, Schwitzen, nervöses Lachen. Sie machten auf Anweisung des Versuchsleiters dennoch weiter.

Hinzuweisen ist noch auf zwei wichtige Randbedingungen des Gehorsams: räumliche Nähe zum Opfer und individuelle Differenzen. Hinsichtlich der **räumlichen Nähe** zeigte sich, daß Personen um so mehr bereit sind, das Opfer zu quälen, je weiter es räumlich entfernt ist. Hingegen weigern sich Per-

sonen weitaus früher, den Versuch fortzusetzen, je näher das Opfer ist und je unmittelbarer sie die Leiden wahrnehmen. Hier sinkt der Anteil völlig gehorsamer Personen von 65% auf 30%.

Individuelle Unterschiede hinsichtlich des Gehorsams lassen sich folgendermaßen charakterisieren (Milgram, 1974, S 233 ff.): Gehorsame hatten im Vergleich zu Ungehorsamen signifikant höhere Werte in der **Autoritätsskala** (F-Skala von Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson und Sanford, 1950); sie hatten als Mannschaftsgrade länger beim Militär gedient. Dies traf nicht für Offiziere zu, die ungehorsamer als Mannschaftsdienstgrade waren. Gehorsame waren weniger gebildet und eher jünger. Gehorsame fanden sich eher in technisch-naturwissenschaftlichen als in geisteswissenschaftlichen und sozialen Berufen. Hinsichtlich ihrer Gehorsamsbereitschaft bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern. In einer Wiederholung des Experimentes (dessen Aufzeichnung beim Institut für wissenschaftlichen Film, Göttingen, entlichen werden kann) zeigten deutsche Versuchspersonen ähnliche Ergebnisse wie die amerikanischen.

Die Experimente wurden vielfach wegen ihrer ethischen Bedenklichkeit kritisiert (Günther, 1987). Schließlich war den Versuchspersonen von vornherein nicht klar, auf was sie sich einließen. Die Skepsis gegenüber psychologischen Experimenten wurde bestärkt, so daß in der Folge ethische Richtlinien neu und schärfer formuliert wurden. Von den Ergebnissen dieses Experiments ging aber auch eine breite Diskussion über den Autoritätsgehorsam und seine Folgen aus. Nicht zuletzt erklärte es über den Mechanismus des Autoritätsgehorsams Phänomene wie die Grausamkeiten des Faschismus.

Diese Untersuchung sollte darüber hinaus für jeden Anlaß sein, das eigene Handeln von solchen Einflüssen nicht auszunehmen. Schließlich nahmen die Versuchspersonen nur an einer Untersuchung teil. Der einzige Nachteil für einen Ungehorsam wäre ein verärgerter Versuchsleiter gewesen. Wie sähen die eigenen Reaktionen aus, wenn stärkere Sanktionen zu erwarten wären oder wenn man sich entschuldigen könnte, daß das Opfer z. B. nur wenig Pein erleidet. Hochmut über zu wenig couragierte Versuchspersonen im Experiment erscheint nicht angebracht.

Wenn hier die negativen Effekte sozialer Prozesse besonders deutlich wurden, so sollte man doch die positiven Einflüsse nicht übersehen. Denn wie bei jeder **hochwirksamen Einflußgröße**, seien es Sub-

stanzen oder soziale Gegebenheiten, können sie zum **Schaden und zum Nutzen** eingesetzt werden. So wie eine vollständige Autonomie des Menschen von der sozialen Umgebung weder denkbar noch wünschenswert ist, so sollte man sich aber auch der beschränkenden und gefährlichen Effekte solcher Einflüsse bewußt sein.

6.1.4.4 Gruppenprozesse

Auf verschiedene Vorgänge innerhalb von Gruppen und zwischen verschiedenen Gruppen wurde bereits eingegangen. Auf praktische Konsequenzen wie etwa die Verwendung gruppentheoretischer Konzepte in familiendynamischen Therapien kann hier aus Platzgründen nur verwiesen werden.

Führungsstil Einen wesentlichen Anteil an der Leistung und der Zufriedenheit der Gruppe hat die Art des Interaktionsstils. Besonders für den Führungsstil ist dies untersucht worden. Man unterscheidet dabei den **autokratischen**, den **demokratischen** und den **Laisser-faire-Stil**. Es zeigt sich, daß der Laisser-faire-Stil sowohl die **Effizienz** als auch die **Zufriedenheit** der Gruppe negativ beeinflußt. Je nach Art der Aufgabenstellung erweisen sich der autokratische und der demokratische Stil überlegen: Bei routinemäßigen Aufgaben scheint der autokratische Stil zu besserer Leistung zu führen. Bei komplexen Aufgaben ergab sich sowohl höhere Zufriedenheit als auch höhere Leistung unter einem demokratischen Führungsstil (Lewin, Lippit und White, 1939). Die **Gruppengröße** scheint hierbei eine zusätzliche Rolle zu spielen. Während Personen mit autokratischem Führungsstil in kleinen Gruppen als Führer abgelehnt werden, sind sie in großen Gruppen akzeptiert (Vroom, 1964).

Interaktionsdiagnostik Den Beitrag des Einzelnen in Wechselwirkung mit dem Handeln der anderen Personen in der Gruppe will die Interaktionsdiagnostik feststellen. Dieser Beitrag läßt sich aus den Beziehungsstrukturen ablesen, so wie sie in einem Soziogramm erfaßt werden, aber auch aus dem Verhalten, so wie es direkt beobachtet werden kann. Verschiedene **Beobachtungsverfahren** wurden entwickelt, die es ermöglichen sollen, das Verhalten zu beschreiben und zu kategorisieren (Faßnacht, 1979). Dabei soll das jeweilige Verfahren eine möglichst **objektive Erfassung** ermöglichen, d. h., eine hohe **Reliabilität** (s. Kap. 10) zwischen unabhängigen

Beobachtern gewährleisten. Denn individuelle Sichtweisen, Vorerfahrungen, implizite Persönlichkeitstheorien beeinflussen zu leicht die Wahrnehmung und mindern die Reliabilität. Dies ist z. B. bei freien Beschreibungen sehr stark der Fall, während durch **Kategoriensysteme** solche Fehler minimiert werden.

Die Interaktionsprozeß-Analyse von Bales (1965; Orlik und Schneider, 1978) soll hier als eines der bekanntesten und am breitesten einsetzbaren Kategoriensysteme zur Beobachtung des interaktiven Verhaltens exemplarisch beschrieben werden. Dieses Kategoriensystem erlaubt nicht nur eine Analyse der verbalen und nonverbalen Interaktion, sondern auch der offenen und verborgenen Beziehungen zwischen Mitgliedern einer Gruppe.

Beobachtet wird das Verhalten, das eine Person in einer Gruppendiskussion zeigt, nach 12 Kategorien (Tabelle 6.1-2). Die Probleme, die für den Gruppenprozeß relevant sind, liegen sowohl im sozial-emotionalen Bereich (Tabelle 6.1-2a-b) als auch im Aufgabenbereich (Tabelle 6.1-2c-d). Im **sozial-emotionalen Gruppengeschehen** geht es darum, die einzelnen Mitglieder zu integrieren, mit Spannungen der Gruppe fertig zu werden und zu Entscheidungen zu gelangen. Im **Aufgabenbereich** geht es um Kontrolle, d. h. mögliche Wege des Vorgehens vorzuschlagen oder zu erfragen, um Bewertung, d. h. Wünsche oder Gefühle auszudrücken oder zu erfragen, zu analysieren etc., und um Orientierung, d. h. zu informieren, wiederholen und zu bestätigen.

Während der sozial-emotionale Bereich die positiven bzw. negativen Reaktionen beschreibt, sind es

Tabelle 6.1-2. Interaktionsprozeßanalyse (Kategoriensystem von Bales, 1965)

Bereiche	Verhalten		Probleme	
Sozial-emotionaler Bereich	1. Zeigt Solidarität	12. Zeigt Antagonismus	Integration Spannungen Entscheidungen	
	2. Entspannte Atmosphäre	11. Zeigt Spannung		
	3. Stimmt zu	10. Lehnt ab		
	A	B		
Aufgabenbereich		C	D	
	4. Macht Vorschläge	5. Äußert Meinungen	6. Gibt Information	9. Erbittet Vorschläge
				8. Erbittet Meinungen
				7. Erbittet Information
			Kontrolle	
			Bewertung	
			Orientierung	

beim Aufgabenbereich Antworten und Fragen. Beobachtet wird z. B. das Verhalten eines Individuums, indem in regelmäßigen Abständen sein jeweiliges Verhalten registriert wird (**time-sampling**). Es lassen sich für die Person dann deren vorherrschende Verhaltenstendenzen in dieser Gruppe bestimmen. Als Ergebnis kann dem Individuum eine persönlichkeitspezifische Rolle innerhalb der Gruppe zugeordnet werden. Aber auch für eine Gruppe lassen sich die darin vorherrschenden Reaktionstendenzen beschreiben, etwa dergestalt, daß in einer Gruppe Spannungen vorherrschen. Solch eine Diagnose ist dann der Ausgangspunkt, um bei Störungen oder Fehlentwicklungen einzugreifen.

Diese wie auch andere Beobachtungssysteme erscheinen zunächst sehr einfach. Eine Kontrolle der erzielten Reliabilität zwischen zwei unabhängigen Beobachtern zeigt aber sehr schnell die Tücken bei der Anwendung dieser Verfahren. Für einen verantwortungsvollen Umgang mit solch einem Instrument ist daher, wie auch für sämtliche psychologischen Testverfahren, ein sorgfältiges Training mit Kontrolle der Beobachtungsleistungen notwendig.

Familienstruktur und -diagnostik Auch eine Familie kann man als Kleingruppe betrachten, für die Verfahren der Interaktionsdiagnostik, z. B. als **Voraussetzung familientherapeutischer Interventionen** notwendig sind. Die Familie stellt als Primärgruppe ohne Frage einen ganz zentralen Einflußfaktor für unser Verhalten und Erleben dar. Vor allem von psychoanalytischer Sicht wird immer wieder darauf hingewiesen, daß sich die in der Familie gelernten Interaktionsmuster auch im übrigen Leben immer wieder manifestieren. Diese Interaktionsmuster determinieren nach dieser Sicht Partnerschaften und den Umgang mit anderen im Alltag. In der Diagnostik geht es darum, **Beziehungsstrukturen** innerhalb der Familie und pathologische Verhaltensmuster, die die einzelnen Mitglieder miteinander pflegen, festzustellen. Seit den 60er Jahren hat hierbei die Betrachtung der **Familie als ein System** (Haley, 1963) an Popularität gewonnen. Man spricht z. B. von **systemischen Ansätzen** und meint damit, daß das Verhalten des Einzelnen nur aus dem Gesamtgefüge der Familie und ihrer Verhaltenseigentümlichkeiten zu verstehen ist. Weiterhin führt nach diesen Überlegungen eine Änderung bei einem Familienmitglied zu einer Veränderung des Gesamtgefüges innerhalb der Familie.

Strukturierte Familieninterviews, Familienaufgaben und experimentelle Vorgaben sind Situationen, die für diagnostische Zwecke eingesetzt werden. Im **strukturierten Familieninterview** geht es z. B. darum, Störungen der Kommunikation aufzudecken, so wie sie etwa nach dem Modell von Watzlawick, Beavin und Jackson (1971) beschrieben werden können. Der Familie werden verschiedene Teilaufgaben gestellt, die sie gemeinsam zu lösen haben. So soll die Familie diskutieren, welches das eigentliche Hauptproblem ist; sie soll gemeinsam etwas planen; es wird gefragt, wie sich die Partner kennengelernt hatten; das Sprichwort „Ein rollender Stein setzt kein Moos an“ ist innerhalb des Familieninterviews zu deuten; der hauptsächlich Fehler der Person, die links neben einem sitzt, soll dargelegt werden.

Solch eine Diskussion wird auf **komplexe Redundanzstrukturen**, d. h. wiederkehrende Verhaltensmuster und auf Kommunikationsstrukturen hin analysiert. Obwohl die meist impressionistischen Analysen methodisch zu kritisieren sind, werden sie gern zur Einleitung einer Familientherapie herangezogen.

Andere **Aufgaben** bestehen darin, gemeinsam die Rorschach-Tafeln zu deuten (Willi, 1973). Oder es werden **experimentelle Aufgaben** gestellt, nach denen erkennbar werden soll, welche Entscheidungsstrategie gewählt wurde, welche Familienmitglieder Koalitionen eingehen usw.

Diese Ansätze zur Familiendiagnostik gehen von der Annahme aus, daß die Verhaltensmuster auf relativ stabile **Formen der Konflikt- und Problembe-wältigung** innerhalb der Familie hinweisen. Daher versucht man, durch die verschiedenen Verfahren inadäquate oder pathologische Muster zu identifizieren. Weiterhin wird angenommen, daß diese Verhaltensmuster mit verschiedenen Erkrankungen assoziiert sind. So zeigte sich, daß bei starker negativer Kritik in der Familie das **Risiko für einen Rückfall** bei schizophrenen und depressiven Patienten deutlich erhöht ist (Leff und Vaughan, 1985). Auch bei psychosomatischen Erkrankungen wird unter der Annahme pathogener Familieneinflüsse versucht, familientherapeutische Maßnahmen einzusetzen (Wirsching, 1986).

Zweifellos spielt die Familie eine herausragende Rolle als mögliche soziale Einflußquelle, die pathogen oder auch kompensatorisch bei psychologisch mitbedingten Erkrankungen wirken kann. Darüber sollte aber nicht der soziale Einfluß übersehen wer-

den, der aus dem Umgang mit Freunden und Arbeitskollegen erwächst, mit ebenfalls pathogenen oder vor allem förderlichen Effekten. Fragen nach der Funktion **sozialer Netzwerke** und den Effekten von **sozialer Unterstützung** auf seelische und körperliche Erkrankungen wurden in jüngerer Zeit verstärkt aufgegriffen (Waltz, 1981; Cohn und Syne, 1985). Nach den bisherigen Untersuchungen scheint es so zu sein, daß mangelnde soziale Unterstützung zur Entstehung von psychischen Erkrankungen beiträgt. Soziale Unterstützung hat wiederum positive Effekte auf die Bewältigung von seelischen wie körperlichen Erkrankungen.

Angewandte Gruppendynamik Im Gegensatz zur Familientherapie stehen in der Gruppentherapie und im Gruppentraining nicht die primären Bezugspersonen im Vordergrund, sondern die Arbeitskollegen, die Freunde und Partner.

Die angewandte Gruppendynamik hat zum Ziel, Gruppeneinflüsse therapeutisch zu nutzen und mit ihrer Hilfe positive Veränderungen beim Einzelnen zu bewirken.

Diese Gruppendynamik geht wesentlich auf den Sozialpsychologen K. Lewin (1946) zurück, der im Zuge der „Human-Relations-Bewegung“ eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Industrie erreichen wollte. Bekannt ist das **Sensitivitätstraining**, bei dem die **Selbsterfahrung** in der Gruppe zu einer verbesserten Selbsterkenntnis und zu einem angemessenen Umgang mit anderen beitragen soll. Die Kritik an diesem Training richtet sich vor allem darauf, daß die Wirksamkeit solcher Selbsterfahrungsgruppen bisher noch unklar ist, ebenso wie die **Übertragbarkeit** der Erfahrungen und neugelernten Verhaltensmuster auf Alltagssituationen (Dunckel und Rummel, 1987).

Primär berufsbezogen sind die von dem englischen Psychoanalytiker Michael Balint entwickelten **Balint-Gruppen**. Diese Gruppen sollen Menschen in Sozialberufen (zunächst vor allem Ärzten) helfen, besser mit ihren Klienten umzugehen. Dazu dienen Selbsterfahrungen in Gruppen, in denen auf psychoanalytischer Grundlage gearbeitet wird. Berufsprobleme werden anhand von Fällen diskutiert und psychoanalytisch vertieft. Dabei spielen Übertragungspänomene und Widerstand im psychoanalytischen Sinne (Luban-Plozza, Egle und Schüffel, 1978) eine Rolle. Auch hier sind die Effekte keineswegs klar

(Dunckel und Rummel, 1987), sofern man als Kriterium mehr als die geäußerte Zufriedenheit der Teilnehmer fordert. Das Interesse an solchen Gruppen zeigt jedoch das starke Bedürfnis der in Sozialberufen Tätigen nach einem berufsbezogenen Austausch und einer Orientierung und Bewertung des eigenen Handelns durch andere. Die Gruppen haben dabei auch die Funktion, die **Sicherheit für das eigene Verhalten** zu erhöhen bzw. wieder herzustellen.

Verschiedene Gruppenverfahren werden in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen eingesetzt. Die allgemeinen Erfahrungen und Eindrücke werden als positiv gewertet (Wesiak und Biebl, 1986), wobei die Effizienz solcher Maßnahmen sicherlich noch zu erhärten ist.

In der stärker verhaltensorientierten angewandten Gruppendynamik (Lieberman, 1977; Grawe, 1980) stehen vor allem **Wahrnehmungsübungen** und **Rollenspiele** im Vordergrund. Insbesondere das Rollenspiel in der Gruppe ist ein unentbehrlicher Bestandteil im **Training sozialer Fertigkeiten** für jede Art von Klienten (Hollin und Trower, 1986). Überprüfungen der Wirksamkeit solcher Rollenspiele zeigten nicht nur Veränderungen im Labor oder in der Therapie-situation, sondern auch eine Übertragbarkeit auf Alltagssituationen (Ullrich und Ullrich de Muynck, 1980).

Nicht übersehen werden sollten auch die verschiedenen **Selbsthilfegruppen**, wie die Anonymen Alkoholiker, Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke, Parkinson-Patienten und andere Erkrankungen. So trägt die Gruppe bei den Anonymen Alkoholikern dazu bei, daß die Abstinenz aufrecht erhalten wird. Angehörige und Patienten können sich gegenseitig stützen usw. Die Vorteile der Gruppe, bei der die Individuen gemeinsam ähnliche Ziele verfolgen, werden hier besonders augenfällig.

Gruppen und die Art des Interaktionsstils wirken auf unsere Leistungen und auf unsere Gefühle. Zu oft sind dabei negative Effekte erkennbar, ohne daß sie durch die Gruppenmitglieder selbst behoben werden können. Denn Gruppendynamik bedeutet auch eine affektive Beteiligung in der Interaktion mit anderen. Im negativen Fall kann diese affektive Beteiligung, sei es in der Familie, in der Arbeitsgruppe oder in der Selbsthilfegruppe, dazu führen, daß Problemlösungen erschwert werden. Eine Gruppe bleibt z. B. in der Konfliktphase verhaftet oder die Mitglieder erschöpfen sich in Positionskämpfen. Nicht nur in der Wirtschaft, sondern auch in anderen Institutionen hat man erkannt, daß eine

professionelle, d. h. psychologische Beratung von außen Verbesserungen bringen kann. Auch wenn konfliktträchtige Prozesse einen offensichtlich notwendigen Bestandteil der Gruppendynamik bilden, sollten sie doch genügend Raum für die Verfolgung des eigentlichen Gruppenziels lassen und es letztlich fördern.

6.1.5 Institutionen

Unsere soziale Realität spielt sich größtenteils in Institutionen oder in Kontakt mit ihnen ab. Im medizinischen Bereich sind es die Kliniken, die Praxis, Krankenkasse usw., die den institutionellen Rahmen bilden.

Eine Institution schafft eine **formale Regelung** sozialer Beziehungen und Rollen. Die Klinik als Institution regelt die Rollen des Arztes, der Schwestern, des Küchenpersonals, der Patienten, des Pförtners usw. Sie stellt damit auch **Positionen** bereit und verfügt über **Sanktionsmittel** (positive wie Bezahlung, Beförderung etc. und negative wie Abmahnung, Kündigung, disziplinarische Entlassung).

Eine Institution ist durch die Interaktion von Positionsträgern gekennzeichnet.

Die Behörde ist z. B. charakterisiert durch die Interaktion von Beamten und Bürgern, das Krankenhaus durch die Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patienten. Die Institution schafft für die **Positionsträger** Rechte, verpflichtet sie aber auch zu bestimmten Aufgaben.

Durch seine sozialen Bezüge definiert sich ein Individuum und es wird von anderen definiert. Sein Verhalten und Erleben unterliegt sozialen Einflüssen. Wie stark diese Einflüsse sind, läßt sich am ehesten an den negativen Effekten erkennen. Diese Effekte auch im Bereich der Medizin positiv zu gestalten, sollte möglich sein, sofern man die Mechanismen sozialer Interaktion kennt und sie adäquat einsetzt.

Fragen zur Prüfungsvorbereitung

1. Welche Funktion hat die nonverbale Kommunikation?

2. Wie lassen sich Kommunikationsstörungen erklären?
3. Was versteht man unter einer Gruppe?
4. Wie lassen sich Gruppenstrukturen formal charakterisieren?
5. Wodurch zeichnet sich ein typisch „depressiver“ Attributionsstil aus?
6. Welche Mechanismen spielen bei der Bildung von Stereotypen und Vorurteilen eine Rolle?
7. Welche Phasen der Gruppenbildung lassen sich beobachten?

Literatur

- Adorno TW, Frenkel-Brunswik E, Levinson DJ, Sanford RN (1950) The authoritarian personality. Harper & Row, New York
- Argyle M (1979) Körpersprache und Kommunikation. Junfermann, Paderborn
- Aronson E, Linder D (1965) Gain and loss of esteem as determinants of interpersonal attractiveness. Journal of Experimental Social Psychology 1: 156–171
- Asch SE (1956) Studies of independence and conformity: A minority of one against an unanimous majority. Psychological Monographs 70
- Badura G (Hrsg.) (1981) Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Suhrkamp, Frankfurt
- Bales RF (1965) Die Interaktionsanalyse: Ein Beobachtungsverfahren zur Untersuchung kleiner Gruppen. In: R König (Hrsg.) Beobachtung und Experiment in der Sozialforschung (S. 148–167). Kiepenheuer & Witsch, Köln, Berlin
- Baron RA, Byrne D (1984) Social psychology (4th edition). Allyn & Bacon, Boston
- Beckmann D (1976) Arzt-Patient-Beziehung. In: M v Kerekjarto (Hrsg.) Medizinische Psychologie (2. Auflage) (S. 252–291). Springer, Berlin
- Bierbrauer G (1983) Das Stanford-Gefängnisexperiment und seine Folgen. (Haney, Banks und Zimbardo) In: D Frey, S Greif (Hrsg.) Sozialpsychologie – Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen (S. 429–433). Urban & Schwarzenberg, München
- Brehm SS (1976) The application of social psychology to clinical practice. Wiley, New York
- Cohn S, Syne SL (Hrsg.) (1985) Social support and health. Academic Press, New York
- Dunckel H, Rummel M (1987) Selbsterfahrungsgruppen. In: D Frey, S Greif (Hrsg.) Sozialpsychologie (2. Aufl.) (S. 273–280). Psychologie Verlags Union, München
- Eibl-Eibesfeldt I (1984) Die Biologie des menschlichen Verhaltens. – Grundriß der Humanethologie. Piper, München
- Ellgring H (1986) Nonverbale Kommunikation. In: HS Rosenbusch, O Schober (Hrsg.) Körpersprache in der schulischen Erziehung (S. 7–48). Pädagogischer Verlag Burgbücherei Schneider GmbH, Baltmannsweiler
- Ellgring H (1989) Nonverbal communication in depression. Cambridge University Press, Cambridge

- Fassnacht G (1979) Systematische Verhaltensbeobachtung – Eine Einführung in die Methodologie und Praxis. Reinhard (UTB 889), München
- Feldmann R S, Rimé B (1991) Fundamentals of nonverbal behavior. Cambridge University Press, Cambridge
- Forgas J P (1987) Sozialpsychologie. – Eine Einführung in die Psychologie der sozialen Interaktion. Psychologie und Verlags-Union, München
- Frey D, Greiff S (Hrsg.) (1983) Sozialpsychologie – Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen (2. Auflage). Urban & Schwarzenberg, München
- Garner DM, Garfinkel TE, Schwartz D, Thompson M (1980) Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports 47: 483–491
- Goffman E (1967) Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp, Frankfurt
- Grawe K (Hrsg.) (1980) Verhaltenstherapie in Gruppen. Urban & Schwarzenberg, München
- Günther U (1987) Gehorsam bei Elektroschocks. In: D Frey, S Greif (Hrsg.) Sozialpsychologie (2. Aufl.) (S. 445–452). Psychologie Verlags Union, München
- Haley J (1963) Strategies of psychotherapy. Grune & Stratton, New York
- Hall ET (1968) Proxemics. Current Anthropology 1: 83–108
- Herkner W (1983) Einführung in die Sozialpsychologie (3. Auflage). Huber, Bern
- Hofstätter PR (1957) Gruppendynamik. Rowohlt, Reinbeck
- Hollin CR, Trower P (Eds.) (1986) Handbook of social skills training. Pergamon Press, Oxford
- Irle M (1975). Lehrbuch der Sozialpsychologie. Hogrefe, Hogrefe
- Jones EE, Gerard HB (1967) Foundations of social psychology. Wiley, New York
- Keupp H, Zaumseil M (Ed.) (1978) Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Suhrkamp, Frankfurt
- La Piere RT (1934) Attitude and actions. Social forces 13: 230–237
- Leavitt HJ (1951) Some effects of certain communication patterns on group performance. Journal of Abnormal and Social Psychology 46: 38–50
- Leff J, Vaughn Ch (1985) Expressed emotion in families – its significance for mental illness. Guilford, New York
- Lewin K (1948) Resolving social conflicts. Harper, New York
- Lewin K, Lippitt R, White RK (1939) Patterns of aggressive behavior in experimentally created „social climates“. Journal of Social Psychology 10: 271–299
- Lieberman MA (1977) Gruppenmethoden. In: FH Kanfer, AP Goldstein (Hrsg.) Möglichkeiten der Verhaltensänderung (S. 503–567). Urban & Schwarzenberg, München
- Luban-Plozza B, Egle U, Schüffel W (Hrsg.) (1978) Balint-Methode in der medizinischen Ausbildung. Gustav Fischer, Stuttgart
- Milgram S (1974) Das Milgram-Experiment. Zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autorität. Rowohlt, Reinbek
- Nathan PE, Harris S (1980) Psychopathology and society (2nd edition). McGraw-Hill, New York
- Nawratil G, Rabaioli-Fischer B (1983) Sozialpsychologie – leicht gemacht. Einführung und Examenshilfe. Ewald v. Kleist, München
- Neuburger E (1970) Kommunikation der Gruppe: Ein Beitrag zur Informationstheorie. Oldenbourg, München
- Orlik P, Schneider J (1978) Interaktionsdiagnostik. In: LR Schmidt (Hrsg.) Lehrbuch der klinischen Psychologie. Enke, Stuttgart
- Piontkowski U (1976) Psychologie der Interaktion. Juventa, München
- Rosenthal R, Hall JA, DiMatteo MR, Rogers PL, Archer D (1979) Sensitivity to nonverbal communication: The PONS test. Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Scherer KR, Ekman P (Eds.) (1982) Handbook of methods in nonverbal behavior research. Cambridge University Press, Cambridge
- Sherif M (1936) The psychology of social norms. Harper, New York
- Tuchman BW (1965) Developmental sequence in small groups. Psychological Bulletin 63: 384–399
- Ullrich R, Ullrich de Muynck R (1980) Diagnose und Therapie sozialer Störungen. Pfeiffer, München
- Vroom VH (1964) Work and motivation. Wiley, New York
- Waltz E (1981) Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit – Ein Überblick über die empirische Literatur. In: B Badua (Hrsg.) Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. (S. 40–119). Suhrkamp, Frankfurt
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1971) Menschliche Kommunikation. Huber, Bern
- Wesiak W, Biebl W (1986) Gruppentherapiemethoden in der Psychosomatischen Medizin. In: T von Uexküll u. a. (Hrsg.) Psychosomatische Medizin (3. Aufl.) (S. 292–304). Urban & Schwarzenberg, München
- Whitcher SF, Fisher JD (1979) Multidimensional reaction to therapeutic touch in a hospital setting. Journal of Personality & Social Psychology 37: 87–96
- Willi J (1973) Der gemeinsame Rorschach-Versuch. Huber, Bern
- Wirsching M (1986) Familiendynamik und Familientherapie in der Psychosomatik. In: T von Uexküll u. a. (Hrsg.), Psychosomatische Medizin (3. Aufl.) (S. 305–315). Urban & Schwarzenberg, München
- Wrightsmann LS, Deaux K (1981) Social psychology in the 80s (3. Ed.). Brooks/Cole, Monterey CA

6.2 Umwelt und Humanökologie

Felix Tretter

6.2.1 Das ökologische Paradigma

Seit der gesellschaftlichen Wahrnehmung der Bestandsgefährdung der Natur als unserer Lebensgrundlage wird unter „Umwelt“ Luft, Boden, Wasser, Pflanzen und Tiere, also vor allem die unbelebte und belebte Natur verstanden. Umwelt wird gemeinhin also als „alles, was sich außerhalb des Organismus befindet“ definiert. Dieser eher objektive Umweltbegriff geht auf Haeckel zurück, der im Rahmen seiner Ökologiedefinition auch den **Umweltbegriff** umschrieb:

„Ökologie ist die gesamte Wissenschaft von den Beziehungen des Organismus zur umgebenden Außenwelt“.