

Klettern gegen Rückzugstendenzen

Ermöglichung von Selbstwirksamkeitserfahrungen bei Epileptikern

Bachelorarbeit an der Fakultät 11 für angewandte
Sozialwissenschaften der Hochschule München

Studiengang: Bachelor Soziale Arbeit

Eingereicht von: Laßmann, Leonhard

Matrikelnummer: 14164607

Westendstr. 138, 80339 München

E-Mail: L.Lassmann@gmx.net

Erstgutachter: Markus Kaufmann, MA Dipl. Sozialpädagoge (FH)

Zweitgutachter: Norbert Schindler, Dipl. Sozialpädagoge (FH)

München, den 17.02.2012

Gliederung

	Seite
1. Einleitung.....	3
2. Epilepsie.....	4
2.1 Epilepsieformen.....	5
2.1.1 Klassifikation der Epilepsien.....	5
2.1.2 Klassifikation der Anfälle.....	6
2.2 Komorbidität.....	11
3. Soziales Verhalten.....	17
3.1 Soziale Kompetenzen.....	17
3.2 Soziale Interaktion.....	20
3.2.1 Allgemein.....	21
3.2.2 Chronisch Epilepsiekranke.....	22
3.3 Sozialverhalten.....	24
3.4 Selbstwirksamkeit.....	27
3.4.1 Selbstrepräsentation.....	30
3.4.2 Selbstwahrnehmung.....	32
3.4.3 Lernen von Erwartungen – Rotters soziale Lerntheorie.....	35
3.4.4 „locus of control“ – generalisierte Kontrollerwartung.....	36
3.5 Selbstkonzept.....	39
3.5.1 Selbstaufmerksamkeit.....	41
3.5.2 Selbstüberwachung.....	44
3.5.3 Selbstschema.....	45
3.5.4 Selbstwertgefühl.....	46
3.6 Verhaltensmodifikation – Training sozialer Kompetenzen.....	48
4. Erlebnispädagogische Methodik.....	50
4.1 Erlebnispädagogik.....	50
4.2 Bestehende Erlebnispädagogik-Projekte für Epileptiker.....	54

	Seite
4.3 Klettern als Selbstwirksamkeitserfahrung und Verstärker.....	56
4.3.1 Entstehung von Selbstwirksamkeitserfahrung.....	56
4.3.1.1 Durch Klettern.....	57
4.3.1.2 Durch Gruppendynamik.....	58
4.3.2 Verstärkung in der Gruppe.....	59
4.3.3 Verstärkung der Interaktion in der Gruppe.....	60
4.4 Schnittstellen von Bewegung und Psyche.....	61
5. Projekt Sportklettern.....	63
5.1 Planung.....	63
5.2 Ziele.....	64
5.3 Ablauf.....	65
5.4 Beobachtung.....	65
5.4.1 Forschungskriterien.....	66
5.4.2 Anwesenheit der Teilnehmer.....	67
5.4.3 Beobachtung/Aussagen der Klienten.....	68
5.4.4 Beobachtungen/Aussagen von Bezugspädagogen.....	70
5.4.5 Beobachtungsbögen.....	70
5.5 Interviews.....	77
5.6 Auswertung der Beobachtung und Interviews.....	79
6. Theorie-Praxis-Abgleich.....	81
7. Fazit.....	87
Literaturverzeichnis.....	89
Abbildungsverzeichnis.....	94
Anhangverzeichnis.....	94
Erklärung.....	95

1. Einleitung

„Epilepsie ist eine Erkrankung mit sozialen Dimensionen die Einfluss auf die Partizipation nimmt.“ (Bartl 2009, S. 13)

Dieses Zitat stellt eine meiner Annahmen dar, der ich versuchen werde im Laufe meiner Bachelorarbeit nachzugehen. Die Krankheit Epilepsie soll hierbei jedoch nicht im Vordergrund stehen, sondern vielmehr die Menschen, die dahinter stehen und mit den Beeinträchtigungen der Krankheit zu kämpfen haben.

Klettern soll ihnen dabei helfen, Erfolgserlebnisse zu machen und Situationen als kontrollier- und beeinflussbare Möglichkeiten zu erfahren und nicht als Einschränkungen. Dies soll es ihnen gestatten, sich als selbstwirksam zu erleben und sich als agierende Teilnehmer der Gesellschaft zu fühlen.

Anfangs werde ich nach einem kurzen Exkurs in die Geschichte der Epilepsie Grundsätzliches zur Epilepsie kurz betrachten. Nachdem ich soziales Verhalten und seine Entstehung, sowie diesbezüglich zu erwähnende Begrifflichkeiten erläutert habe, komme ich auf die Verhaltensmodifikation zu sprechen.

Das Kapitel „Erlebnispädagogische Methodik“ soll neben der Klärung des Terminus Erlebnispädagogik Bezug auf das Klettern als Selbstwirksamkeitserfahrung nehmen. Nach den Ausführungen zu meinem Kletterprojekt und dessen Auswertung versuche ich einen Bezug von Theorie und Praxis herzustellen.

Den Schwerpunkt meiner Arbeit sehe ich in der theoretischen Erläuterung der Entstehung von Selbstwirksamkeit, deren Verbindung zu sozialem Verhalten, sozialen Kompetenzen und dem Selbst aufzuzeigen und die Abhängigkeit von Kontrollüberzeugungen sowie Effizienzerwartung herzustellen. Ein weiterer wichtiger Aspekt meiner Arbeit ist, den Bezug zur Praxis herauszuarbeiten.

2. Epilepsie

„The history of epilepsy can be summarised as 4000 years of ignorance, superstition and stigma followed by 100 years of knowledge, superstition and stigma.“ (Kale 1997, S. 2)

Dieses von vielen Autoren benutzte Zitat sagt einiges über die Geschichte der Epilepsie aus. Ihr Ursprung liegt Kale zu Folge mehrere Jahrhunderte v. Chr. zurück. Wie Kales Zitat besagt, ist es eine Geschichte von 4000 Jahren Unwissen, Aberglaube und Stigmatisierung, gefolgt von 100 Jahre Wissen, Aberglaube und Stigmatisierung. Die Epilepsiekranken waren somit immer von der Stigmatisierung und dem Aberglaube nicht betroffener Menschen belastet. Im Sinne der weltweiten WHO Kampagne „Epilepsy – out of the shadows“, gestartet im Jahr 1997, soll das Verständnis für die Erkrankung und die bessere Versorgung der Betroffenen gefördert werden. In meiner Arbeit werde ich die Krankheit Epilepsie ausführlich behandeln, da mir dies als Grundlage, um die Ausmaße der Erkrankung zu erkennen, notwendig erscheint.

Von Epilepsie spricht die Internationale Liga gegen Epilepsie in ihren Richtlinien von 1993, wenn mindestens zwei unprovokierte Anfälle auftreten, das heißt, diese dürfen nicht ein Symptom einer anderen Krankheit oder sonstigen Ursache sein. Für diese Abgrenzung ist die Klassifikation von Anfällen und Epilepsien sehr wichtig. Von „aktiver Epilepsie“ wird gesprochen, sobald ein Anfall in fünf Jahren auftritt, von Epilepsie in Remission (dem temporären oder dauerhaften Nachlassen von Krankheitssymptomen), wenn die letzten fünf Jahre kein Anfall aufgetreten ist. Grundsätzlich wird nicht von einer ursächlichen Heilung ausgegangen (nur bei hirnorganisch bedingten Epilepsien, die operabel sind, könnte evtl. eine völlige Heilung erfolgen), sondern auf Grund einer meist symptomatischen Behandlung von einer Anfallsfreiheit, die als Kriterium der Remission herangezogen wird. (vgl. Wolf 2003, S.14ff)

In dem in der Einleitung dargestellten Zitat spricht Bartl von der Epilepsie als einer Erkrankung mit sozialen Dimensionen. Für mich ist der Zusammenhang von der Krankheit Epilepsie und den mit ihr verbundenen Störungsbildern

Betroffener besonders wichtig. Die weiteren Störungsbilder, die meistens nur auf Grund der Epilepsieerkrankung bestehen, haben zusätzlich zu der Grunderkrankung soziale Auswirkungen, die ich aufzeigen will. In diesem Abschnitt meiner Arbeit möchte ich einen groben Überblick über die Epilepsie in ihren verschiedenen Formen und deren Komorbidität geben. Mein Fokus wird hierbei auf deren sozialen Auswirkungen liegen.

2.1 Epilepsieformen

2.1.1 Klassifikation von Epilepsien

Nach Wolf werden Epilepsien und epileptische Syndrome unterschieden. Anfälle werden an Hand epileptischer Krankheitsbilder, auf Grund typischen Zusammentreffens von Anfallstypen, Symptomen, Ursache und Verlauf, den neurologischen und psychischen Befunden sowie EEG, charakterisiert. *Epilepsiesyndrome* werden die Krankheitsbilder genannt, die zwar die oben genannten Gemeinsamkeiten aufweisen, jedoch keine einheitliche Ursache und Prognose. Alle anderen werden als Epilepsien bezeichnet. Ich werde nur den Begriff Epilepsie verwenden, der die Epilepsiesyndrome mit einschließt. Sollte die Differenzierung an einer Stelle in meiner Arbeit nötig sein, werde ich dies kennzeichnen. (vgl. Wolf 2008a, S. 1; Wolf 2003, S.28)

Epilepsien werden auf Grund ihrer Ursache, des Weiteren bezüglich ihrer Lokalisation im Gehirn unterteilt. Es gibt laut der Klassifikation der Internationalen Liga gegen Epilepsie (ILAE) drei Kategorien der **Ätiologie** im Gehirn:

1. *Die idiopathische Epilepsie.*

Ihr wird das Fehlen einer Grunderkrankung und das Bestehen einer genetischen Ursache unterstellt.

2. *Die symptomatische Epilepsie.*

Die Ursachen symptomatischer Epilepsie sind vielfältig. Beispielhaft zu nennen sind die Schädigung des Gehirns, angeborene Stoffwechseldefekte,

Tumore, Schädel-Hirn-Traumata etc.. Diese Einwirkungen führen zu struktureller oder funktioneller Schädigung des Gehirns.

3. Die kryptogene Epilepsie.

Hier wird eine symptomatische Ätiologie vermutet, kann aber nicht belegt werden.

Die weitere Unterteilung der Klassifikation epileptischer Anfälle, herausgegeben von der ILAE 1981, geschieht auf Grund der **Lokalisation** des Anfallsbeginns im Gehirn und der Anfallssemiologie (Orientierung an den einzelnen Anfallssymptomen über den gesamten Anfall hinweg):

1. Fokal

Die Anfälle beziehen sich auf eine Hemisphäre des Gehirns, können jedoch sekundär generalisieren.

2. Generalisiert

Die Anfälle beziehen sich auf beide Hemisphären des Gehirns.

3. Nicht fokal oder generalisiert zuordenbar

4. Spezielle Syndrome

Dazu gehören Gelegenheitsanfälle.

(vgl. Wolf 2003, S. 24ff; Kasten 2007, S. 257)

2.1.2 Klassifikation der Anfälle

Wie durch die Klassifikation der Epilepsien beschrieben, gibt es zwei große Unterscheidungen zu der Ätiologie und der Lokalisation von Anfällen. Wie diese entstehen und welche unterschiedlichen Anfallsarten es innerhalb dieser Kategorien gibt, möchte ich nun darstellen.

Auslöser einzelner Anfälle können zum Beispiel Flackerlicht, Schlafentzug, Konsum bestimmter Drogen, Medikamente und Alkohol etc. sein. (vgl. Wolf 2003, S.17)

Dem Entstehungsmodell nach Kasten (2007, S. 258) können Nervenzellen eingehende Impulse verstärken, die sich dann in geschädigten Hirnbereichen ausbreiten. „Durch ungenügende neuronale Hemmung, vergleichbar mit dem Resonanzkreischen zwischen Mikrofon und Lautsprecher, schaukelt sich eine Aktivierung so hoch, bis schließlich eine ungebremste Erregungswelle durch einen Teil des Gehirns verläuft.“ (Kasten 2007, S. 258) Die Erregung kann sich leichter bei einem hohen Aktivierungsniveau, verursacht durch Stress, ausbreiten. Wenn diese Erregungswelle sich auf eine Hemisphäre des Gehirns bezieht, wird von einem *fokalen Anfall* gesprochen, bezieht sie sich auf beide, spricht man von einem *generalisierten Anfall*. Die Unterteilung nach der Lokalisation in einer oder beiden Hemisphären des Gehirns gilt generell nur für den Anfallsbeginn. Während des Anfalls kann es zu einer *sekundären Generalisierung* kommen, das heißt ein anfangs fokaler Anfall kann zu einem generalisierten werden. Fokale Anfälle werden wiederum in *komplex-fokale* (einhergehend mit psychomotorischen Symptomen), wenn eine Bewusstseinsstörung vorliegt, und *einfach-fokale* (einhergehend mit sensorisch, motorisch und psychischen Symptomen), wenn keine vorliegt, unterteilt. Generalisierte Anfälle gehen meist mit einer Bewusstseinsstörung einher. (vgl. Kasten 2007, S. 257f; Wolf 2003, S. 24ff)

Prodromi und Auren können epileptische Anfälle ankündigen. *Prodromi* (lat.: Vorläufer) sind sogenannte Vorboten epileptischer Anfälle, die Stunden oder sogar Tage vorher für den Betroffenen oder diesem nahestehende Personen bemerkbar sind. Sie sind zu erkennen an Veränderungen in Stimmung und/oder Verhalten im Sinne einer Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit des Betroffenen. Bis zum Anfall können diese Vorboten intensiver werden, nach dem Anfall sind sie meist komplett verschwunden. *Auren* (gr.: Hauch) dagegen können alleinig auftreten oder sich zum Anfall weiterentwickeln. Sie werden den fokalen Anfällen zugeordnet und können sich auf verschiedenste Weise im Bereich der Sinnesempfindungen oder der Veränderung des psychischen Erlebens äußern, zum Beispiel als epigastrische Auren. Bei der epigastrischen Aura steigt ein schwer beschreibbares Gefühl vom Bauch in den Brustraum auf, bei den somatosensiblen Auren breitet sich ein Kribbeln in einer Körperhälfte aus. Ein Epilepsiekranker behält meist eine Art der Aura

bei; wenn er lernt, diese frühzeitig zu erkennen, kann er Anfälle vorhersagen und sogar mit bestimmten Verhaltensstrategien wie zum Beispiel Entspannungs- und Konzentrationsübungen die Weiterentwicklung zu einem Anfall beeinflussen, verhindern oder dessen Verlauf abschwächen. (vgl. Düchting 2008, S. 1ff; Wolf 2003, S.22f)

Im folgenden Teil werden verschiedene typische epileptische Anfälle mit ihren Symptomen beschrieben (die Trennung von einfach und komplex-fokalen Anfällen unterlasse ich, da bei den meisten eine Bewusstseins-eintrübung vorkommen kann oder nicht, beziehungsweise sich ein einfach-fokaler zu einem komplex-fokalen weiterentwickeln kann):

- fokale Anfälle

- Aura

Bei Auren kommt es zu vielfältigen Sinneswahrnehmungen und Veränderungen des psychischen Erlebens (im letzten Absatz beschrieben).

- Versivanfall

Ein Versivanfall ist an einer extremen, anhaltenden Drehung, mit Überstreckung des Kopfes zu einer Seite zu erkennen. Er ist die fokale Form eines tonischen Anfalls.

- Psychomotorischer Anfall

Symptome des psychomotorischen Anfalls sind Automatismen, die sich im Sinne von koordinierten, unwillkürlichen, meist sinnlosen Bewegungsabläufen wiederholen. Größtenteils sind dies alltagsübliche Bewegungsabläufe. Typisch sind Kau- und Schmatzbewegungen oder Herumgehen und Auskleiden. Der Betroffene reagiert meist nicht und kann sich nicht an den Anfall erinnern. Dem Anfall geht oft eine Aura voraus und er dauert wenige Minuten.

- Hypermotorischer Anfall

Während des hypermotorischen Anfalls kommt es zu ähnlichen Bewegungsabläufen wie beim psychomotorischen Anfall. Diese sind nur viel heftiger, haben weniger mit alltäglichen Bewegungsabläufen zu tun und sind oft mit

Lautäußerungen wie zum Beispiel Fluchen verbunden. Das Bewusstsein kann erhalten sein. Nach unter einer Minute enden sie abrupt.

- Generalisierte Anfälle

- Absencen

Absencen bezeichnen das kurze Anhalten in einer Handlung, mit einer wenige Sekunden dauernden Bewusstseinsbeschränkung. Während des Anfalls sind häufig leichte Zuckungen der Augenlider zu beobachten. Absencen enden sehr abrupt und werden oft mit Verträumtheit verwechselt.

- Tonischer Anfall

Der tonische Anfall ist an einer deutlichen Muskelanspannung zu erkennen. Diese kann sich auf einzelne Gliedmaßen, Muskelgruppen und asymmetrisch oder symmetrisch auf den ganzen Körper ausbreiten. Bei plötzlichem Eintreten der Verkrampfung kann es zu Stürzen mit Verletzungen kommen. Der Anfall dauert von einer bis zu 30 Sekunden. Das Bewusstsein ist erhalten oder nicht.

- Klonischer Anfall

Bei dieser Anfallsart kommt es zu rhythmischen Zuckungen, die sich auf einen Körperteil/Gliedmaßen beschränken. Breiten sich die Zuckungen schrittweise auf weitere Körperregionen aus, nennt man dies motorische *Jacksonanfälle*. Die Anfälle können lange dauern und mit Bewusstseinsstörung des Betroffenen oder ohne einhergehen.

- Myoklonischer Anfall

Myoklonische Anfälle sind an den nicht rhythmischen Zuckungen, die einzeln, in Serien oder Salven auftreten können, erkennbar. Der *Impulsiv-Petit Mal* bezeichnet die fokale Version dieser Anfallsart, die sich an Hand symmetrisch auftretender myoklonischer Anfälle, mit Betonung der Arme, zeigt.

- Atonischer Anfall

Der atonische Anfall wird auch als Sturzanfall bezeichnet. Hier kommt es zu Muskeltonusverlust in den Extremitäten, sozusagen zu einem „Erschlaffen“

der Muskulatur und dem zur Folge zu einem Sturz, falls die unteren Gliedmaßen betroffen sind.

- Astatischer Anfall

Astatische Anfälle werden alle Anfälle genannt, bei denen es zu einem Sturz kommt, dieser das Hauptmerkmal darstellt und keine nähere Klassifikation, zum Beispiel als atonisch, möglich ist.

- Generalisierter tonisch-klonischer Anfall (*Grand-mal-Anfall*)

Die stärkste Form von Anfällen stellt der sekundär (mit fokalem Beginn) oder primär generalisierte tonisch-klonische Anfall dar. Oft lassen Prodromi, Auren oder fokale Anfälle einen bevorstehenden *Grand Mal* erkennen. Der typische Ablauf sieht folgendermaßen aus: Zu Anfang kommt es zur plötzlichen Bewusstlosigkeit, oft verbunden mit einem Sturz und Verletzungen. Danach beginnt die *tonische Phase*, die sich von den Symptomen her wie beim tonischen Anfall, nur mit einer generalisierten Versteifung des ganzen Körpers zeigt. Hierbei kann es auch zu dem sogenannten Initialschrei kommen. Einhergehen kann diese Phase mit seitlichen Bissverletzungen an Zunge oder Wange, Speichelaustritt und Urinabgang. Durch die Verkrampfung der Atemmuskulatur kommt es zu einem Atemstillstand, der sich an der immer stärker werdenden Blaufärbung des Gesichts zeigt. Diese Phase dauert durchschnittlich bis zu 30 Sekunden, darauf folgt die *klonische Phase*. Die rhythmischen Zuckungen beginnen fein und rasch an den Gliedmaßen und breiten sich bis zum Rumpf aus. Sie werden langsamer und heftiger, bis sie nach ca. 30-60 Sekunden abklingt. In dieser Phase kann es, auf Grund von heftigen Ausatemstößen, zum Ausstoßen von schaumigem Speichel kommen. Die Muskeler schlaffung zeigt das Ende des ca. drei Minuten dauernden Anfalls an, wobei der Betroffene, ohne zu Bewusstsein zu kommen, in einen bis zu einige Stunden andauernden Schlaf fällt. Bei einer nur kurzen Schlafphase ist der Betroffene nach dem Aufwachen oft desorientiert, verwirrt und motorisch unruhig.

(vgl. Wolf 2008b, S. 1ff; Wolf 2003, S.22ff; Tettenborn et al. 1999, 2006, S. 743ff; Kasten 2007, S. 257f; Altrup & Specht o.J., S.1)

Ein besonderer Fall ist der Status epilepticus, der von Wolf als anhaltender epileptischer Zustand definiert wird. Der schlimmste Fall des Status epilepticus ist der *Grand-Mal* Status. Dieser Status ist ein akuter Notfall. Verhältnismäßig zu der Länge des Anfalls steigt hier auch die Gefahr und Intensität der Folgen für den Betroffenen. Er kann noch Stunden und Tage nach dem Grand-Mal Status an dessen Folgen sterben. (vgl. Wolf 2003, S.278ff)

Bei der vorhergehenden Auflistung und Zuordnung der Anfälle gab es bei den verschiedenen Autoren teilweise widersprüchliche Annahmen und Aussagen, die sich, denke ich, auf Grund der Schwierigkeit der Anfallskategorisierung ergeben. Ich habe versucht die Darstellung möglichst übersichtlich und nachvollziehbar zu gestalten, überschneidende Meinungen zu berücksichtigen und Einzelmeinungen heraus zu halten. Ich habe versucht, die am meisten auftretenden Anfälle aufzuzeigen. Jedoch gibt es noch eine Anzahl spezieller Anfälle, die zu sehr ins Detail führen würden, ebenso wie die Zuordnung der Anfälle zu deren Ätiologie. Die aufgeführten Anfälle können verschiedener Ätiologie sein und teilweise nur einer bestimmten zugeordnet werden. Da mir dies für meine Arbeit aber nicht wesentlich scheint, will ich darauf nicht mehr eingehen.

Psychogene Anfälle und Epilepsien sind von den epilepsiebedingten Anfällen abzugrenzen. Diese ähneln den oben genannten Anfällen und können sogar mit dem Status epilepticus verwechselt werden. Es besteht die Möglichkeit, dass diese zusätzlich zu einer diagnostizierten Epilepsie auftreten. Der grundsätzliche Unterschied ist, dass ihnen bisher keine fassbare hirnorganische oder neuropsychologische Ursache zugeschrieben werden konnte. Es handelt sich hierbei um psychogene Störungen. (vgl. Holtkamp 2006, 1727ff)

2.2 Komorbidität

Wie bei dem Punkt Klassifikation der Anfallsarten kennen gelernt, sind die Betroffenen alleine schon während eines Anfalls mit dessen verschiedenen Auswirkungen konfrontiert. Es kann, je nach Anfallsart zu Bewusstseinsstörungen, (manche registrieren den Anfall sogar gar nicht), zum

Haltungsverlust (somit ggf. auch zu Stürzen), zu Kontrollverlusten der Willkürmotorik und zu Verlust der Handlungskontrolle kommen. Dies bestätigen Specht und Thorbecke und sprechen, ergänzt durch die Allgegenwärtigkeit des Kontrollverlustes und der körperlichen Schädigungen, sowie der Unvorhersehbarkeit der Anfälle und deren abruptes Einbrechen in Lebenszusammenhänge, von einer besonderen Anforderung an die chronisch Epilepsiekranken hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung. (vgl. Specht & Thorbecke 2010, S. 744)

Neben alterstypischer Komorbidität, zu der zum Beispiel eine erhöhte Gefahr von Frakturen, auf Grund von Osteoporose (das Osteoporoserisiko wird durch Antiepileptika erhöht), gehört, stellen vor allem zusätzliche kognitive, psychische und psychiatrische Krankheitsbilder und Einschränkungen weitere Probleme für die chronisch Epilepsiekranken dar. Diese stehen teilweise auch im Zusammenhang mit dem Alter. In Verbindung mit psychischen Komorbiditäten wurde vor allem ein erhöhtes Auftreten von Psychosen, Angstsyndromen und Depressionen im Vergleich zu nicht erkrankten Personen festgestellt. Im Alter spricht Krämer sogar von einem Anteil von 30 – 50 Prozent der Epilepsiekranken in Behandlung, die eine Depression aufweisen.

Hirnfunktionsstörungen als mögliche Ursache der Epilepsie können zusätzlich kognitive Störungen verursachen. Antiepileptische Medikamente sowie die metabolische und neurochemische Auswirkung epileptischer Anfälle können für den Epilepsiekranken zu chronischen und transienten Beeinträchtigungen psychischer Funktionen führen. (vgl. Krämer 2006, S. 186f, 201f; Wolf 2003, S.18, 119f) Auf die psychische, kognitive und psychiatrische Komorbidität möchte ich verstärkt eingehen.

Laut Wolf können an Hand von neuropsychologischer Diagnostik Aussagen

- zum allgemeinen kognitiven Leistungsvermögen,
- zur Beeinträchtigung bestimmter Funktionsbereiche im Gehirn,
- zu möglichen globalen Abbauprozessen und
- zum Einfluss der Therapie auf die kognitive Leistungsfähigkeit

gemacht werden. (vgl. Wolf 2003, S.120)

Folgende Beeinträchtigungen sind hierbei vermehrt bei Epilepsiekranken festgestellt worden:

- Aufmerksamkeitsdefizite,
- Reduktion der psychomotorischen Verarbeitungsgeschwindigkeit und der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit,
- Gedächtnisstörungen, besonders wiederkehrende Störungen des episodischen Gedächtnisses,
- Beeinträchtigungen höherer kognitiver Funktionen, wie zum Beispiel komplexe Problemlösungsstrategien, handlungsplanerische Fähigkeiten und Flexibilität des Denkens,
- Dysphasien (Sprachstörungen) in allen Bereichen (Sprechen, Verstehen, Lesen, Schreiben, sie können die Phonologie, das Lexikon, den Syntax und die Semantik betreffen),
- Beeinflussung der Persönlichkeitseigenschaften durch enge Wechselwirkungen intrapsychischer, kognitiver, sozialer und hirnorganischer Faktoren.

Gerade bei der negativen Beeinflussung der Persönlichkeitseigenschaften kommt es auf die vorhandenen Ressourcen der Lebens- und Krankheitsbewältigung des Patienten an. Die genannten Beeinträchtigungen bestehen auf Grund der oben bereits erwähnten Hirnfunktionsstörung und psychischer Funktionsbeeinträchtigung, sie werden auch bei Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen beobachtet. Manche treten vermehrt bei bestimmter Medikation, bestimmten Epilepsie- und Anfallsarten oder in Zusammenhang mit deren Ätiologie auf. Gewisse Ursachen von Epilepsie führen bei Epilepsieerkrankten zusätzlich zu Lern- oder geistiger Behinderung. Bei zentral sedierenden Antiepileptika treten zu der kognitiven Beeinträchtigung auch emotionale hinzu.

(vgl. Wolf 2003, S.120ff)

Die beschriebenen neuropsychologischen Funktionsstörungen und die Epilepsie können von psychiatrischen Erkrankungen verursacht werden. Auf der anderen Seite wird vermutet, dass eine chronisch epileptische

Erkrankung zur sozialen Stigmatisierung führen kann und damit die Entstehung psychiatrischer Zusatzerkrankungen begünstigt. Die Häufigkeit psychischer Störungen bei Epileptikern wird auf 30 – 50 Prozent geschätzt. (vgl. Wolf 2003, S.126, 138)

Laut Taylor und Herman (1997, S. 2117ff, zit. n. Wolf 2003, S.137) ist die Hauptursache für die Zusammenhänge von Epilepsie und psychischen Störungen, „[...] die Tatsache, dass Epilepsien zerebrale Erkrankungen sind und zerebrale Funktionsdefizite sehr unterschiedliche Ebenen des Verhaltens und des Erlebens betreffen können, von denen Anfälle nur die eine sind: emotionale Steuerungsprobleme, kognitive Defizite, soziale Funktionseinschränkungen etc.“ (Auslassung: L.L)

Die folgende Tabelle zeigt die Krankheitshäufigkeit psychiatrischer Störungen bei Epilepsie:

Abbildung 1: Prävalenz psychiatrischer Störungen bei Epilepsie

Tabelle:
Prävalenz psychiatrischer Störungen bei Epilepsie

	Epilepsie	Allgemeinbevölkerung	Risikofaktor
Depression (1)	11–80%	3–17%	1–27
Angst / Panik (1)	5–25%	0,5–7%	2–42
Psychosen (1)	2–9%	0,2–1%	2–45
Dissoziative Anfälle (2)	10–20%	0,002–0,033%	300–10 000

Quelle: Schmutz & Ganz 2005, S.1

- *Angsterkrankungen*

Die allgegenwärtige Angst vor dem nächsten Anfall, mit Befürchtungen wie zum Beispiel im Anfall zu sterben und durch einen Anfall in der Öffentlichkeit an physischer Integrität und sozialer Identität zu verlieren, beeinträchtigt die Betroffenen sehr. Man geht davon aus, dass bis zu 25 Prozent der Epileptiker von Angsterkrankungen betroffen sind. Dem gegenüber sind es nur bis zu sieben Prozent Betroffene bei der Normalbevölkerung. Angstphänomene treten in den verschiedensten Formen auf, beispielhaft

genannt seien: nachvollziehbare Realangst, Anfallsphobie und damit verbundene soziale Rückzugstendenzen und Angstauren.

- *Depressionen*

Depressionen zählen mit zu den meisten psychiatrischen Störungen bei Epileptikern, laut Schmutz & Ganz leiden bis zu 80 Prozent der Epileptiker, im Gegensatz von bis zu 17 Prozent der Normalbevölkerung daran. Stigmatisierung, psychosoziale Probleme, pessimistische Attributionsstile auf Grund gelernter Hilflosigkeit, hohe Anfallfrequenzen und spätes Erkrankungsalter begünstigen die Entstehung von Depressionen und verstärken diese. Eine erhöhte Suizidrate bei Epilepsiekranken im Gegensatz zur Normalbevölkerung ist ein gewichtiger Grund für die hohe Mortalitätsrate bei Epileptikern. Diese unterstreicht das Bestehen von Depressionen, die bei schweren Fällen zu Suizid führen können. Schwere Depressionen begünstigen zu dem das Auftreten von Epilepsien.

- *Psychosen*

Betroffene mit langjährigen, schwer behandelbaren Epilepsien neigen vor allem zu Psychosen. Sie gehen zum Beispiel mit Schlafstörungen, Rückzugstendenzen, Bewusstseinsstörungen, Stupor, Verwirrtheit und paranoiden Verarbeitungen einher. Einzelne psychotische Symptome können auch durch Medikamentenumstellung und deren Dosisänderung entstehen. Ebenso können Antiepileptika eine Psychose auslösen. An ihnen leiden bis zu neun Prozent der Epilepsiekranken (von der Normalbevölkerung bis zu ein Prozent).

- *Persönlichkeitsstörungen*

Die „epileptische Persönlichkeit“ gibt es laut Wolf nicht. Er spricht von typischen Persönlichkeitsmerkmalen, die besonders bei Betroffenen von bestimmten Epilepsien oder hirnorganischer Schäden verstärkt zu finden sind.

So wurden Personen mit idiopathisch generalisierter Epilepsie vor allem als extrovertiert, suggestibel (leicht empfänglich für Suggestionen), dissimulierend (Herunterspielen und Verbergen von Krankheitszeichen), emotional

labil, großzügig, unstet und unzuverlässig (hinsichtlich Lebensführung und Medikamenten-Compliance) beschrieben.

Menschen mit Temporallappenepilepsie werden als genau, extrem pflichtbewusst, stark religiös, humorlos und hyposexuell dargestellt. Zudem können Sprachverständnis und die Wortfindung, organisch bedingt, gestört sein. Dies kann in sozialen Interaktionen beim Gesprächspartner zu Ungeduld und beim Epilepsiekranken auf Grund von Nichtverstehen zu Misstrauen und Rückzug aus der Situation führen.

Die äußerst komplexen Ursachengefüge, die den Persönlichkeitsstörungen zu Grunde liegen, sollten wie bei jeder Persönlichkeitsstörung, die Störungselemente beschreibend, nach den psychiatrischen Klassifikationssystemen eingeordnet werden. Hierbei sollte die Epilepsie Beachtung finden, aber nicht grundsätzlich für bestimmte Symptome als Ursache gelten.

Bei allen beschriebenen psychischen Störungen ist die Abgrenzung der Ursache sehr wichtig, aber genauso schwierig. Ob die Symptome den Nebenwirkungen von Antiepileptika als Reaktion auf die Tatsache, Anfälle zu haben, oder der psychischen Störung selbst zuzuordnen sind, ist größtenteils nicht klar. Oft ist von multiplen Ursachen auszugehen, die sich zusätzlich gegenseitig beeinflussen, ergänzen oder verstärkend wirken.

(vgl. Schmidt 1999, S.180ff; Schmutz & Ganz 2005, S.1f; Wolf 2003, S.137ff)

Aus dem gesamten Punkt 2. Epilepsie ergibt sich für mich die Ausgangslage der Epilepsiekranken bezüglich der Entstehung und den bestehenden Rückzugstendenzen. Ich werde versuchen dies zusammenzufassen. Wie man sich an Hand der vorausgehenden Darstellungen vorstellen kann, beeinflusst die komplexe Anfallsproblematik mit ihren Ursachen und Symptomen die Epilepsiekranken in ihrem Leben extrem. Die Betroffenen sind von Stigmatisierung und Aberglaube der Nichterkrankten, wenn wir uns auf das Zitat am Anfang besinnen, betroffen. Sie haben des Öfteren zusätzlich mit multiplen Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen im kognitiven, psychischen und emotionalen Bereich zu kämpfen. Auf Grund der Gesamtheit der sich darstellenden Problematik dürften Folgen für das Sozialverhalten und die sozialen Kompetenzen abzusehen sein. Diese sozialen

Problematiken könnten im Zusammenhang mit den offensichtlichen Symptomen der Epilepsie und ihrer Komorbidität Ursachen für Ausgrenzung und Diskriminierung sein. Im Zusammenhang mit ungünstiger Krankheitsbewältigung könnte dies zu Rückzug aus der sozialen Umwelt führen, da die Möglichkeit der Krankheitsbewältigung in Verbindung mit den genannten multiplen Problematiken sehr schwer in positiver Weise auszuführen sein dürfte. Meiner Meinung nach spielt hier die erlebte Kontrollierbarkeit des Lebens eine wichtige Rolle. Viele Epilepsiekranken sehen ihr Leben durch multiple, teilweise als unkontrollierbar erfahrene Probleme als fremdbestimmt an und fühlen sich nicht in der Lage dieses aktiv zu gestalten. Wolf (2003, S.321) bestätigt diese Annahme. Sozialer Rückzug, die Beeinträchtigung sozialer Verhaltensweisen und sozial kompetenten Verhaltens oder die Beeinträchtigung der dafür notwendigen Voraussetzungen (wie zum Beispiel Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse) treten als Einzelsymptome im gesamten Punkt 2. immer wieder auf.

Auf welche sozialpsychologischen und lerntheoretischen Prozesse die Rückzugstendenzen zurück zu führen sind und welche sie verstärken oder ihnen entgegenwirken, für sie ursächlich sind und welche Prinzipien ihnen zu Grunde liegen, versuche ich in den folgenden Punkten meiner Bachelorarbeit zu erklären.

3. Soziales Verhalten

3.1 Soziale Kompetenzen

In vielen Bereichen der Psychologie wird heute von sozialen Kompetenzen gesprochen. In der Definition von Herkner (1991, S. 17), die beschreibt, was die Sozialpsychologie betrachtet: „Die Sozialpsychologie beschreibt und erklärt die Interaktion zwischen Individuen sowie die Ursache und Wirkung dieser Interaktion.“, wird von sozialer Interaktion gesprochen. Grundvoraussetzung für diese sind soziale Kompetenzen. Jene stehen wiederum im konkreten Zusammenhang mit sozialer Interaktion, da sie zum Herstellen und Managen von Kontakten zu Mitmenschen benötigt werden. Eine

funktionierende zwischenmenschliche Interaktion ist ein ausschlaggebender Faktor für die psychische Gesundheit, Lebensqualität und Selbstverwirklichung eines jeden Menschen. (vgl. Hinsch & Pfingsten 2002, S. 3)

Mit sozialer Kompetenz wird die Fertigkeit des Individuums beschrieben, Kompromisse zwischen individuellen Bedürfnissen und sozialer Anpassung zu finden und um zu setzen. (ebd. S. 4) Solche sozial kompetente Verhaltensweisen sind laut Eileen Gambrill (1995, S. 81-118) zum Beispiel: Nein sagen, Versuchungen zurückweisen, auf Kritik reagieren, Widerspruch äußern, Schwächen eingestehen, Gespräche beginnen, Gefühle offen zeigen.

Jedoch birgt der eben genannte Definitionsansatz auf Grund der Vielfältigkeit der sozialen Kompetenzen (wie man an der Aufzählung von Eileen Gambrill sieht) und deren Auflistung von verschiedenen Autoren große Nachteile. Dazu kommen unterschiedlichste Erfahrungen und damit verbundene differenzierte Auslegungsweisen sozialer Kompetenzen durch die jeweiligen Autoren. Der oben genannte Nachteil bezieht sich auf das gleiche Verständnis sozialer Kompetenzen als Basis für Forschen und Handeln.

Hinsch & Pfingsten bestätigen diese Annahme und führen zudem aus, dass auf Grund dieses unterschiedlichen Verständnisses von sozialen Kompetenzen social-skills-Trainingsprogramme sich teilweise stark unterscheiden. (vgl. Hinsch & Pfingsten 2002, S. 4f)

Einen stimmigen Arbeitsansatz vertreten aus meiner Sicht Hinsch & Pfingsten. Die Definition von Hinsch & Pfingsten (2002, S. 5) angelehnt an Döpfner et al. (1981), „Unter **sozialer Kompetenz** verstehen wir die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.“, bildet die Grundlage meiner weiteren Argumentation.

Von dem Arbeitsansatz von Hinsch & Pfingsten ausgehend heißt dies, die Summe, beziehungsweise das Zusammenspiel verschiedener Verhaltensweisen, wird als soziale Kompetenz betrachtet.

Die unterschiedlichen Merkmalsbereiche sozialer Kompetenzen unterscheidet Wiswede (2004) angeknüpft an Müller (1999, in Fischer & Wiswede 2009, S. 468), etwas genauer:

- kommunikative Kompetenzen (zum Beispiel Argumentation)
- Perspektivenübernahme (zum Beispiel Empathie)
- Kritikfähigkeit
 - aktiv (zum Beispiel konstruktive Kritik äußern)
 - passiv (zum Beispiel konstruktive Schlüsse daraus ziehen)
- Kontaktfähigkeit (zum Beispiel Kontakt herstellen und halten)

Die Pluralität der Bereiche zeigt sich an Hand der Ergänzung durch weitere Facetten sozialer Kompetenzen, wie Eigeninitiative, Teamfähigkeit, Selbstsicherheit, usw., die sich in ihrer unterschiedlichen Ausprägung auf Interaktionsverhalten und Interaktionserfolg auswirken. (Fischer & Wiswede 2009, S. 468)

Einen Blick auf die Metaebene lassen die fünf Faktoren, die Cuning (2002, o.S., in ebd. S. 469), durch Auswerten oft zitierter Kompetenzkataloge extrahierte, zu. Diese lauten:

- „Soziale Wahrnehmung und Perspektivenübernahme;
- Verhaltenskontrolle und hohe internale Kontrollüberzeugung;
- Durchsetzungsfähigkeit im Hinblick auf eigene Ziel und Bedürfnisse;
- Soziale Orientierung: sich für Interessen Anderer einzusetzen;
- Kommunikationsfähigkeit: zuhören können und gleichzeitig Einfluss ausüben“

Die fünf Faktoren geben den bestmöglichen Überblick über die sozialen Kompetenzbereiche, den ich in der Literatur gefunden habe. Trotz überzeugender Darstellung der Faktoren dürfte weiterhin ein hoher Entwicklungsbedarf in der Sozialkompetenzforschung vorhanden sein.

Einige Autoren sehen sozial kompetentes/inkompetentes Verhalten als generelles und situationsunabhängiges Persönlichkeitsmerkmal. Laut Hinsch & Pfingsten, sowie Fischer & Wiswede ist jedoch vom Gegenteil auszugehen, da in Studien bisher kein aussagekräftiger Faktor, der ein generelles Persönlichkeitsmerkmal bestätigen würde, herausgefunden wurde. Ähnliche Erkenntnisse gibt es zur Situationsunabhängigkeit. Daraus folgt, dass soziale Kompetenzen sich häufig auf bestimmte Situationen beziehen und diese sehr vielfältig sind, also nicht von *einer* sozialen Kompetenz gesprochen werden kann. (vgl. Hinsch & Pfingsten 2002, S. 6f; Fischer & Wiswede 2009, S. 466)

Im sozialwissenschaftlichen Kontext werden Kompetenzen als lern- und trainierbare Verhaltensfertigkeiten jedes einzelnen und somit als Ressourcen betrachtet, die gefördert werden können. Dies ist gegensätzlich zur der Medizin, die Klienten nach ihren Defiziten beurteilt und rein kurativ arbeitet. (vgl. Hinsch & Pfingsten 2002, S.10f; Fischer & Wiswede 2009, S. 466)

Zusammengefasst betrachtet dürften also soziale Kompetenzprobleme Probleme sein, die es einem Menschen erschweren, auf Grund eines Defizits in der Bereithaltung und der Anwendung von Verhaltensweisen im sozialen Alltag gezielt zu agieren, um langfristig günstige Verhältnisse von positiven und negativen Konsequenzen herzustellen.

3.2 Soziale Interaktion

Der Begriff Interaktion bedeutet in der Sozialwissenschaft, Wechselwirkung von Variablen im statistischen Sinn, Interaktion von Person und Situation im paradigmatischem Sinn und wechselseitige Abhängigkeit zweier oder mehrere Personen im sozialpsychologischen Sinn. Auf die wechselseitige Abhängigkeit sozialer Verhaltensweisen, die auf die mutmaßlichen Reaktionen des Anderen abgestimmt sind, will ich eingehen. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 431)

3.2.1 Allgemein

Wie schon in Punkt 3.1 dargestellt, werden soziale Kompetenzen benötigt, um sozial zu interagieren. Soziale Interaktion bedeutet, mit Mitmenschen in Kontakt zu treten, in Kontakt zu bleiben und diesen nach eigenen Vorstellungen zu beeinflussen. Das heißt sich einbringen, den eigenen Willen formulieren, jedoch auch das Gegenüber in seinem Ganzen, mit seinem Willen, Wünschen, Vorstellungen und Gefühlen annehmen und angemessen darauf reagieren zu können. Genauso gehört das Nein-Sagen sowie das Abbrechen von sozialen Kontakten zur sozialen Interaktion. Soziale Interaktion kann somit als wichtiger Teil sozialer Beziehungen gesehen werden.

Beziehungen können sich zwischen zwei Individuen oder zwischen Individuum und Gruppe entwickeln. Roger stellt Beziehung und Interaktion auf eine Stufe. (vgl. Rogers 1983, S. 54) Des Weiteren führt er aus, dass viele „[...] Beziehungen, in denen wir und andere stehen, in die Kategorie der Interaktion fallen, deren Ziel es ist, Entwicklungen und ein reiferes und angemesseneres Handeln zu fördern“ (ebd. S. 54; Auslassung: L.L) Daraus folgt: Interaktion/Beziehung hat vielfach Entwicklungscharakter für die beteiligten Individuen. In welche Richtung diese Entwicklung letztendlich verläuft, dürfte das „Wie“ der Beziehung/Interaktion bestimmen, das heißt die Ausgestaltung der Beziehung/Interaktion.

Ein wichtiger Faktor von sozialer Interaktion ist die Kommunikation. Sprache ist unter sozialpsychologischen Aspekten betrachtet viel mehr als alleiniges Encodieren und Decodieren der Bedeutung von Wörtern und Sätzen. Sie ist ein integraler Bestandteil sozialer Beziehung und dient unter anderem der Regelung sozialer Strukturen. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 353) Ebenso gilt sie als ein wichtiger Bestandteil sozial kompetenten Verhaltens, wie ich in Punkt 3.1 ausgeführt habe. Somit spielt die Kommunikation bei der Gestaltung der Beziehung/Interaktion und bei deren Regelung eine beachtungswerte Rolle, dies bedeutet, sie könnte als ein zu beurteilender Faktor dieser Ausgestaltung herangezogen werden. Im nächsten Punkt

werde ich dieses Thema speziell in Bezug auf chronisch Epilepsiekranken noch einmal aufgreifen.

3.2.2 Chronisch Epilepsiekranken

Bei chronisch Epilepsiekranken kommt es häufig zu einem Mangel an sozialen Kontakten. Laut Thorbecke 1994 (in Wolf 2003, S. 324) hatten 152 befragte Patienten weniger als einmal pro Woche Kontakt außerhalb der Familie. Als wesentliche Ursachen sind soziale Ängste und fehlende soziale Kompetenzen aufgeführt. Die sozialen Ängste gelten, laut Hinsch & Pfingsten (2002, S. 58) neben anderen als Entstehungsursache sozialer Kompetenzprobleme.

Eingeschränkte Mobilität dürfte diesen Mangel an sozialen Kontakten, sowie das Entstehen sozialer Ängste und sozialer Kompetenzprobleme noch verstärken. Nachfolgend möchte ich einige Einschränkungen der Mobilität, die ich in meiner mehrjährigen Arbeit mit chronisch Epilepsiekranken kennen gelernt habe, nennen: der PKW-Führerschein darf nur nach mehrjähriger Anfallsfreiheit gemacht werden, die teilweise mit Angst begleitete Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel, auf Grund der Anfallgefahr und zum Beispiel der damit verbundenen möglichen Stürze ins Gleisbett der U-Bahn und das aus demselben Grund nur bedingt in Frage kommende Radfahren. Nicht nur die Mobilitätseinschränkung beeinträchtigt die soziale Interaktion in unserer auf Mobilität und Flexibilität ausgelegten Gesellschaft. Erschöpfung, übervorsichtig/behütendes Verhalten Angehöriger und Selbstunsicherheit lassen Epileptiker sich weniger im außerfamiliären Beziehungsbereich bewegen. Durch zusätzlich falsche oder fehlende Information über Sport- und Freizeitmöglichkeiten, wie ich es zum Beispiel bei meinem Kletterprojekt erlebt habe, wird diese Tendenz zusätzlich verstärkt. Meine Erfahrungen in diesem Bereich decken sich weitgehend mit Wolfs (2003, S. 322ff) Ausführungen. Einige wurden mir erst nach dem Lesen seiner Ausführungen richtig bewusst. An Hand der bisherigen Erläuterungen lässt sich ableiten, dass hier Eigenständigkeit und Selbstbewusstsein wichtige Faktoren für

stattfindende soziale Interaktion sind; dies ist auch an Hand der Wohnform der Epileptiker zu beobachten.

Es gehen doppelt so viel selbständig lebende Epilepsiekranken ohne Begleitung außer Haus, als im Vergleich betrachtet bei ihren Eltern lebende. Die Berufswahl ist außerdem durch weitere als die oben erwähnten Einflüsse zusätzlich eingeschränkt. (vgl. Wolf 2003, S. 322ff)

Wie aus den bisherigen Ausführungen zu erkennen ist, beeinflussen viele Faktoren, vor allem aber soziale Ängste, die wiederum zu Sozialkompetenzproblemen führen, und fehlende soziale Kompetenzen die Möglichkeit der sozialen Interaktion und letztendlich diese selbst. Alle haben jedoch etwas gemeinsam, sie erschweren oder beeinträchtigen die Aufnahme sozialer Kontakte. Hier hervorzuheben ist meiner Meinung nach ein starkes Selbstbewusstsein sowie Selbstwirksamkeitserfahrungen, die wiederum ersteres stärken, welche für den Umgang eben benannter Problematiken von enormen Vorteil sind.

Den Stellenwert der Kommunikation als soziale Kompetenz, die zur sozialen Interaktion beiträgt, möchte ich hier an Hand eines Zitates erläutern:

als „[...]eins der lohnendsten und allzu seltenen menschlichen Erlebnisse.“ (Rogers 1983, S. 315; Auslassung: L.L), beschreibt Rogers eine gelungene wechselseitige Kommunikation bei der die Gedanken und Gefühle, sowie deren Bedeutung für diesen Menschen völlig verstanden wurden und dies von allen Kommunikationspartnern. Dieses *verstanden sein* ist eine befreiende Erfahrung für Menschen, die hinter einer Fassade leben, die ihren Gefühlen nicht entspricht. Sie können sich endlich kongruent verhalten und müssen nicht weiterhin Energie zur Aufrechterhaltung der Fassade verwenden. (ebd. S. 315f)

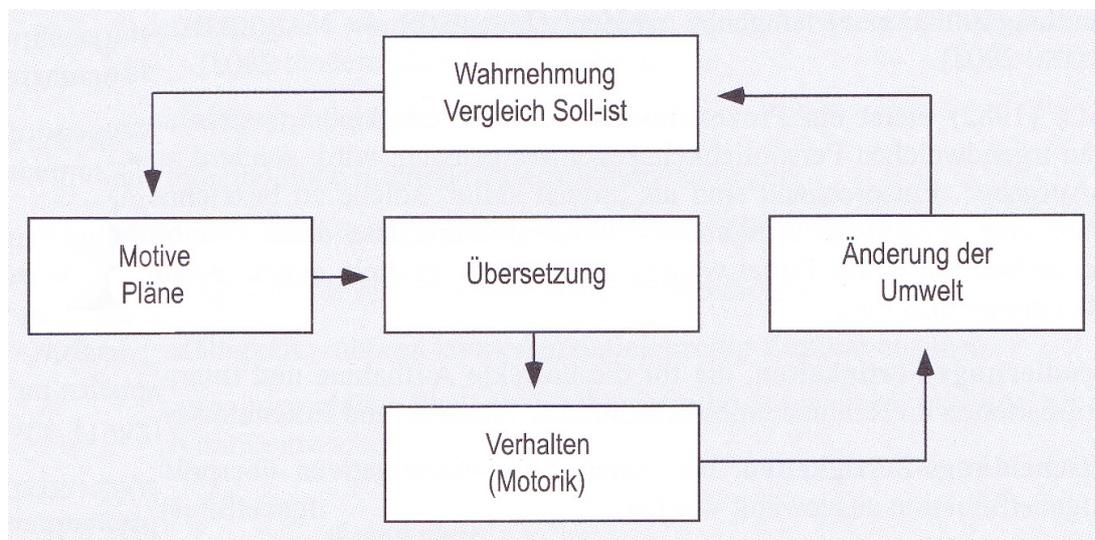
Gerade Epileptiker neigen aus Angst und Scham vor Diskriminierung zum Geheimhalten ihrer Erkrankung und leben somit ein Doppelleben. Die Beeinflussung der Ängste durch Kontrollüberzeugungen, im Sinne eines nur in geringem Ausmaße kontrollierbaren Lebens, werde ich in Punkt 3.4.4 locus of control näher betrachten. (vgl. Wolf 2003, S. 321) Das im vorletzten

Satz von Wolf beschriebene Doppelerleben kann, wie oben von Roger dargestellt, beeinflusst werden. Ein Aufbrechen dieser Fassade dürfte demzufolge erhöhte Angst und Depressivität sowie geringes Selbstvertrauen positiv beeinflussen und Energien können nun für andere Bereiche genutzt werden.

3.3 Sozialverhalten

Abbildung 2 (S. 24) zeigt, wie eine soziale Beziehung laut Argyle abläuft. Der Prozess ist zirkulär. Das Schema ist zur Grundlage von social skills trainings (zum Beispiel zum Üben von Wahrnehmungsgenauigkeit, Interpretationsangemessenheit und Situationsdeutung in spezifischen Situationen) geworden, da es besonders bei der Analyse von Mängeln sozialer Fertigkeiten hilfreich ist.

Abbildung 2: Das Modell sozialer Fertigkeiten (nach Argyle 1972)

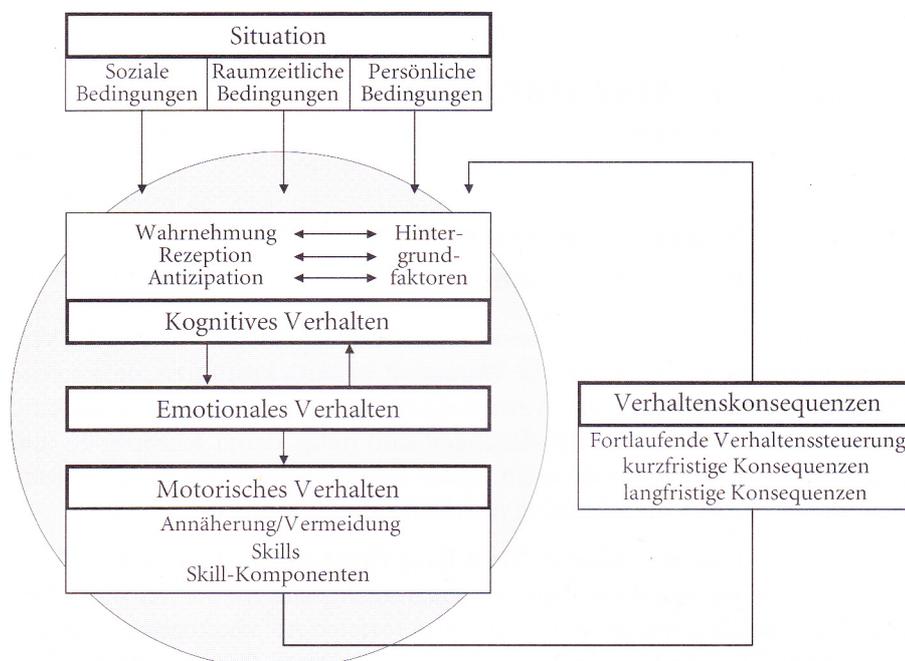


Quelle: Fischer & Wiswede (2009, S. 467)

Am Anfang des Prozesses stehen Motive oder Pläne eines Individuums, die Wahrnehmungsprozesse informieren ihn über den Interaktionspartner, dabei spielt die Wahrnehmungsgenauigkeit (Beobachten non-verbaler Reize) eine wichtige Rolle. Sie stellen die Informationen für die Übersetzung bereit, nach der an Hand der Interpretationsangemessenheit über eine mehr oder weniger angemessene Reaktion entschieden, sowie diese durchgeführt wird. Argyle unterscheidet dabei soziale Kompetenzen, die das Beherrschen und

die Prinzipien des sozialen Verhaltens beschreiben, von Performanz, die die aktuelle Umsetzung in faktisches Verhalten aufzeigt. Die Veränderung der Umwelt, also Konsequenzen des vorhergehenden Handelns werden nun wieder aufgenommen, mit erwartetem Verhalten sowie eigenen Motiven verglichen und dementsprechend das eigene Verhalten angepasst. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 467) Dieser schematische Ablauf beschreibt übersichtlich, wie Verhalten entstehen und sich verändern kann. Ein wenig komplexer und das Modell in Abbildung 2 (S. 24) ergänzend zeigt sich das in Abbildung 3 (S. 25) dargestellte Prozessmodell.

Abbildung 3: Prozessmodell sozial kompetenten/inkompetenten Verhaltens



Quelle: Hinsch & Pfingsten (2002, S. 14)

Ähnlich wie bei dem oberen Modell (Abb. 2, S. 24) wird eine Situation wahrgenommen. Sie zeigt drei Charakteristika auf:

- Soziale Aspekte, wie zum Beispiel Alter, Verhalten, Geschlecht der beteiligten Personen, gesellschaftlicher Hintergrund.
- Raumzeitliche Gegebenheiten, wie zum Beispiel Tageszeit.
- Persönliche Bedingungen, wie zum Beispiel eigene Ziele, Interessen.

Situationen setzen den Prozess durch ihren anfordernden Aufgabencharakter in Gang. Die Aufgabe wird durch die drei eben genannten Charakteristika beeinflusst.

Diese Bedingungen werden wahrgenommen und kognitiv verarbeitet. Jeder Mensch nimmt die Umwelt individuell auf Grund verschiedener Filter, die zum Beispiel von früheren Erfahrungen geprägt sind, wahr. Dadurch kommt es je nach Individuum zu verschiedensten Analysen der Situation und zu deren Bewältigung mit dem als notwendig empfundenen Verhalten. Dies geschieht in wechselseitigem Prozess mit Emotionen. Die kognitive Verarbeitung von Situationen lässt Affekte und Emotionen entstehen, die wiederum die Analyse der Situation und deren Lösung entsprechend beeinflussen. Aus dem Prozess entsteht nun beobachtbares, motorisches Verhalten, das von der interagierenden Person als mehr oder weniger sozial kompetent bewertet wird. Motorisches Verhalten zeigt sich laut Hinsch & Pfingsten (2002, 13ff) nur dann, wenn die Aufgabe in Angriff genommen wird, bei Vermeidung geschieht dies nicht, beziehungsweise in anderem Ausmaße und Form. Die zur Bewältigung der Aufgabe nötigen skills, aus Skill-Komponenten (soziale Fertigkeiten/Kompetenzen) entstanden, sind schon ausführlich unter dem Punkt 3.1 behandelt worden. Auf das motorische/soziale Verhalten reagiert die Umwelt mit Verhaltenskonsequenzen. Dies führt zu kontinuierlicher Steuerung des Verhaltens während der Situation zwischen den Interaktionspartnern. Das motorische/soziale Verhalten hat kurzfristige (innerhalb der Situation) und/oder langfristige (auf ähnliche Situationen in der Zukunft bezogene) Konsequenzen im Sinne von objektiven Verhaltensänderungen der beteiligten Individuen zur Folge. Zudem beeinflusst das jeweilige Verhalten die kognitive und emotionale Verarbeitung und dementsprechend die Speicherung der Situation als Erfolg oder Misserfolg, was sich wiederum auf zukünftiges Verhalten in ähnlichen Situationen auswirkt. (vgl. Hinsch & Pfingsten 2002, S. 13ff)

Bedingungen für sozial inkompetentes Verhalten, welches erst nach langfristigen Überwiegen negativer Konsequenzen auf vorhergehendes Verhalten als dieses betrachtet wird, werde ich nun kurz aufzeigen.

Kontrovers diskutiert wird der monokausale Erklärungssatz, in dem angenommen wird, ein einziger Faktor des Prozessmodells ist ursächlich für sozial inkompetentes Verhalten. Im multikausalen Erklärungsansatz bedienen sich Hinsch & Pfingsten verschiedener Elemente aus bestehenden Theorien und setzen diese zu einem eigenen Erklärungsansatz zusammen. Durch ungünstige Prozessabläufe kann auf allen Ebenen sozial inkompetentes Verhalten entstehen. Sie stützen sich hauptsächlich auf fünf Teilprozesse, die zu sozialen Kompetenzproblemen führen können. Diese sind:

- Situationale Überforderung
- Ungünstige kognitive Verarbeitung von Situationen
- Ungünstige emotionale Prozesse
- Motorische Verhaltensdefizite
- Ungünstige Verhaltenskonsequenzen

(vgl. Hinsch & Pfingsten 2002, S. 17ff)

Dieser kurze Exkurs dient der Vervollständigung des Themas, eine weitere Ausführung ist meines Erachtens nicht notwendig.

3.4 Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit oder Effizienz-Erwartung bewirkt laut Banduras Lerntheorie am Modell, zusammen mit dem gespeicherten Modell-Ereignis und der Konsequenz-Erwartung, die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, faktisches Verhalten umzusetzen. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 71)

Als Quellen der Selbstwirksamkeit führt Bandura (1997, 79-115), folgende fünf Faktoren auf:

- a. *Enactive Mastery Experience* (direkte Erfahrung persönlicher Meisterschaft), auch Effizienzerfahrung genannt, das bedeutet je häufiger und besser es mir bisher gelungen ist, ein Verhalten auszuführen und damit Erfolg hatte.

- b. *Vicarious Experience* (stellvertretende Erfahrung oder Beobachtung), das heißt die Beobachtung vergleichbarer sozialer Vorbilder, deren Vergleich mich motiviert, mein Verhalten zu verbessern, wenn diese ihr Ziel erreichen.
- c. *Verbal Persuasion* (mündliche Überzeugung), das heißt verbale Kommunikation zum Thema, zum Beispiel, in dem ich Ratschläge befolge, beziehungsweise mich durch Gespräche dazu bewegen lasse, etwas zu anders zu machen, kann mein Verhalten ändern.
- d. *Physiological and Affective States* (physiologische und emotionale Zustände), sprich der Einfluss von Emotionen, Launen und Stimmungen. Verbesserung des physischen Zustandes und positive Emotionen, Launen und Stimmungen führen zu vermehrter Selbstwirksamkeitsüberzeugung.
- e. *Integration of Efficacy Information* (integriertes Wissen um Selbstwirksamkeitsinformationen), die Einschätzung persönlicher Wirksamkeit basiert auf den diagnostischen Fähigkeiten des Individuums bezüglich der vier vorangehenden Faktoren, denen Informationsverarbeitungsprozesse vorangehen.

Werden diese fünf Faktoren weitgehendst erfüllt, vermehren sich Selbstwirksamkeitserfahrungen, die die empfundene Selbstwirksamkeit der jeweiligen Person steigert. Eine meiner Meinung nach gelungene Zusammenfassung der Folgen von hoher oder niedriger Selbstwirksamkeit nach Bandura, ist die von Fischer & Wiswede. Sie beschreiben vor allem diese Konsequenzen:

- „Überzeugungen hinsichtlich der Selbstwirksamkeit beeinflussen, wie Menschen Alternativen wahrnehmen, welche Anstrengungen sie in ihre Aktivitäten investieren, wie lange sie mit Nachdruck ihre Ziele verfolgen und trotz auftretender Schwierigkeiten, Ablenkungen und Misserfolge durchzuhalten vermögen;
- Sie steuert, ob die Denkmuster der Handelnden eher selbstwertschädlich oder selbstwertdienlich sind;
- Sie beeinflusst die Belastbarkeit und das Ausmaß an Stress, das ertragen beziehungsweise kontrolliert werden kann;

- Sie beeinflusst die generalisierte Kompetenz in verschiedenen Lebensbereichen und verschafft positive Erfolgserlebnisse und persönliches Wohlergehen.
- Sie bestimmt die Wahl der Reize und der Situationen, die P [P bedeutet Person Erg. L.L.] aufsucht oder vermeidet. Sie schafft zusätzlich Optionen alternativer Handlungen oder Entscheidungen, die im Bedarfsfalle zur Verfügung stehen.“ (Bandura 1997, L.L: bezieht sich auf das gesamte Werk Banduras, zit. n. Fischer & Wiswede 2009, S. 72)

Hinsch & Pflingsten greifen die Selbstwirksamkeitstheorie Banduras auf und wenden sie auf den Bereich soziale Kompetenzen an, sie sprechen hier von Kompetenzerwartung oder Kompetenzvertrauen. Die fünf Faktoren, die für Bandura hauptsächlich für das Ausmaß der Selbstwirksamkeit verantwortlich sind, werden ebenso auf das Kompetenzvertrauen angewandt. Das heißt, eine reine Überzeugung, durch entschiedenes Auftreten in bestimmten Situationen dementsprechende Konsequenzen zu erreichen, reicht nicht aus, damit sich ein Individuum dieses Verhalten auch zutraut. Hier spielen vor allem die zwei Faktoren a. *Enactive Mastery Experience* und c. *Physiological and Affective States* von den fünf von Bandura beschriebenen Faktoren, die hauptsächlich für die Selbstwirksamkeit verantwortlich sind, eine Rolle. In einer Studie fanden Hinsch & Pflingsten heraus, dass mangelndes Kompetenzvertrauen mit sozialer Unsicherheit in Verbindung steht und sie schlossen daraus, dass der Mangel an Kompetenzvertrauen sozial unsicherer Menschen vor allem durch die Faktoren a. und c. beeinflusst wird. Zudem wurde ein Zusammenhang von Kompetenzvertrauen und sozial kompetentem Verhalten hergestellt. (vgl. Hinsch & Pflingsten 2002, S. 26f)

Fischer & Wiswede (2009, S. 72) führen aus, dass in älteren Lerntheorien davon ausgegangen wurde, dass das Auftreten von Verhalten immer mit den zu erwartenden Konsequenzen in direkter Verbindung steht, in Banduras Selbstwirksamkeitstheorie hängt es von mehreren Faktoren ab. Natürlich kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Selbstwirksamkeit allein für das Auftreten von Verhalten verantwortlich gemacht werden kann. Jedoch dürfte sie, mit ihren oben aufgeführten Faktoren und den damit verbundenen Konsequenzen, zu den notwendigen Bedingungen zählen.

3.4.1 Selbstrepräsentation

Kompetente Selbstrepräsentation bedeutet laut Goffmann (2007, S. 19ff, 31ff), eine möglichst positive Darstellung eines Individuums nach außen und der dementsprechenden Erwartung an andere, dies auch zu tun. Wie Goffmann ausführt, spielen die Menschen verschiedene, den jeweiligen sozialen Kontexten angepasste Rollen. Wenn sich das Individuum in der sozialen Situation sicher fühlt, was meist mit dem Innehaben einer sozialen Position und einer damit verbunden Rollenerwartung einhergeht, kann diese besser erfüllt und somit vom Gegenüber einfacher bewertet werden. Bei sozialen Situationen mit größeren Gestaltungsspielräumen ist dies nicht der Fall, hier präsentieren sich die Individuen durch den Aufbau einer Fassade. (ebd. S. 23ff) In Punkt 3.2.2 Soziale Interaktion bei chronisch Epilepsiekranken habe ich die Inkongruenz, die Unstimmigkeit zwischen Gefühlen und Gedanken mit dem dargestellten Rollenbild, als große Belastung für den Betroffenen aufgeführt.

Das Prinzip der Selbstrepräsentation werde ich nun versuchen zu erläutern. Eine Person hat ein bestimmtes Ziel vor Augen; zu dessen Erreichen, soweit es mit Interaktion zu tun hat, ist zwangsläufig soziales Verhalten, aber auch Mimik, Gestik, Körperhaltung usw. notwendig. Das Auftreten des einzelnen Individuums in Interaktionssituationen zeigt dessen Kompetenzen, die Einstellung und die Intuition in den jeweiligen Bereichen, bewusst oder unbewusst, geplant oder nicht. Das Gegenüber kann sich daraus ein Bild über die Person machen und zeigt darauffolgend eine Reaktion auf das vorliegende Verhalten (s.a. Abb. 3, S. 25). Aus verschiedenen Gründen muss dieses Auftreten/diese Rolle, wie oben beschrieben, nicht mit dem eigenen Fühlen und Denken übereinstimmen. Dies ist, wenn es bewusst geschieht, oft zur eigenen Zielerreichung sogar gewollt, geschieht jedoch auch unbewusst auf Grund sozialer Unsicherheit. Vor allem bei langen Interaktionsphasen entstehen dadurch weitere Probleme, zum Beispiel wird es schwierig die Inkongruenz zu verbergen und die Interaktionspartner deuten dies oft als negative Charaktereigenschaft. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 408; Hinsch & Pflingsten 2002, S. 25) Chronisch Epilepsiekranken verschweigen oft ihre Epilepsie und leben somit mit der Inkongruenz

zwischen Gefühlen, Gedanken und dem dargestellten Rollenbild, wobei es sich hier meist um einen Schutzmechanismus vor Diskriminierung handelt. Hinzu kommt noch die negative Konsequenzerwartung der Betroffenen, nicht den Eindruck zu erwecken und aufrecht zu erhalten, den sie wünschen. (vgl. Wolf 2003, S. 321f)

Dies alles zusammen könnte den Aufbau einer zwischen gezeigtem Verhalten und Denken/Fühlen inkongruenten Rolle und das Festhalten an jener begünstigen. Wenn dieser Vorgang zwanghaft (ohne das Vorhandensein nutzbarer Verhaltensalternativen) geschieht, mit großer Anstrengung verbunden und mit negativen Gefühlen, wie zum Beispiel Angst, belegt ist, dürfte sich das Aufrechterhalten der Rolle für den Betreffenden als äußerst anstrengend darstellen. Zudem würde der chronisch Epilepsiekranke alle Möglichkeiten ausschöpfen, um die Fassade aufrecht zu erhalten, da Anfälle von ihm oft als schambesetzter Kontrollverlust erlebt wurden. Als einen Faktor, weshalb Epilepsie von den Betroffenen als chronische Bedrohung gesehen wird, zählt Wolf (2003, S. 321) eben dieses häufige Erleben schambesetzter Kontrollverluste auf. Also könnte man daraus schließen, dass der chronisch Epilepsiekranke seine Kontrollüberzeugung, bezüglich seines Lebens mit der Epilepsie, stark von äußeren Faktoren beeinflusst sieht und es selbst nicht als kontrollierbar erlebt. Somit dürfte ihm der Fortbestand der zwischen gezeigtem Verhalten und Denken/Fühlen inkongruenten Rolle den Schein eines kontrollierbaren Lebens vermitteln.

Das heißt, es würde extrem schwer sein, hinter diese Fassade/Rolle, auf seine wirklichen Gedanken und Emotionen, zu blicken. Die befürchteten auf kongruentes Verhalten folgenden Konsequenzen müssten, um diese als Außenstehender verstehen zu können, vom Individuum selbst thematisiert werden, eine andere Person kann diese nur erahnen. Das Wissen der Interaktionspartner um die befürchteten Konsequenzen kongruenten Verhaltens (gleich zu setzen mit einer Offenbarung der Krankheit vor anderen) von chronisch Epilepsiekranken, könnte dem Betroffenen somit helfen, psychische Belastungen, durch systematisches Verschweigen aufgebaut, abzubauen.

Sozial kompetente Verhaltensweisen, die der Unsicherheit (den Gefühlen und dem Denken angepasstes Verhalten zu zeigen) und dem zwanghaften Selbstrepräsentieren einer Rolle begegnen, können zum Beispiel durch soziale Kompetenztrainings angeeignet werden. Eine Umsetzung dieser Verhaltensweisen im Alltag geschieht jedoch erst nach individueller Einschätzung des Betroffenen der für ihn zu erwartenden Konsequenzen und deren Beurteilung als positiver als die zuvor erwarteten. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 408; Hinsch & Pfingsten 2002, S. 25)

Ebenso benötigt ein Mensch, der Facetten seines Wesens ablehnt, laut Rogers, ein aufnahmebereites Klima, in dem er erst in der Lage ist, diese als einen vorläufigen Teil seines Selbst zu akzeptieren. Um „Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist[...]“ (Rogers 1983, S. 173; Auslassung: L.L) ist die Entwicklung der Erfahrungsoffenheit ein wichtiger Bestandteil. Dies ist jedoch nicht einfach und Menschen die verleugnete Teile ihres Selbst das erste Mal bewusst offen erleben, lehnen diese häufig zuerst ab. Erst wenn sie sich in einem aufnahmebereiten Klima selbst tiefer erfahren und langsam akzeptieren lernen, davon geht Rogers aus, können sie offener und freundlicher in sich hineinhören und die Botschaften physischer Reaktionen besser deuten, womit sich die Reaktionen nach außen ändern, sowie die Offenheit für Erfahrungen der äußeren Realität. (ebd. S. 173ff)

Wie am letzten Abschnitt deutlich ersichtlich, ergänzen, überschneiden und beziehen sich die Darstellungen des Punktes Selbstrepräsentation mit denen des Punktes Selbstwahrnehmung.

3.4.2 Selbstwahrnehmung

Eine wichtige Quelle der Selbsterkenntnis ist die Beobachtung des eigenen Verhaltens. So will ich als einleitenden Gedanken zur Selbstwahrnehmung Bem (1972, o.S., in Aronson et al. 2008, S. 140f) zitieren:

„Die Selbstwahrnehmungstheorie besagt, dass unsere Einstellungen und Gefühle, sofern sie schwer definierbar und vieldeutig sind, durch die

Beobachtung unseres Verhaltens und der Situation, in der dieses Verhalten auftritt, erschlossen werden können.“

Dieser Theorieansatz sagt aus, dass Menschen Selbstwahrnehmung, über die Beobachtung ihres Verhaltens und der Situation, zur Erklärung ihrer nicht bewussten Gefühle und Einstellungen heranziehen. Aronson et al. (2008, S. 141) beschreibt, dass die Selbstwahrnehmung zudem zur Beurteilung, ob das Verhalten wirklich ihre Gefühle und Einstellungen widerspiegelt oder dies eine Reaktion auf die bestimmte Situation ist, verwendet wird.

In engem Zusammenhang mit der Selbstwahrnehmung stehen Attributionsprozesse. Bei diesem Prozess geht es dem Menschen um das Wissen der Ursache-Wirkungs-Relationen, auf Grund derer er Umweltereignisse besser erklären, vorhersehen und kontrollieren kann. Unter motivationalen Einflüssen oder der fehlenden Verfügbarkeit der Gesamtinformation bestimmter Situationen, erklären sich die Menschen die jeweilige Situation unter zu Hilfenahme von Erinnerungen aus ähnlichen Situationen, Standard-situationen oder Medien, die diese „Lücken“ schließen. Dass wir auch bei eingeschränkter Informationsgrundlage dem Verhalten der Interaktionspartner Ursachen zuordnen können, führt Kelly (1972/73, o.S., in Sader & Weber 1996, S. 79) auf die Benutzung kausaler Schemata zurück. Hierdurch entsteht, meist unbewusst und automatisch, ein individuell verzerrtes Bild der sozialen Realität. So können Menschen nicht völlig erklärbare Situationen als logisch, vorhersehbar und damit kontrollierbar empfinden. Des Weiteren dient es zur Variablenreduktion, das heißt dem Ausschließen mehrerer Ursachen oder der größtmöglichen Vereinfachung, Hervorhebung des Wesentlichen und Reduktion von Komplexität. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 257ff; Sader & Weber 1996, S. 73ff)

Sader & Weber (1996, S. 80) bestätigen dies, sie sagen: „[...]“, dass wir mit gutem Grund auf Vereinfachungstendenzen hin angelegt sind und im Alltag ständig solcher Variablenreduktionen bedürfen, wenn wir überhaupt handeln wollen.“ (Auslassung: L.L.) Schlussfolgernd hieße dies, die Benutzung kausaler Schemata ist im Alltag äußerst wichtig, um handlungsfähig zu bleiben.

Sobald es um Bewertung und Erklärung von Verhalten geht, ist es bedeutend zu wissen, ob und wie attribuiert wurde. Zu den Theorien, die sich mit Ursachen und Ergebnissen einer sich selbst reflektierenden Person beschäftigen, gehören die oben aufgeführte Selbstwahrnehmungstheorie von Bem und die unter Punkt 3.4.4 behandelte Kontrolltheorie von Rotter. Die Attributierung wirkt sich je nach Zuschreibung der Ursache und des Ergebnisses auch auf das Selbstwertgefühl aus. Das heißt, ob das Selbstwertgefühl erhöht oder geschwächt wird, hängt von verschiedenen Faktoren und deren Kontrollierbarkeit ab. Dies werde ich in Punkt 3.4.4 näher ausführen. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 257ff; Sader & Weber 1996, S. 73ff)

Auf Grund des Umkehrschlusses aus den Attributionstheorien, die die Beeinflussung der Ursache für Verhalten erforschen, könnte man somit ableiten, dass das Verhalten des Individuums durch die Attributionsprozesse beeinflusst wird und sein Verhalten dementsprechend verändert, was wiederum Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung hat. Mit dem Wissen um Attributionsprozesse könnten daher sogar Rückschlüsse auf die Ursache bestimmter Verhaltensweisen gezogen werden.

Die erhöhte Selbstwahrnehmung von Angst, hier soziale Ängste, steht laut Hinsch & Pfingsten im Zusammenhang mit sozialen Kompetenzproblemen und sozialer Unsicherheit. Die in einer Situation erlebte Angst steigert zu dem das Gefühl des Kontrollverlustes in der Situation, dies verstärkt wiederum die Angst. Ein angstbesetzter Teufelskreis kann dadurch entstehen. Die sich daraus ergebenden Reaktionen, wie zum Beispiel Vermeidungs- und Fluchtendenzen verstärken sich und führen zudem zur Beeinträchtigung des Kompetenzvertrauens. Die Auslösungsprozesse können sich auf Dauer stark verkürzen und mit der erhöhten Selbstaufmerksamkeit sozialängstlicher Klienten den Teufelskreis beschleunigen. Bei der Einschätzung der Bedrohlichkeit einer Situation liegt der Fokus dieser Menschen bei ihren Angstgefühlen, statt bei den objektiven Situationsmerkmalen. (vgl. Hinsch & Pfingsten 2002, S. 35f)

Aus dem oberen Absatz zusammengefasst hieße dies, soziale Unsicherheit und damit verbundene Kompetenzprobleme führen zu Vermeidungs- und

Fluchttendenzen, beeinträchtigen Kompetenzvertrauen und verstärken diese Tendenz durch ihren zirkulären Verlauf. Dies bestätigt den in Punkt 3.4 aufgeführten Zusammenhang von sozialer Unsicherheit und Kompetenzvertrauen.

3.4.3 Lernen von Erwartungen – Rotters soziale Lerntheorie

Rotter spricht in seiner sozialen Lerntheorie von Erwartungslernen. Hierbei ist ein zentraler Punkt die Antizipation von Konsequenzen, das heißt das wahrscheinliche Annehmen, dass eine Konsequenz eintritt, also die Erwartung selbst. Die Antizipation muss nicht die Bedürfnisbefriedigung zur Folge haben, nein es bedeutet sogar das Gegenteil, die Erwartung selbst beeinflusst das Verhalten. Die eintretenden Verstärkungen sind systematisch miteinander verbunden. Individuen erwarten, dass einzelne Belohnungen von bestimmten Ereignissen weitere Belohnungen nach sich ziehen, also eine Art Kettenreaktion bilden. Je stärker ein Individuum eine Belohnung erwartet, desto intensiver beeinflusst dies sein Handeln. (vgl. Rotter 1954, 1982, 1972, o. S., in Fischer & Wiswede 2009, S. 74)

Rotter (ebd. S. 74) geht in seiner Theorie von vier Variablen aus:

1. „Verhaltenspotential,
2. Erwartung,
3. Verstärkungswert und
4. psychologische Situation.“

Hierbei hängt das Verhaltenspotential wiederum von der Erwartung, dass ein Verhalten zu einer Verstärkung führt, sowie von dem Verstärkungswert des Ziels ab. Die Erwartung und der Verstärkungswert sind nicht konstant, variieren somit je nach Situation. Die Variablen sind mit folgenden Konstrukten verbunden: generalisierte und spezifische Erwartungen, minimales Zielniveau und Lokation der Kontrolle (locus of control, siehe 3.4.4). Diese Verbindungen versuche ich nun kurz darzustellen. Die Einschätzung des Verstärkungswertes erfolgt an Hand eines minimalen Zieles, das positive, neutrale und negative Verstärkungsergebnisse anzeigt.

Durch bereichsübergreifende Erfahrungen und entsprechende Antizipation entstehen generalisierte Erwartungen. Die Gesamterwartungen sind eine Abbildung der Menge an spezifischer und generalisierter Erwartungen. (vgl. ebd. S. 73ff)

Das Bestehen generalisierter Erwartungen oder der Erwartensgeneralisierung wurde durch ein Experiment von Crandall (1951, S. 400ff, in Fischer & Wiswede 2009, S. 74), nachgewiesen. Daraus ging hervor, dass Erfahrungen in einem Bedürfnisbereich, zum Beispiel im Bereich körperliche Fähigkeiten, durch entsprechende Antizipation auf andere, zum Beispiel dem Bereich akademische Fähigkeiten generalisiert wurden. Generalisierte Kontrollerwartungen dürften also dem zu Folge systemisch miteinander verbundene Verstärkungen sein, deren weitere Verstärkungsfolgen das Individuum glaubt zu erwarten. Das heißt, das Individuum nimmt zum Beispiel, auf einer erfolgten Belohnung beruhend, gedanklich das Folgen weiterer Belohnungen vorweg und handelt dieser gedanklichen Vorwegnahme entsprechend.

Der folgende Satz bestätigt dies: generalisierte Erwartungen vom Typ der Kontrollüberzeugung haben stärkere oder schwächere Wahrscheinlichkeit des gemeinsamen Auftretens von Verhalten und Ergebnis zur Folge. Haben also internale (= Kontrolle durch das Individuum selbst) oder externale (= Kontrolle durch andere, beziehungsweise externe Kontrolle) Kontrollerwartungen Bestand, kann dies, in Verbindung mit der Erfahrung von stärkerer oder schwächerer Übereinstimmung von Verhalten und Ergebnis, zur Persönlichkeitseigenschaft werden. Beziehen sich generalisierte Erwartungen auf zwischenmenschliches Vertrauen, so wirken sie hinsichtlich der Bildung stabiler Interaktionsmuster. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 73)

3.4.4 „locus of control“ – generalisierte Kontrollerwartung

Im Abschnitt Lernen von Erwartungen als ein Teil der sozialen Lerntheorie Rotters kennengelernt, ist locus of control/Lokation der Kontrolle auch als eigenes Fragment bedeutsam. So wurden die Lokation der Kontrolle in der Sozialpsychologie vor allem im Zusammenhang mit sozialen Einflüssen und

Konformität untersucht, in der Wirtschaftspsychologie wurde deren Bezug zu Effizienzvariablen erforscht und in der Sozialisationsforschung sind, meist ohne Bezug auf Rotter, ähnliche Konzepte entwickelt worden. Gerade der Bereich der „internals“ wurde hier fokussiert. (ebd. S. 74f)

Das Konzept der Kontrollüberzeugung von Rotter beschäftigt sich weniger wie bei den Attributionstheorien mit den Verhaltensursachen, sondern mit dem Thema, ob man selbst oder anderer/ein Schicksal die Kontrolle über ein Ereignis und dessen Verlauf hat. (vgl. Rotter 1966, o.S., nach Sader & Weber 1996, S. 88) Rotters Ansatz wird als Grundlage von vielen weiteren Attributionstheorien verwendet. Die Kontrollierbarkeit von Situationen nimmt hierbei theorieübergreifend einen wichtigen Stellenwert ein (zum Beispiel in Fischer & Wiswede 2009, S. 268).

Wie Rotter ausführt, ist der „locus of control“ eine generalisierte Erwartung, die mit der Erwartung, dass ein Verstärkerereignis eintritt, verknüpft ist. Hieraus leitet sich der Begriff Kontrollüberzeugung ab, bei dem es um interne Kontrolle (= Kontrolle durch das Individuum selbst) und externe Kontrolle (= Kontrolle durch andere, beziehungsweise externe Kontrolle) geht. Es handelt sich hierbei um subjektiv wahrgenommene Kontrollüberzeugungen, die Rotter auch als Persönlichkeitszug verstand. Unterschieden hatte er in „externals“, Menschen, die glauben, externe Umstände ändern zu können, und „internals“, die glauben, wenig an den Umständen ändern zu können. (vgl. Rotter 1954, o.S., 1982, o.S., in Fischer & Wiswede 2009, S. 74, 126)

Somit kommt es darauf an, ob ein Mensch erwartet, Ereignisse selbst beeinflussen zu können oder diese durch einen externen Faktor als beeinflusst ansieht, also erwartet, dass das Ergebnis nur von anderen beeinflusst werden kann. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 126; Sader & Weber 1996, S. 127) In Verbindung mit der Kontrolltheorie Rotters hieße dies, die Erwartung, ein Ereignis beeinflussen zu können, vermittelt dem Individuum den Glauben, die Kontrolle über die Situation zu besitzen, die gegenteilige Erwartung vermittelt den Glauben eines Kontrollverlustes in dieser.

Ein kurzer Exkurs in die Motivationsforschung zeigt auf, warum besonders im Hinblick auf Selbstwirksamkeit die Kontrollüberzeugungen eine besondere Bedeutung haben.

Im Zusammenhang mit Erfolg und Misserfolg und der Motivation zu diesen attribuiert eine erfolgsmotivierte Person Erfolg vor allem mit internalen Faktoren (hauptsächlich auf die Anstrengung und Begabung/Fähigkeiten hin), Misserfolgsmotivierte diesen auf externale, beziehungsweise nicht zuordenbare Faktoren (zum Beispiel äußere Einflüsse) hin. Misserfolg scheint für den Erfolgsmotivierten von kontrollier- und veränderbaren Faktoren abzuhängen, da er ihn in Verbindung mit zu geringer Anstrengung bringt und nur manchmal mit Pech. Das bedeutet, er erwartet durch vermehrte Anstrengung in der Zukunft Besseres leisten zu können. Für Misserfolgsmotivierte aber scheinen die Faktoren als kaum veränderbar, da dieser seine Fähigkeiten als mangelhaft, die Aufgabenschwierigkeit als zu hoch oder als nicht greifbar erlebt. Der Erfolgsmotivierte ist stolz auf seine Leistungen und ist bei Misserfolg motiviert, seine Anstrengungen zu erhöhen, um Erfolg zu haben. Durch das Überwiegen positiver Selbstbewertungsemotionen bei Erfolgsmotivierten steigern diese ihre Tüchtigkeit, die Erwartungen auf Erfolg und den Anspruch der Aufgaben. Der Misserfolgsorientierte verspürt überwiegend Beschämung und Entmutigung auf Grund seiner Misserfolge, also negative Selbstbewertungsemotionen. Die Erfolgserlebnisse können das Vorherrschen negativer Selbstbewertungsemotionen nicht ausgleichen, da Erfolge von ihnen nicht auf eigene Fähigkeiten zurückgeführt werden. (vgl. Heckhausen 2006, S. 179ff).

Abgeleitet von dem oben aufgeführten Theorieansatz von Heckhausen müsste also gelten, die Attributierung auf veränderbare und kontrollierbare Faktoren hin (zum Beispiel Anstrengung) ist generell selbstwertdienlicher, als auf nur schwer veränderbare/unveränderbare und unkontrollierbare Faktoren (zum Beispiel Begabung oder nicht lokalisierbare externe Faktoren). Bei Erfolgserlebnissen sollte, um eine möglichst hohe Steigerung des Selbstwertes zu erreichen, am besten auf internale Faktoren hin, das heißt auf die eigenen Fähigkeiten, attribuiert werden. Die Attributierung löst zudem eine positive oder negative Verstärkung der Erwartung auf Erfolg aus. Daraus

könnte man schließen, dass der Erfolgsmotivierte durch diesen Prozess Selbstwirksamkeit erlebt und an Selbstwert gewinnt, der Misserfolgsmotivierte jedoch durch gleiche Erlebnisse entmutigt wird und dies sein Selbstwertgefühl folglich sinken lässt. Positive Kontrollüberzeugungen würden bei Erfolgsmotivierten ebenso wie negative bei den Misserfolgsorientierten somit verstärkt.

3.5 Selbstkonzept

Bis in die 60er Jahren beruhte die Selbstkonzeptforschung auf der Persönlichkeitspsychologie. Sie ging, ähnlich wie bei den Sozialkompetenzen, von festen, die Zeit überdauernden Faktoren aus, die nicht, beziehungsweise extrem schwer veränderbar sind. Sie bilden, durch Sozialisationsprozesse entstanden, eine feste Identität, deren überdauernde Kognitionen oder Bewertung der eigenen Person nur schwer durch therapeutische Arbeit verändert werden kann. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 391)

Im 20. Jahrhundert beschäftigten sich die Forscher der Sozialpsychologie, im Zusammenhang mit kognitiven Theorien, mit dem Gegenstand des Selbstkonzeptes als ein „[...]Konglomerat von Bildern, Schemata, Konzepten, Typen, Theorien oder Zielsetzungen“ (Heckhausen 2003, S. 494). Dessen zur Folge kann es nicht als ein starres und überdauerndes Konzept angesehen werden. Auf Grund von Alltagserfahrung bestätigte sich diese Sichtweise, da Individuen verschiedene soziale Situationen als widersprüchlich erleben und zudem unterschiedliche Maßstäbe zur Beurteilung ihres Verhalten heranziehen, dies ist für das Individuum ebenso an anderen Personen beobachtbar. Empirisch wurde außerdem belegt, dass soziale Prozesse, wie Vergleich und Bewertung, das Selbstkonzept beeinflussen. Im Hinblick auf diesen Hintergrund wird das Selbst als aktiv angesehen. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 392f)

In folgendem Absatz stelle ich kurz das dialogische Konzept des Selbst dar. Die reflexive Sicht auf sich selbst als Objekt, durch Übernahme von Standpunkten von für einen selbst bedeutsamer anderer Personen, das heißt

deren Betrachtung und Bewertung durch einen selbst, beschreibt das Selbst als dialogisches Konzept. Das als eigenständig handelnde Subjekt ist also ebenso Objekt seiner eigenen Reflexion. Es entspricht somit der sozialen Struktur im Individuum, die sich aus sozialer Interaktion entwickelt. Als dialogischer Prozess verstanden, besteht das Selbst aus dem urteilend denkenden „Ich“ (subjektiv) und aus dem aus der Gesamtheit der Einstellungen zu uns selbst und zu unserer Umwelt bestehenden „Mich“ (Objekt des reflektierenden Ichs). (ebd. S. 392ff)

Die Definition des Selbst, mit der Unterscheidung des „Mich“ und „Ich“, geht zurück auf den Psychologen und Philosophen William James.

Das „Ich“ steht laut James für das Selbstbewusstsein, welches nur durch die oben aufgeführte Fähigkeit des Individuums, sich selbst zu reflektieren, entstehen kann. Er nennt drei Bereiche des „Mich“-Selbst, den materiellen, den geistigen und den sozialen; wobei er hier von so vielen sozialen Selbst spricht, wie es Personen mit einem sozialen Bild von dem Individuum gibt. Zu jedem Bereich zählt er Bestände auf, dies bedeutet das Selbst besteht laut James aus Selbstbeständen. (vgl. James 2007, S. 291ff)

In neueren Ansätzen, die nun den Begriff Selbstkonzept benutzen, steht das integrierte und organisierte Wissen um uns selbst mehr im Vordergrund und nicht die Aufzählung von Beständen, wie James sie zu den jeweiligen Bereichen formulierte. (vgl. Sader & Weber 1996, S. 155) Ein neuer Ansatz ist zum Beispiel der von Epstein.

Epstein sieht das Selbstkonzept als eine Selbsttheorie an. Diese soll unsere Erfahrungen so organisieren, dass wir sie möglichst effektiv bewältigen können und sie soll unser Selbstwertgefühl erhalten. So soll die Anpassung an die Umwelt und die Lust-Unlust-Balance optimiert werden. (vgl. Epstein 1973, S. 404ff, 1990, o.S., nach Sader & Weber 1996, S. 155ff)

Als von der Literatur beschriebene Quellen des Selbst führen Sader & Weber (1996, S. 155ff) folgende an:

1. Die Beobachtung des eigenen Verhaltens;

2. Die Interaktion mit Anderen. Bei diesem Prozess kommt es zur Selbstdefinition über andere, das heißt was ein Individuum denkt, dass andere von ihm halten; dies geschieht also meist über Vermutungen, da nur selten direkt und offen reflektiert wird;
3. Der soziale Vergleich. Hierbei vergleicht das Individuum seine Fähigkeiten, Einstellungen und Meinungen mit objektiven Größen oder wenn nicht vorhanden, mit den Fähigkeiten, Einstellungen und Meinungen anderer.

Die drei Quellen sind nicht nur für die Konstruktion des Selbstkonzeptes verantwortlich, sie beeinflussen zudem soziale Interaktion und somit auch sozialpsychologische Phänomene. Intrapsychisch sind die Auswirkungen der Prozesse ebenso erkennbar, zum Beispiel bei der Stressbewältigung, indem sich die Person an anderen orientiert, denen es noch schlechter geht. (vgl. Sader & Weber 1996, S. 156ff)

Laut dem informationstheoretischen Ansatz nach Markus (1977, o.S., in Hannover 2000, S. 242) werden die Wahrnehmung und Verarbeitung selbstkonzeptrelevanter Informationen auf Grund von Selbstschemata geleitet und strukturiert. Siehe hierzu Punkt 3.5.3.

3.5.1 Selbstaufmerksamkeit

Im Bezug auf das „Ich“ möchte ich auf zwei Selbstkomponenten, aus deren Dialog sich Verhaltenskonsequenzen ergeben könnten, näher eingehen. Dies ist die Selbstaufmerksamkeit, die sich mit der Frage des Selbstbildes und dem Willen des Selbst beschäftigt, und die Selbstüberwachung, bei der es um die Darstellung und Wirkung auf andere geht, auf die im Punkt 3.5.2 näher eingegangen wird. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 396)

Der Begriff der objektiven Selbstaufmerksamkeit wurde von Duval & Wicklund und Carver & Scheier als empirisch tragfähiges Konzept entwickelt. Hier richtet der Mensch die Aufmerksamkeit auf die eigenen inneren Erfahrungen und Erlebnisse. Auf Grund dessen gibt es für den Menschen die

Möglichkeit, Zugang zu seinem eigenen Selbstkonzept zu bekommen. (vgl. Duval & Wicklund 1972, o.S. und Carver & Scheier 1981, o.S., in Fischer & Wiswede 2009, S. 396f).

Die Annahme des in Duval & Wicklund und Carver & Scheier entwickelten Konzepts, auf Grund eigener innerer Erfahrungen und Erlebnisse Zugang zum eigenen Selbst zu bekommen, scheint dem des reflektierenden „Ichs“ von James ähnlich, jedoch ist dessen reflektierender Blick auf die Einstellungen des „Mich“ zu sich selbst und der Umwelt gerichtet, und nicht auf die eigenen inneren Erfahrungen und Erlebnisse.

Des Weiteren wird in objektive und subjektive Selbstaufmerksamkeit unterschieden. Subjektive Selbstaufmerksamkeit bedeutet, keine bewusste Reflektion vorzunehmen und schnell und zielstrebig zu handeln. Hierfür gibt es unterschiedliche Gründe, wie zum Beispiel zeitliche Einschränkung und Notfälle. Die Fähigkeit, selbstaufmerksam zu sein, entwickelt sich bei jedem Menschen unterschiedlich. Sie kann zudem als eine Voraussetzung, um sich in Perspektiven anderer Menschen hinein versetzen zu können und sich somit nicht nur egozentriert zu verhalten, gesehen werden. Eine stärkere Selbstaufmerksamkeit tritt meist in bestimmten sozialen Situation ein, bei denen die Aufmerksamkeit anderer, das heißt vieler und/oder wichtiger, bedeutsamer Personen, auf ein Individuum gerichtet ist. Gleiche Effekte zeigen sich auch beim Blick in den Spiegel oder in eine Videokamera. Experimente ergaben, dass auf Grund der oben genannten Einflüsse stärker selbstaufmerksame Personen ihr Verhalten mehr ihren Einstellungen und Werten anpassen, eher fremde Sichtweisen berücksichtigen und emotionale Erfahrungen intensivieren. Als potentiell selbstwertschädigend erlebte Situationen führten zur Vermeidung von Selbstaufmerksamkeit und damit ebenso zur Ausschaltung des Ausgleichsprozesses im Hinblick auf bestehende Diskrepanzen. Das Auftreten von Selbstaufmerksamkeit hängt außerdem von dispositionalen Faktoren und dem persönlichen Reifestadium ab. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 396ff)

Zusammengefasst betrachtet werden also durch die Selbstaufmerksamkeit Aspekte des Selbst aktualisiert und intensiviert. Auftretende Diskrepanzen

zwischen den, mittels der Selbstaufmerksamkeit hervorgehobenen, internen Standards und der Realität versucht das Individuum zu reduzieren. Die Wahrnehmung der Standards und der Diskrepanz geschieht erst durch Selbstaufmerksamkeit. Dies kann unter anderem zur Folge haben, dass Personen ihr Verhalten ändern, um diese Diskrepanz auszugleichen. (ebd. S. 400f)

Nun werde ich versuchen, den Zusammenhang von Selbstaufmerksamkeit und sozial inkompetenten Verhaltens aufzuzeigen. In als kritisch wahrgenommenen Situationen in Verbindung mit Aufregung kommt es bei sozial inkompetenten Personen zu erhöhter Selbstaufmerksamkeit. Diese wirkt sich aber laut Hinsch & Pfingsten nicht ausgleichend aus, sondern der Fokus liegt nur noch auf den inneren Vorgängen. Die starke Konzentration auf innere Vorgänge beeinflusst die Steuerung des Sozialverhaltens. Eine Folge dieser starken Beschäftigung mit sich selbst ist die selektive Wahrnehmung, die durch die Ausblendung anderer Situationsaspekte nur noch grob differenziert und damit nicht alle Aspekte beachtet. Des Weiteren beschränken sich die Kognitionsinhalte auf Aufregung, Bedrohung und Besorgnis. Die Beurteilung nach Interesse oder Lust findet hier nicht statt. Dysfunktionale Schemata, durch die die Situation einseitig negativ wahrgenommen und interpretiert wird, werden in Gang gesetzt. Durch fehlende Aufmerksamkeitsressourcen, welche von der starken einseitigen Konzentration auf sich selbst in Anspruch genommen werden, wird zusätzlich die Gesamterfassung der Situation erschwert und damit deren Bewältigung, was wiederum zu unangepasstem Verhalten führen kann. Außerdem wird von sozial unsicheren und/oder inkompetenten Personen in der Situation auf starre Verhaltensstrategien zurückgegriffen, da ihnen auf Grund der fehlenden Aufmerksamkeitsressourcen und den nicht zur Verfügung stehenden alternativen Verhaltensweisen beziehungsweise der Unsicherheit diese anzuwenden, keine Wahl bleibt. Diese starren Verhaltensstrategien lassen keine Handlungsalternativen offen und sind damit sehr störungsanfällig. Der psychische Energieaufwand ist somit sehr hoch, da zum einen die extrem starke Selbstaufmerksamkeit und zum anderen die subjektiv als negativ und bedrohlich betrachteten, nicht differenziert

erfassbaren, mit hohem Anforderungscharakter behafteten Situationsaufgaben eine extreme Belastung für den Betroffenen darstellen. Eine als positiv angesehene soziale Situation kann vom Einzelnen somit als Bestrafung angesehen werden, da sie als anstrengend und negativ erlebt wird und daher vermieden wird. (vgl. Hinsch & Pfingsten 2002, S. 28ff)

Durch Selbstwirksamkeit verbessertes kompetentes und sicheres Sozialverhalten könnte hier den negativen Prozess beeinflussen und Vermeidungstendenzen im Bezug auf soziale Aktivitäten entgegen wirken. Die darauf folgende Verknüpfung der Selbstaufmerksamkeit mit positiven Erfahrungen gelungener sozialer Situationen könnte wiederum die Selbstwirksamkeitserfahrungen verstärken. Zudem könnte die Verstärkungsfunktion der Selbstaufmerksamkeit durch positiv besetzte Einstellungen, Emotionen, Werte und Normen in bestimmten sozialen Situationen diese Aufwärtstendenz antreiben. Eine angemessene Regulation des Selbst könnte wieder stattfinden und Diskrepanzen zwischen dem „Ich“ und der Realität abgebaut werden.

3.5.2 Selbstüberwachung

Gegenüber der Selbstaufmerksamkeit zielt die Selbstüberwachung darauf ab, das Selbst in Interaktionsprozessen möglichst so zu präsentieren, dass diese für das Individuum vorteilhaft verlaufen. Es geht hierbei nicht darum, sein eigenes Selbst kennen zu lernen und in die Interaktion einzubringen, sondern vielmehr darum, sich selbst daraufhin zu überwachen, ob die Rolle oder Taktik der eigenen Zielerreichung in der Interaktion dient oder ob diese verändert werden muss. Dies zu wissen, ist für die offene Beobachtung und Forschung im sozial- und persönlichkeitspsychologischem Umfeld wichtig, da eine wahrgenommene Änderung, von zum Beispiel Einstellungen, nur eine Taktik der Person darstellen könnte und somit nicht in vergleichbaren Situationen ohne offen forschenden Beobachter gezeigt wird. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 471ff)

Dies könnte für chronisch Epilepsiekranken, die sich als gesund darstellen, also ihre Krankheit aus verschiedenen schon aufgeführten Gründen geheim halten, bedeuten, dass sie, um ihre gespielte Rolle glaubhaft darzustellen, zu zwanghafter Selbstüberwachung ihrer Rolle neigen, womit großer Energieaufwand, im Sinne von vor allem Aufmerksamkeitsprozessen, verbunden wäre, der sich letztendlich im situativen Handeln bemerkbar machen würde.

3.5.3 Selbstschema

Markus führte den Begriff des Selbstschemas ein. „Self-schemata are cognitive generalizations about the self, derived from past experience, that organize and guide the processing of self-relevant information contained in the individual's social experiences.“ (Markus 1977, S. 64, zit. n. Hannover 2000, S. 242) Die Selbstschemata strukturieren selbstkonzeptrelevante Informationen an Hand kognitiver Strukturen. Die Beschaffenheit der kognitiven Strukturen hängt von den individuell gesammelten Erfahrungen ab. Auf Grund dieser vorhandenen Strukturen beeinflusst das jeweilige Selbstschema die Wahrnehmung und Verarbeitung der selbstkonzept-relevanten Informationen. Jeder Mensch entwickelt unterschiedliche Selbstschemata zu verschiedenen Themenbereichen. (ebd. S. 242)

Zu manchen grundlegenden Themen entwickeln alle Menschen Schemata, zum Beispiel das Geschlecht betreffend, zu anderen wie dem Sport eben nicht. Wie das Schema aussieht, hängt mit der Strukturierung der vergangenen sowie neuen Erfahrungen zusammen. Das Bild von mir in Verbindung mit einer bestehenden Wichtigkeit des Themas für mich, lässt mich meinen Fokus auf dieses Schema richten. Ich finde in meinen Erfahrungen bestätigendes Verhalten, werde nichtkongruente Erfahrungen und Informationen von mir weisen, sowie verstärkt auf übereinstimmende, bestätigende Informationen achten. Somit blende ich in dem Prozess, ähnlich wie bei den Attributionstheorien, bestimmte Informationen aus, die meine Schemata nicht bestätigen und bestärke das jeweilige eigene Schema dadurch. Selbstschemata, die alle Wahrnehmungen und Erfahrungen auf

diese Weise strukturieren, sind schwer veränderbar, das heißt nur durch starke schemawidrige Erfahrungen. (vgl. Sader & Weber 1996, S. 153ff)

Zu den Selbstschemata gehören auch Schemata über Verhaltensweisen, über die ein Individuum denkt, diese ausführen zu können. Bandura hat dies in dem Punkt Effizienz-Erwartung ausgeführt. Laut Bandura ist die Änderung der Effizienz-Erwartung ein wesentlicher Faktor psychotherapeutischer Techniken, und somit ein Ansatzpunkt für die mögliche Veränderung des Verhaltens und letztendlich Beeinflussung des Selbstschemas. (vgl. Bandura o.J., o.S., nach Herkner 1991, S. 77f)

Die affektiv positive oder negative Bewertung der kognitiv strukturierten Selbstschemata werden Selbsteinschätzung genannt. Das Selbstwertgefühl ergibt sich aus der Gesamtheit der Selbsteinschätzung. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 395)

3.5.4 Selbstwertgefühl

Bei den bisher besprochenen das Selbstkonzept betreffenden Punkten drehte sich alles um kognitive Thematiken. In diesem Punkt geht es um Gefühle, die durch das Selbstwertgefühl eine Verbindung zum Selbst besitzen. Aus persönlichkeitspsychologischer Sicht beschreibt James (2007, S. 310) das Selbstwertgefühl als das Verhältnis zwischen eigenem Erfolg und den Ansprüchen an uns selbst.

Das Selbstwertgefühl wird innerhalb vieler Kontexte verwendet und erforscht. Es als affektive Komponente des Selbstkonzeptes zu sehen, ist allen gemein. Es gibt Skalen, an Hand derer sich die Höhe des Selbstwertgefühls über ausgefüllte Fragebögen, bestimmen lässt (zum Beispiel von Rosenberg, s. Anhang 1). Darauf einzugehen liegt aber nicht in meinem Fokus. Ich möchte vielmehr den Bezug zur Selbstwirksamkeit herstellen.

Allgemein wird angenommen, dass wir alle versuchen, ein positives Selbstwertgefühl zu entwickeln und zu erhalten, also sich neben einer positiven Darstellung nach außen ebenso positiv vor sich selbst darzustellen.

Hier geht es uns nicht um eine Verbesserung des Wissens oder der Vorstellungen um uns selbst, sondern eher um eine Bestätigung der vorhandenen Vorstellungen von uns selbst, um unser Leben vorhersehbar und kontrollierbar zu machen. Daher ziehen wir, um negative Erfahrungen und Scheitern zu vermeiden, teilweise ein von uns selbst als realistisch und sicher eingeschätztes negatives Selbstbild dem positiven, aber als unrealistisch oder unsicher eingeschätzten vor. (vgl. Fischer & Wiswede 2009, S. 406ff; Sader & Weber 1996, S. 168ff) Kontrolle und Vorhersehbarkeit nehmen hier, wie in der Kontrolltheorie von Rotter und dem motivations-theoretischen Ansatz von Heckhausen, wiederum einen hohen Stellenwert ein.

James unterscheidet zwei Gruppen selbstbezogener Gefühle. Die erste Gruppe beschäftigt sich mit dem Wohlgefallen an der eigenen Person, worunter Stolz, Eitelkeit und das Selbstwertgefühl fallen; die zweite bezieht sich auf die negativen Gefühle des Missfallens, wie Scham und Erniedrigung, die sich aus der Diskrepanz zwischen Anspruch und wahrgenommener Realität ergeben. (vgl. James 2007, S. 305ff) Ein interessanter Aspekt hierzu ist, dass die gesellschaftlich festgelegten Erziehungsregeln das Ausleben der Gefühle des Wohlgefallens an der eigenen Person durch kulturelle Normen wie Bescheidenheit, Selbstverleugnung und, gesellschaftspolitisch betrachtet, Gemeinschaftsorientierung, beschneiden. (vgl. Sader & Weber 1996, S. 171) Der gesellschaftliche Wandel in Richtung Selbstverwirklichung dürfte diese Tendenz, die die Selbstliebe als gesellschaftlich nicht angesehen betrachtet, etwas gewandelt haben. Jedoch fällt mir im alltäglichen Leben immer noch auf, dass viele zum Beispiel ihre eigenen Stärken nur schlecht und unkonkret benennen können, aber ihre Schwächen auf das genaueste, was den oben aufgeführten Gedanken bestätigen dürfte.

Nach dem dialogischen Konzept des Selbst, in 3.5 dargestellt, bezieht sich das Selbstwertgefühl auf die Stärke der Selbstakzeptanz und die Einschätzung der Wertigkeit des Selbst in der sozialen Umwelt. Laut Solomons „terror-management“-Theorie, die durch eine Reihe von Experimenten gestützt wird, dient ein positives Selbstwertgefühl dem Abschwächen des

Schreckens um das „bewusst sein“ des eigenen Todes. (vgl. Solomon 1991, o.S., in Fischer & Wiswede 2009, S. 395f)

„Whatever is me is precious; this is me; therefore this is precious[...] (James 2007, S. 318; Auslassung: L.L) Lernen, sich vermehrt selbst zu lieben, könnte dazu beitragen, ein positives Selbstwertgefühl zu erhalten und damit die oben genannte Selbstakzeptanz und die Wertigkeit des Selbst in der sozialen Umwelt verbessern.

3.6 Verhaltensmodifikation – Training sozialer Kompetenzen

In diesem Punkt werde ich die meisten bisherigen Begriffsbestimmungen kurz zusammenfassend erwähnen und versuchen, den Zusammenhang von Verhalten und dessen Modifikation durch Training sozialer Kompetenzen herzustellen. Nach meinen Ausführungen über soziale Kompetenzen wird klar, dass diese in enger Verbindung mit Verhalten stehen. Das heißt, soziale Kompetenz könnte somit durch das Erlernen neuer, situationsangemessener Verhaltensweisen verstärkt werden. Soziale Verhaltensweisen sind des Weiteren abhängig von der Reaktion des Gegenübers und der Umwelt, Wahrnehmungsprozessen und der aktuellen Situation in der sozialen Interaktionsphase (vgl. hierzu auch Abb. 2, S. 24 und 3, S. 25). Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, besonders deren Erwartung in Verbindung mit der psychologischen Situation und dem Verhaltenspotential des Individuums und dem Verstärkungswert der Situation, sowie der Erwartung von Verstärkung, kann demnach das Auftreten von Verhalten und bestehende Verhaltensweisen beeinflussen. Kontrollüberzeugungen und deren weitere Generalisierung sind hier zudem als Einflussfaktoren zu nennen. Ebenso sind die Selbstwahrnehmung, die Selbstrepräsentation und das Selbst mit seinen Prozessen für das gezeigte Verhalten verantwortlich. Soziale Verhaltensweisen und soziale Kompetenzen beeinflussen wiederum die soziale Interaktion.

Wie sich an Hand dieser relativ kurzen Zusammenfassung erkennen lässt, stehen die bisher dargestellten Begrifflichkeiten alle in einer komplexen

Verbindung mit Verhalten und sozial kompetenten Verhalten. Sie sind also als Hintergrundwissen für die Verhaltensmodifikation notwendig. Die im Punkt 3.1 aufgeführte Sichtweise, soziale Kompetenzen seien lern- und trainierbare Verhaltensweisen, möchte hier als Grundannahme heranziehen.

Nach Hillenbrand wird die ursprüngliche, gezielte Verhaltensmodifikation als auf den Menschen übertragbar fraglich angesehen, da auf Grund ihrer technologischen Struktur die Thematisierung und kritische Reflexion der Ziele fehlt und zu dem die Erkenntnisse der Verhaltensmodifikation auf der Forschung an Hand von Tierexperimenten beruhen. Er sieht sogar eine große Gefahr der Manipulation unter Missachtung der Würde und Freiheit des Menschen. Deren Weiterentwicklung veränderte zwar den Ansatz, interne und externe Prozesse der Kognition, Emotion und Motivation mit ein zu binden, jedoch finden diese seiner Ansicht nach immer noch zu wenig Beachtung. (vgl. Hillenbrand 2008, S. 98)

Von diesem Gedanken ausgehend, verknüpft mit den Gedanken von Hirsch & Pfingsten, denen es nicht um die Beseitigung von Verhaltensstörungen geht, sondern um das individuelle Erlernen neuer Verhaltensweisen, möchte ich deren Methode *Training sozialer Kompetenzen* aufgreifen und weiterhin benutzen. Als theoretische Grundlage dienen ihnen die Prinzipien der sozial-kognitiven Theorie Banduras. Die Schritte des Trainings werde ich nun vorstellen.

1. Es werden durch die gemeinsame *Problemanalyse* mit dem Klienten die relevanten Fertigkeiten, die zu der Problembewältigung notwendig sind, als Lernziel definiert.
2. Darauf erfolgt *Lernen am Modell* (zum Beispiel durch Trainer/Gruppenmitglieder oder Filme).
3. Durch Rollenspiele und Hausaufgaben *lernen* sie auf Grund von *Erfahrung*.
4. Gezielte *Reflektion und Verstärkung* geschieht durch die Trainer, Videoanalyse oder die Gruppe.
5. Der Transfer vom geschützten Gruppenrahmen auf alltägliche Situationen erfolgt von den Klienten durch zum Beispiel die Zusam-

menfassung des Gelernten in Regeln und Hausaufgaben, um dies besser zu verstehen und im Gedächtnis zu verankern. Zudem werden sie angehalten, die neu erworbenen Fähigkeiten außerhalb des therapeutischen Schonraums zu erproben. Je mehr Wahrnehmungskanäle beansprucht werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit der Verankerung und Übernahme des Gelernten.

Diese Grundstruktur des Trainings wird je nach Klientengruppe mit weiteren Punkten ergänzt. Zu den kognitiven Interventionstechniken zählen unter anderem Förderung von selbstverstärkendem Verhalten und Aufklären von Wahrnehmungsverzerrungen durch Videoanalyse.

(vgl. Hinsch & Pfingsten 2002, S. 67f, 92ff)

Die Verhaltensveränderung beziehungsweise das neue Erlernen des Verhaltens, gezielt beeinflusst oder nicht, setzt also an den von mir bisher behandelten, auf Verhalten einflussnehmenden Faktoren an und nutzt diese Prozesse. Die einzelnen Schritte des sozialen Kompetenztrainings sind Prozesse, die im Alltag kontinuierlich ablaufen. Lernen am Modell, Lernen durch Erfahrung, Reflektion und Verstärkung und der Transfer auf andere Lebensbereiche begleiten uns unser ganzes Leben.

4. Erlebnispädagogische Methodik

4.1 Erlebnispädagogik

„Thought is wonderful, but adventure is more wonderful still.“

(Wilde 1982, S. 350)

Denken ist wundervoll, aber noch wundervoller ist das Abenteuer/Erlebnis.

Ohne wesentlich auf die Geschichte der Erlebnispädagogik einzugehen, möchte ich nach einer kurzen Einführung gleich auf deren Handlungsprinzipien und Ziele zu sprechen kommen. Den Zugang werde ich über Kurt Hahn nehmen, der mit vielen anderen zur Entwicklung der Erlebnispädagogik beigetragen hat.

Kurt Hahn (1886 – 1974) folgt der Denkweise der Reformpädagogik. Er setzt die bestehenden Ideen der Einfachheit und Einsamkeit, der Natur und des Erlebens, der Unmittelbarkeit und des Augenblicks für seine Erlebnistherapie in neue Beziehung zueinander. Er hatte nicht studiert, entwickelte sich aber durch sein politisches Engagement und die Leitung der Schule Schloss Salem zu einem anerkannten Pädagogen. Er bediente sich angefangen von Plato bis hin zu den Landerziehungsheimen vieler theoretischer Ansätze, um seinen eigenen pädagogischen Ansatz zu entwickeln. Den vier gesellschaftlichen Verfallserscheinungen

- Mangel an menschlicher Anteilnahme,
- Mangel an Sorgsamkeit,
- Verfall der körperlichen Tauglichkeit und
- der Mangel an Initiative und Spontaneität,

wollte er mit

- körperlichem Training (Sport),
- der Expedition (mehrtägige Tour in der Natur mit Planung/Vorbereitung),
- dem Projekt (eine handwerklich-technische oder künstlerische, zeitlich und thematisch abgeschlossene Aktion) und
- dem Dienst (Dienst am Nächsten, in Form von Rettungs-/Hilfsdiensten)

begegnen. Dies sind die vier Säulen seiner Erlebnistherapie. Die Intensität der Erlebnisse sollten möglichst hoch sein, um möglichst tiefe Einprägungen im Gedächtnis des Jugendlichen zu hinterlassen. Mit seiner Voraussetzung und Bedingung von Ernsthaftigkeit und Unmittelbarkeit der Situation wandte er sich immer gegen die „Kuschelpädagogik“ der 70er und 80er Jahre. Kritik wird an seiner streng moralischen und konservativen Denkweise geübt.

(Heckmair & Michl 2004, S. 16ff)

„Echtheit, Direktheit, Authentizität sind heute, in einer hoch technisierten, durchmediatisierten Welt mehr denn je gefragt.“ (ebd. S. 41) Gerade die

Unmittelbarkeit der Situation ist heute schwer zu finden und damit ist meiner Meinung nach der Ansatz Hahns für die heutige pädagogische Arbeit eine wichtige Grundlage. Sein Leitsatz: *Lernen durch Kopf, Herz und Hand* beschreibt den ganzheitlichen Bildungsansatz der Erlebnispädagogik.

„Erlebnispädagogik ist eine handlungsorientierte Methode und will durch exemplarische Lernprozesse, in denen junge Menschen vor physische, psychische und soziale Herausforderungen gestellt werden, diese in ihrer Persönlichkeitsentwicklung fördern und sie dazu befähigen, ihrer Lebenswelt verantwortlich zu gestalten.“ (ebd. S. 102)

Diesen Versuch einer Begriffsbestimmung von Heckmair & Michl empfinde ich als gelungen und nachvollziehbar. Es gibt von unterschiedlichen Autoren und Theoretikern eine Vielfalt von weiteren Definitionen. Gilsdorf versucht aus Definitionsversuchen verschiedener Autoren eine Übersicht zu schaffen, die sich folgendermaßen darstellt:

1. *Ziele der Erlebnispädagogik:*

Persönlichkeitsentwicklung; verantwortliche Lebensgestaltung, Wachstum im Sinne einer Erschließung der im einzelnen angelegten Potenziale und Möglichkeiten; Entdeckung und Erforschung persönlich relevanter Themen; Lernen im Sinne von Wissens-, Kompetenz- und Werteerwerb.

2. *Medien und Methoden der Erlebnispädagogik:*

Physische, psychische und soziale Herausforderung; Natur; Erlebnis; Gemeinschaft; physische, soziale und spirituelle Risiken.

3. *Arbeitsweisen und Handlungsprinzipien der Erlebnispädagogik:*

Handlungsorientierung; exemplarisches Lernen; zielgerichtete und transparente Planung; Prozessorientierung; selbstbestimmtes Lernen; Empowerment der Lernenden und ein eher zurückhaltendes Auftreten der Lehrenden in der Planung, Durchführung und Bewertung des Lernprozesses.

(vgl. Gilsdorf 2004, S. 15)

Als eine Dimension des Lernens in der Erlebnispädagogik beschreiben Heckmair & Michl (2004, S. 115f) die therapeutische Dimension. Erlebnissen

wird von ihnen, unter Berufung auf Freud, Jung und Adler, eine therapeutische beziehungsweise krankmachende Wirkung zugeschrieben. Hahn sprach ebenso schon von Erlebnistherapie, was durch die Betrachtung der oben aufgeführten vier gesellschaftlichen Verfallserscheinungen und seinen vier Säulen deutlich wird. Im therapeutischen und psychotherapeutischen Bereich ist heute, laut Gilsdorf, Erlebnistherapie oder adventure therapy ein gängiger Begriff. Es gibt unzählige Programme und Konzepte, die Beratung, Selbsterfahrung und Therapie, sowie pädagogisch und therapeutisch orientierte Denk- und Arbeitsweisen beinhalten, deren Übergänge verschwimmen. Hier versucht Gilsdorf wiederum aus einer Anzahl an Definitionsversuchen Erlebnistherapie zu charakterisieren und von der Erlebnispädagogik zu differenzieren. Die Ziele, Medien und Methoden der Erlebnispädagogik bleiben aber weiterhin für die Erlebnistherapie relevant. Ergänzt wird dies in der Erlebnistherapie durch die besondere Form der Vereinbarung zwischen Therapeuten und Klienten, das Miteinbeziehen von Theorien und Methoden anderer Disziplinen (zum Beispiel Philosophie, Anthropologie, Psychologie und Pädagogik) und die klinisch-therapeutischen Erkenntnisse und Arbeitsweisen. Das Konzept Hahns hat nach Gilsdorf immer noch Relevanz für die heutige Arbeit, kann jedoch, den aktuellen Stand der Theorie und Praxis beschreibend, als nicht mehr ausreichend angesehen werden. (vgl. Gilsdorf 2004, S. 16ff)

Ein für meine Arbeit als wichtig erscheinender Punkt ist die Grenzerfahrung, die Auslöser für Veränderung sein kann. In *Grenzerfahrungen als therapeutisches Konzept* spricht Gilsdorf von Grenzerfahrung als einem Punkt mit zentraler Bedeutung für Veränderungsprozesse. Dies ergibt sich auf Grund einer Zusammenschau verschiedener therapeutischer Ansätze. Grenzerfahrungen beziehen sich auf äußeres und inneres Geschehen und sind für jede Person sehr individuell, da deren Grenzen unterschiedlich sind. An diesem Punkt „[...]“ kommen idealerweise folgende Dinge zusammen:

- Es stellt sich eine Aufgabe, die für Klienten bedeutsam ist und im Rahmen derer folglich relevante Wahrnehmungs-, Denk-, und Handlungsmuster aktiviert werden.

- Es wird offensichtlich, dass diese Muster, Schemata und Bilder nicht mehr angemessen und hilfreich sind, um die Situation befriedigend zu erfassen, zu verstehen und zu bewältigen.
- Es bestehen hinreichend Motivation und/oder Handlungsdruck, um die dadurch entstandene Anspannung auszuhalten und das eigene Erleben an diesem Punkt zu erforschen.“ (Gilsdorf 2004, S. 400)

Dieser Punkt beschreibt den Beginn von Veränderung, dies könnte also auch als Anfang des Aufbrechens und des Überdenkens alter Verhaltens- und Handlungsstrategien gesehen werden und somit als ein Ursprung der Verhaltensänderung. Dazu müssen die notwendigen Ressourcen vorhanden sein, beziehungsweise die Aufgabe so gewählt sein, dass die Betroffenen nicht in ihrem Komfortbereich, der ihnen bekannt und vertraut ist und in dem sie sich sicher fühlen, bleiben, aber auch nicht zu stark überfordert oder von ihrer Grenze entfernt werden und damit in die Panikzone kommen (was zu neuen Traumatisierungen/Verletzungen führen kann). Der Mittelbereich, auch Veränderungs-, Lern- oder Wachstumszone genannt, bietet das richtige Verhältnis von Anforderung und Komfort. Gewohnte Denk-, Fühl- und Verhaltensschemata greifen hier nicht mehr oder nur teilweise, müssen hinterfragt werden oder dienen als Basis für „Erweiterungen“. Es kann/muss also eine Neuorientierung beziehungsweise ein Lernprozess stattfinden, um an dieser Grenze zu bestehen. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, die Komfortzone zu erweitern und seine Grenzen zu verschieben. (vgl. hierzu Zonenmodell nach Luckner & Nadler 1997, S. 24ff)

4.2 Bestehende Erlebnispädagogik-Projekte für Epileptiker

Nachfolgend werden drei Projekte kurz vorgestellt.

Das erste Projekt „Erlebnispädagogik mit Pferden“ wurde von Caroline Vogelbruch 2007 im Rahmen ihrer Diplomarbeit initiiert und durchgeführt. Hierbei ging es um die Entwicklung eines Theaterspiels mit Pferden. Die Zielgruppe waren Kinder mit unterschiedlichen Behinderungen, u.a. auch ein epilepsiekrankes Kind und Kinder ohne Behinderung. Das Projekt fand an einem Hof für therapeutisches Reiten statt. Das heißt, reit- und heilthera-

peutisch geschultes Personal sowie dazugehörige Pferde waren vorhanden. Die Finanzierung lief nach SGB VIII über die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, sowie über soziale Gruppenarbeit. Inhaltlich war geplant: sich vorstellen, Rollen und Konzept überlegen, Kunststücke erlernen, theaterpädagogische Spiele, Pferde an Feuer gewöhnen, Feuerspuck-Spiele, Schwertkämpfe und eigene Szenen entwickeln. Dafür waren sieben Tage, aufgeteilt in Wochenenden, vorgesehen. Am Ende wurde das Theaterstück am Tag der offenen Tür aufgeführt. Zum Ziel des Projektes wurde die Förderung der sozialen Kompetenz, der Motorik, der Wahrnehmung, der kognitiven Fähigkeiten, der Selbständigkeit und des Selbstbewusstseins gesetzt. (vgl. Vogelbruch 2007, S.1ff)

Als zweites Projekt stelle ich einen eintägigen Kletterausflug vor:

„Klettern mit Epilepsie, Mut oder Risiko? Die Epilepsiegruppe Aachen testet

Die Frage, ob Klettern gefährlich sei, stellte sich bei uns wohl eher nicht. Sicher und losgelassen von jeder Angst, kletterten wir in ca. 120 Meter Höhe in den Naturfelsen von Namur in Belgien. Unsere fachkundige Begleitung und Kletterführung, Neurologe Konrad Kreiten mit Tochter, machten diesen Tag zu einem unvergessenen Erlebnis. Spätestens jetzt stellte sich bei uns niemand mehr die Frage, ob man nun mit Epilepsie klettern kann oder nicht – man kann.

Danke an Herrn Kreiten für den Mut „ohne“ Risiko.

Epilepsiegruppe Aachen e.V., August 2009“ (epiKurier 2009)

Als drittes Projekt möchte ich „Einmal hoch hinaus...“ der Epilepsie Beratung Regensburg vorstellen, welches das Motto des ersten Aktionstages 2010 für Jugendliche mit Epilepsie war. Teilnehmer waren sechs Jugendliche mit unterschiedlichen Epilepsieformen, die einen Tag im Waldhochseilgarten Hammertal bei Kelheim verbrachten. Ziele waren eigene Grenzen und Möglichkeiten zu erfahren und auszutesten. „Die Erfahrung, „das kannst du nicht, das darfst du nicht ...“, kannten sie alle. Besonders das Thema Höhe ist bei Epilepsie ja so schwierig. Man könnte ja fallen.“ (Klein 2010) Das Team bestand aus Petra Klein (Sozialpädagogin, Leitung der Epilepsie Beratungsstelle), Frank Preussner (Sozialpädagoge, Erlebnispädagoge,

Leiter des a.a.a. Regensburg e.V.), Alexander Kirchner (Hochseilgartentrainer, Mitarbeiter BBW Abensberg) und Alois Hagl (Hochseilgartentrainer, Arbeitstherapeut). Ihr Ziel war es, die Jugendlichen zu ermutigen, Höhe zu erleben und sich vielleicht sogar ganz bewusst fallen zu lassen. (vgl. Klein 2010)

Auf meiner Suche nach erlebnispädagogischen Projekten für/mit Epilepsiekranken im deutschsprachigen Raum bin ich nur auf sehr kurze oder Eintagesprojekte gestoßen. Zudem waren alle für Jugendliche oder Kinder ausgelegt. Das zeigt mir, dass es hier zu wenig Angebote gibt oder diese nicht öffentlich, das heißt zum Beispiel nur einrichtungsbezogen ablaufen.

4.3 Klettern als Selbstwirksamkeitserfahrung und Verstärker

In diesem Abschnitt stelle ich den Zusammenhang von Klettern und Selbstwirksamkeit dar. Die Ursache für Selbstwirksamkeitserfahrungen, also auf Grund welcher Prozesse diese in Verbindung mit dem Klettern entstehen könnten und welche Rolle Verstärkung und Psychosomatik dabei spielen, werde ich nun kurz aufzeigen.

4.3.1 Entstehung von Selbstwirksamkeitserfahrung

Die Quellen der Selbstwirksamkeit habe ich in 3.4 näher beschrieben. Die dort genannten fünf wichtigen Faktoren sind: a. Effizienzerfahrung, b. stellvertretende Erfahrung oder Beobachtung, c. mündliche Überzeugung, d. physiologische und emotionale Zustände und e. integriertes Wissen um Selbstwirksamkeitsinformationen. Kann durch Klettern die Erfahrung von Selbstwirksamkeit erhöht werden oder geschieht dies durch Gruppendynamik?

4.3.1.1 Durch Klettern

Die fünf Faktoren betrachtend werden alle meiner Meinung nach durch das Klettern abgedeckt. Die hier dargestellten kletterbezogenen Ausführungen können mit Heckmair & Michl (2004, S. 179ff) und Hausenberger (2004, S. 48ff) verglichen werden, zudem beruhen sie auf meiner sechsjährigen Klettererfahrung. Meine Arbeit besteht darin, den Bezug dieser Ausführungen mit den Quellen der Selbstwirksamkeit in Verbindung zu bringen. Situationen zu meistern beginnt nach meinem Verständnis beim Training verschiedenster psychischer und physischer Fähigkeiten, wie zum Beispiel Bewegungskoordination, Mut und Kraft. Dadurch lernen die Kletterer Situationen/Anforderungen ihren Fähigkeiten entsprechend einzuschätzen und ihren Möglichkeiten gemäß die Schwierigkeit der Route auszusuchen. Die logische Folge daraus könnte sein, dass vermehrt Situationen gemeistert werden, was die Effizienzerfahrungen steigen lässt. Zu stellvertretender Beobachtung kommt es beim Klettern durchgehend. Der Kletternde hängt am Seil und muss von dem sichernden Partner am Boden permanent beobachtet werden, um bei den verschiedenen Bewegungen oder bei Stürzen dementsprechend zu reagieren. Beim Bouldern (Klettern in Absprunghöhe ohne Seil) findet eine unentwegte Beobachtung statt, um neue, effektive Herangehensweisen an bestimmten Problemstellen zu erlernen. Mündliche Überzeugungsarbeit wird im Rahmen von Ratschlägen/Tipps und motivierendem Zuspruch zu verschiedenen Schwierigkeiten im Kletterverlauf der Route, vor allem bei Vor- und Nachbesprechung einer Route, aber auch währenddessen geleistet. Bei kontinuierlichem Klettern, unter Vermeidung der falschen Trainingsmethoden, wirkt sich dies positiv auf den physischen Zustand des Körpers aus. Durch die Erfahrung der persönlichen Leistungsgrenze und deren Überschreitung, das Finden individueller Lösungen, das Erfahren körperlicher Stärke und physischen Leistungsvermögens wird das Entstehen positiver Emotionen, Launen und Stimmungen begünstigt, negative werden schnell im Kletterstil widergespiegelt und meist vom Kletterpartner reflektiert. Das Zitat von Opaschowski (2000, S.119) unterstreicht die Entstehung positiver Emotionen: „Warum ist Klettern so lustvoll? Weil man bei jedem Schritt Unsicherheit in Sicherheit verwandelt.“ Während des Kletterns

müssen viele verschiedene Informationen andauernd aufgenommen, verarbeitet und abgeglichen werden, um eine Selbstwirksamkeitseinschätzung zu treffen (zum Beispiel „Ich mute mir das (nicht) zu...“; „Ich schaffe diese Stelle (nicht)...“). Hier wird zum einen der Informationsverarbeitungsprozess und zum anderen die diagnostische Fähigkeit, Selbstwirksamkeit einzuschätzen, trainiert. Die Einschätzung in Verbindung mit einem Erfolgserlebnis könnte zudem zu einer Erhöhung der Selbstwirksamkeit führen.

Wie ich durch die kurzen Ausführungen ersichtlich machen wollte, werden alle fünf Faktoren durch das Klettern beeinflusst. Ob die Selbstwirksamkeit auf Grund der Gruppendynamik erhöht werden kann, werde ich nun betrachten.

4.3.1.2 Durch Gruppendynamik

Das gemeinsame Interesse am Klettern verbindet die Kletterpartner auf sozialer Ebene meist über das eigentliche Klettern hinaus. Zusätzlich verstärkt wird dies durch die intensiven, gemeinsam erlebten Erfahrungen. „Verantwortungsübernahme und Vertrauen für beziehungsweise in den Kletterpartner, Kommunikation bei der gemeinsamen Problemlösung, Verständnis und Empathie als moralische Unterstützung sind nur einige unverzichtbare Bestandteile, die zum sozialen Wohlbefinden des Kletterers beitragen.“ (Hausenberger 2004, S. 55) Laut Rehtien (2007, S. 5f) bezeichnet Gruppendynamik die Kräfte, die alle Arten von psychologisch beschreibbarer Veränderung hervorrufen. Die Sozialpsychologie beschäftigt sich dementsprechend mit der Beobachtung und Erforschung dieser Prozesse. Wenn man nun die von Hausenberger als unverzichtbare Bestandteile des Kletterns beschriebenen Prozesse mit der von Rehtien aufgeführten Definition vergleicht, könnte darauf geschlossen werden, dass diese Prozesse psychologische Veränderungen hervorrufen können, also gruppendynamisch wirksam sind. Zudem zählen sie zu den in Punkt 4.3.1 beschriebenen Quellen von Selbstwirksamkeit, das heißt, Klettern stünde somit in Verbindung mit Gruppenprozessen und deren Dynamik. Infolgedessen kann man hier nicht nur Klettern oder Gruppendynamik für die Entste-

hung von Selbstwirksamkeitserfahrung während des Kletterns verantwortlich machen, vielmehr kann das eine ohne das andere nicht bestehen (außer vielleicht bei Freeclimbing oder alleinigem Bouldern).

4.3.2 Verstärkung in der Gruppe

Eine Gruppe definiert sich laut Sader über die Mitglieder, die sich als zusammengehörig erleben und als solche definieren, gemeinsame Ziele verfolgen, Normen und Verhaltensvorschriften für einen bestimmten Verhaltensbereich teilen, Ansätze von Aufgabenverteilung und Rollendifferenzierung entwickeln, mehr Interaktionen nach innen als nach außen haben, sich mit einer gemeinsamen Bezugsperson, Sachverhalt oder Aufgabe identifizieren und räumlich und/oder zeitlich von anderen Individuen der Umgebung abheben. (vgl. Sader 2000, S. 38f)

Wenn die Mitglieder sich an Hand dieser Kriterien miteinander beschäftigen, dürften sie sich auf Grund des komplexen Prozesses der sozialen Interaktion gegenseitig beeinflussen (s.a. 3.2). Der intensive Kontakt, der durch vermehrte Interaktion und gleiche Ziele sowie emotionale und soziale Bindung an die Gruppe vorherrscht, müsste in Verbindung mit intensiven gemeinschaftlichen Erfahrungen die gegenseitige Beeinflussung innerhalb der Gruppe zusätzlich verstärken. Da auch beim Klettern in einer Gruppe die von Sader genannten Faktoren vorkommen müssten und an Hand derer auf eine Beeinflussung der Gruppenmitglieder geschlossen werden könnte, dürfte also von einer wechselseitigen Verstärkung des Verhaltens in der Gruppe ausgegangen werden. Welches Verhalten verstärkt wird, hängt von verschiedensten gruppenspezifischen Prozessen und anderen Faktoren ab, die ich hier nicht genauer erwähnen werde. Es geht mir vielmehr darum aufzuzeigen, dass Verstärkungsprozesse in der Gruppe vorherrschen. Diese dürften sich vor allem, unter der Betrachtung Banduras Quellen der Selbstwirksamkeit, auf die stellvertretende Erfahrung oder Beobachtung und die mündliche Überzeugung beziehen.

Wenn positive Rahmenbedingungen für das Lernen in Gruppen vorherrschen, kann es laut Franken (2010, S. 196) zu folgenden Effekten kommen:

- Zu stärkerer Motivation etwas zu lernen, durch die gegenseitige Vorbildsfunktion der Gruppenmitglieder,
- zu individuellem (emotionalem, konativem und kognitivem) und gruppenbezogenem Wissenszuwachs, auf Grund von Wissensaustausch,
- zur Förderung des Lernverhaltens durch emotionale Unterstützung,
- zur Erweiterung des emotionalen Wissens und
- zur Erweiterung der sozialen Kompetenzen der Gruppenmitglieder.

Diese Effekte belegen meiner Meinung nach ebenso das Bestehen der Verstärkung in der Gruppe. Bei einer betreuten Klettergruppe dürfte der Trainer die Rahmenbedingungen zudem zu einem Grossteil beeinflussen können und somit einen positiven Rahmen schaffen können.

4.3.3 Verstärkung der Interaktion in der Gruppe

Wie schon unter 3.2.1 und 3.2.2 aufgeführt, ist die Kommunikation einer der wichtigsten Faktoren für soziale Interaktion. Neben dieser sind laut 3.1 weitere soziale Kompetenzen, wie kommunikative Kompetenzen, Perspektivenübernahme, Kritikfähigkeit und Kontaktfähigkeit notwendig, um interagieren zu können. Nach Lamprechts Werk, Klettern mit geistig behinderten Menschen (1999, o.S., in Hausenberger 2004, S. 84f), treten unter anderem folgende Wirkfaktoren beim Klettern auf:

- „Klettern befriedigt die Grundbedürfnisse nach einfühlendem Verständnis und sozialer Bindung, nach Wertschätzung, nach Anregung, Spiel, intensiver Bewegung und Leistung, sowie nach Selbstverwirklichung.
- Klettern fördert die Kommunikation, Kooperation und Hilfsbereitschaft.
- Klettern fördert die soziale Wahrnehmung, Verantwortung und Disziplin.

- Klettern verbessert die Konzentrations-, Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit
- Klettern verbessert die Konfliktfähigkeit.
- Klettern stärkt die Psyche und trägt somit zur Entwicklung eines gesunden Selbstvertrauens bei. [...]“ (Auslassung: L.L)

Vergleicht man diese Wirkfaktoren mit den sozialen Kompetenzen, die soziale Interaktion beeinflussen, so kann man erkennen, dass sie sich fast komplett decken und auf jeden Fall positiv auf diese einwirken. So könnte also die Schlussfolgerung heißen: Klettern in Gruppen verstärkt auf Grund der Verbesserung der sozialen Kompetenzen die soziale Interaktion.

4.4 Schnittstellen von Bewegung und Psyche

Um einen kurzen Überblick über Psychosomatik und ihre Entstehung zu bekommen, werde ich einen Weg über die Medizin nehmen; da in dieser zum Thema schon lange Forschung betrieben wurde und weiterhin wird, sind daher weitreichende Erkenntnisse vorhanden.

In der Medizin wird unter Psychosomatik die gleich gewichtete Betrachtung von körperlichen und geistigen Vorgängen eines Organismus und deren Wechselwirkung verstanden. Der menschliche Organismus soll demnach ganzheitlich (das heißt biopsychosozial) mit seiner Interaktion in der Umwelt betrachtet werden. Geschichtlich geht die Psychosomatik bis ins 19. Jahrhundert zurück. Mit der Psychoanalyse Freuds begann jedoch die Forschung und Entwicklung dieses ganzheitlichen Ansatzes, die bis heute andauert, erst richtig. Heute gibt es in der Medizin Spezialisten, meist mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung, die auf Grund der psychosomatischen Erkenntnisse behandeln. Laut einer WHO-Prognose von 2001, nach Struck (2007, S. 20), sollen Leiden psychischer Genese bis 2020 vier von den zehn häufigsten Allgemeinerkrankungen in den westlichen Industrieländern ausmachen. Im therapeutischen Bereich der Psychosomatik werden die Ansätze der Psychoanalyse, der Tiefenpsychologie, der Lerntheorien, der Verhaltens-

therapie, der systemischen Therapie, sowie der Kurzzeittherapien benutzt. (vgl. Struck 2007, S. 16ff; Henningsen 2006, S. 3ff; Lamprecht 2004, S. 121)

Aus dem vorangehenden Abschnitt kann man erkennen, dass die Psychosomatik zum einen auf eine jahrhundertlange Geschichte zurück blicken kann, zum anderen aber aktueller als je zuvor ist. Sie besteht in einem Feld unterschiedlicher Disziplinen, bedient sich dieser und wird ebenso von diesen Disziplinen in Anspruch genommen. Wie entstehen nun psychosomatische Beschwerden?

Menschen haben unterschiedliche Verhaltens-, Denk- und Erlebensmuster, daher ist der psychosomatische Zusammenhang bei jedem individuell. An Hand der von Hähnlein & Rimpel versuchten Typisierung psychosomatischer Patienten möchte ich einige psychosomatische Prozesse herausarbeiten. Eine Annahme von ihnen ist, dass die Körperbeschwerde als Kommunikationsmittel eingesetzt wird, um Aufmerksamkeit, Verständnis und Sicherheit (Sicherheit durch möglichen Rückzug hinter das Schutzschild Krankheit) vom Gegenüber zu bekommen. Vertrauen wurde hier meist oft enttäuscht und einer anderen Person zu vertrauen wurde vom Betroffenen als gefährlich angesehen. Eine andere Annahme besagt, dass Menschen durch ein Nichtfunktionieren des Körpers (zum Beispiel durch Krankheit) eine Verletzung des Selbstwertgefühls erfahren haben und dadurch keine intensive Bindung und Vertrauen zu ihrem Körper haben. Für sie stellen sich kleinste, belanglose Symptome als enorme Probleme dar. Bei einer weiteren Gruppe lösen wiederholte traumatische Erlebnisse, deren Symptome mit bestimmten Auslösern verknüpft sind, die Symptome in neuen Situationen, in denen ähnliche Auslöser/Reize vorkommen, aus. Dies wird auch Körpererinnerung genannt. Als letzte Gruppe ist die der Körpersensibilisierten zu nennen. Sie reagieren bei Stress und Überforderung stark mit ihrem Körper. (vgl. Hähnlein & Rimpel 2008, S. 27ff)

Aus den Ausführungen von Hähnlein & Rimpel könnte man schließen, dass, wenn Körperbeschwerden als Kommunikationsmittel der Psyche benutzt werden, die körperliche Bewegung und das damit verbundene Körpergefühl auch auf die Psyche Auswirkungen hat und somit bei positiver körperlicher

Betätigung Aufmerksamkeit, Verständnis und Vertrauen erfahren und Sicherheit in einem Selbst gefunden werden könnte. Wenn durch die Erfahrung des Nichtfunktionieren des Körpers das Selbstwertgefühl verletzt wird, könnte die Erfahrung, eine körperliche Leistung zu erbringen, also die Funktion des Körpers unter Beweis zu stellen, sich positiv auf das Selbstwertgefühl auswirken und somit Vertrauen und ein besseres Körpergefühl stärken. Beim Traumatisierten wird vom Verknüpfen bestimmter Reize/Auslöser, auf Grund extrem einprägsamer, wiederholter Erfahrungen, an Symptome gesprochen. Die wiederholte Erfahrung körperlicher Stärke und das wiederholte Meistern schwieriger Situationen könnte den selben Effekt auf den Körper haben und in zukünftigen Situationen positive Gefühle und Körperreaktionen auslösen.

5. Projekt Sportklettern

Das Kletterprojekt habe ich für die Bewohner der Wohngemeinschaft und ambulantbetreute Klienten der Einrichtung der Inneren Mission, „Wohnen für epilepsiekranken Menschen“ geplant und durchgeführt, da ich dort angestellt bin. Nach anfänglichen Schwierigkeiten mit der Finanzierung konnten wir erstmals für vier Termine die Kletterhalle eines Jugendzentrums umsonst nutzen. Die Fachübungsleiterin, die die Einheiten durchführte, war so begeistert von der Idee, dass sie das Projekt über Spendengelder ihrer Firma für das Jahr 2011 finanzierte. Dadurch konnten wir in der Kletterhalle Heavens Gate, die einen günstigen Tarif für soziale Einrichtungen anbietet, die Klettereinheiten weiterführen.

5.1 Planung

Die Idee war, ein kostenloses Kletterprojekt für die fast alle von Grund-sicherung bei Erwerbsminderung lebenden Klienten zu schaffen. Sie sollten umsonst und freiwillig die Möglichkeit erlangen, in betreutem und geschützten Rahmen sich immer weiter in das sportliche Feld des Kletterns hineinzuwagen und damit eine Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

außerhalb der Einrichtung zu erhalten. Als Unterstützung von der Einrichtung wurden meine benötigten Arbeitsstunden für Planung und Durchführung übernommen.

Vor Beginn des Projektes musste ich unter anderem noch versicherungsrechtliche Angelegenheiten klären, das heißt die Teilnehmer mussten eine Verzichtserklärung auf haftungsrechtliche Ansprüche gegenüber der Inneren Mission München, sowie eine Aufklärung über die Gefahren von Klettern in Verbindung mit der Epilepsie unterschreiben.

5.2 Ziele

Spiegel (2008, S. 138, 255ff) untergliedert Ziele in Wirkungs- und Handlungsziele. Wirkungsziele verweisen auf langfristig erwünschte Veränderungen, geben die grobe Richtung an und dienen der Orientierung. Handlungsziele sind die Arbeitsziele des Wirkungsziels. Indikatoren dienen laut ebd. (S. 199f, 215) als Messgröße der Zielerreichung, zudem verdeutlichen sie die Handlungsziele.

Wirkungsziel:

- Die Teilnehmer werden befähigt an mehrstündigen Freizeit/Sportangeboten außerhalb der Einrichtung selbstständig teilzunehmen.

Handlungsziele:

- Wir befähigen die Teilnehmer, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Halle zu fahren.
- Wir begleiten die Teilnehmer so lange, bis sie äußern, dass sie die Anfahrt und Teilnahme eigenständig (oder mit der Gruppe) bewältigen können.
- Wir entwickeln individuelle Handlungsstrategien für die eigenständige Teilnahme am Klettern.
- Wir entwickeln mit den Teilnehmern individuelle Checklisten, damit sie selbstständig alle Vorbereitungen für das Klettern treffen können.

Indikatoren:

- Die Teilnehmer fahren selbstständig zur Halle.
- Die Teilnehmer nehmen alleine (ohne Begleitung) an dem Kletterprojekt teil.
- Die Teilnehmer treffen eine Entscheidung und setzen diese um.
- Die Teilnehmer äußern im Vorfeld ihre Bedürfnisse und fordern Hilfe ein.
- Die Teilnehmer fragen nach dem nächsten Klettertermin.
- Sie sprechen über ihre Erlebnisse.

5.3 Ablauf

Die ersten vier Termine des Projektes fanden wöchentlich einmal statt. Spätere Termine wurden individuell abgesprochen und geplant.

Da ich die Gruppe nicht leitete, sondern nur begleitete, war ich für vorbereitende und nachbereitende Gespräche zuständig, die Kletterstunde mit zusätzlichem Aufwärmen, Körperspannungs-, Gleichgewichts- und Bewegungsübungen, sowie Dehnen wurden von der Fachübungsleiterin geplant und durchgeführt.

5.4 Beobachtung

Den Unterschied der wissenschaftlichen Beobachtung zur gewöhnlichen erklärt Atteslander wie folgt meiner Meinung nach sehr treffend: „Während alltägliches Beobachten der Orientierung der Akteure in der Welt dient, ist das Ziel der wissenschaftlichen Beobachtung die Beschreibung beziehungsweise Rekonstruktion sozialer Wirklichkeit vor dem Hintergrund einer leitenden Forschungsfrage. Weitere Besonderheiten sind die Anwendung systematischer Verfahrensweisen, während die alltägliche Beobachtung eher unreflektiert abläuft. Ziel der wissenschaftlichen Beobachtung ist es weiterhin, ihre Ergebnisse einer wissenschaftlichen Diskussion zu unterziehen.“ (Atteslander et al. 2003, S. 79)

5.4.1 Forschungskriterien

Beobachtung setzt einen Zweck, ein Ziel voraus. Man kann von Beobachtung im Sinne eines absichtlichen, geplanten Unternehmens sprechen. Im Zuge dessen werden bestimmte Aspekte unseres Wahrnehmungsfeldes genauer betrachtet und andere vernachlässigt, was als Selektion bezeichnet wird. Ebenso ist Beobachtung immer auf eine Auswertbarkeit der Begebenheiten ausgerichtet. Wahrgenommenes muss demnach auf ein System von Kodierungen, die ausgemachte Bedeutungen tragen, abgebildet werden. Weiterhin ist ein wichtiges Ziel einer Beobachtung, Theorien beziehungsweise Hypothesen zu prüfen. (vgl. Mutzeck 2000, S. 155f) Bei einer empirischen Beobachtung müssen grundsätzlich die Gütekriterien Validität, Reliabilität, Objektivität und Non-Reaktivität eingehalten werden.

Diese Faktoren stellen dem zu Folge auch die Fehlerquellen empirischen Forschens dar. Generell ausschließen kann man sie nicht, jedoch versuche ich, sie mit Hilfe der systemischen Herangehensweise bei der Beobachtung mit einem differenziert ausgearbeiteten, standardisierten Beobachtungsbogen zu minimieren. Bei der weiteren Beobachtung, die eher qualitative Aspekte beinhaltet, sind Validität und Reliabilität, auf Grund des offenen Charakters der Beobachtungsweise und damit verbundener Subjektivität, schwer oder überhaupt nicht überprüfbar. Objektivität und Reliabilität und ihre Zielvorstellungen stehen sogar im Gegensatz zu einer qualitativen Forschungslogik. (vgl. Lienert 1989, o.S., nach Stangl o.J., o.S.)

Die Fremdbeobachtung wird von mir offen durchgeführt. Sie wird daher reaktive und non-reaktive Effekte mit einschließen. Der an Hand der standardisierten Beobachtungsbögen aufgenommene Forschungsteil wird nichtteilnehmend und die weitere Beobachtung teilnehmend sowie nichtteilnehmend ausgeführt werden, was wiederum reaktive und non-reaktive Effekte beinhaltet.

Zusätzlich werde ich im Sinne einer explorativen Vorgehensweise beobachtete Veränderungen und Aussagen stichpunktartig und an Hand von Gedächtnisprotokollen zusammentragen. Die Beobachtung wird unstrukturiert sein, da ich offen für die jeweiligen Eindrücke sein will und mit dem Verzicht

von Beobachtungsrichtlinien explorativ eher in unerforschte Gebiete vordringen könnte. Diese qualitative Form der Beobachtung kann Wertungen enthalten, wobei hier der Vorteil im Aufzeigen von sozialen Beziehungen liegt. Der Nachteil ist die schwer kontrollierbare Objektivität und die emotionale Beeinflussung des Forschers, die letztendlich zu keiner statistischen Repräsentativität führen, welches sowieso nicht meine Intention war und durch die kurzen regelmäßigen und später unregelmäßig stattfindenden Termine nicht möglich gewesen wäre. (Atteslander et al. 2003, S. 67)

Die kontinuierliche Beobachtung mittels Beobachtungsbögen fand an den ersten vier Terminen statt. Bei den weiteren Terminen konnte ich nicht regelmäßig anwesend sein und werde daher aus Erinnerungen an Gespräche mit den Teilnehmern, Fachübungsleitern und Bezugspädagogen und meinen Beobachtungen berichten.

Meine übergeordnete Forschungsfrage/Hypothese bezieht sich auf den Titel meiner Bachelorarbeit und dem davon abgeleiteten Wirkungsziel meines Projektes: „Die Teilnehmer erfahren auf Grund des Kletterns Selbstwirksamkeit und dies wirkt sich positiv auf Rückzugstendenzen aus.“

5.4.2 Anwesenheit der Teilnehmer

Die Anwesenheit der Teilnehmer war unterschiedlich. An den vier Terminen haben vier Klienten (K., W., H. und F.) teilgenommen, sie bildeten auch im weiteren Projektverlauf das Kernteam der Klettergruppe. An den vier Terminen fehlten zwei Klienten (K. und H.) jeweils einmal, nach vorheriger Absage. Zwei (W. und F.) der vier Klienten waren während des gesamten Projektes zu ca. 80 Prozent anwesend, die anderen zwei (K. und H.) zu 55 Prozent. Zwei Klientinnen nahmen einmal an dem Kletterprojekt in Heavens Gate teil.

Gerade bei einem Klienten (K.), der nur bei 55 Prozent der Termine anwesend war, war es auffällig, dass er zwar Termine absagte, aber dies sehr kurzfristig (teilweise nur eine Stunde vorher) und überwiegend mit Aussagen wie: „Ich hatte heute so viel Stress und muss jetzt noch einkaufen gehen“ oder „Ich fühle mich nicht so gut.“ Bei einem Klienten (W.) mit 80 prozentiger

Anwesenheit fiel mir dies ebenso auf. Die beiden anderen Klienten (F. und H.) dagegen sagten frühzeitig und mit Begründungen wie: „Ich habe mir mein Knie verdreht und darf laut Arzt vier Wochen keinen Sport machen, der das Knie belastet“ oder: „Ich habe da einen Termin von der Arbeit“ ab. Diese zwei Klienten interessieren sich auch sehr stark für den weiteren Verlauf des Kletterprojektes, beziehungsweise sie wollen gerne an einem weiterführenden Projekt teilnehmen.

5.4.3 Beobachtung/Aussagen der Klienten

Die Beobachtungen und Aussagen beziehen sich auf das gesamte Kletterprojekt, die Beobachtungsbögen, beziehungsweise deren Auswertung beziehen sich nur auf die vier ersten Termine und erfolgen in einem weiteren Punkt. Es handelt sich hierbei um meine Beobachtungen sowie die Wiedergabe der Aussage der Klienten. Dies geschieht aus dem Gedächtnis und Notizen.

Alle Teilnehmer fahren nach gemeinsamer Besprechung und Aushändigung eines Anfahrtsplans eigenständig zur Kletterhalle. Nach achtmaligem Besuch fühlen sie sich laut eigener Aussage so sicher, dass sie sich zutrauen, ohne meine Begleitung, mit einem ihnen nicht bekannten Fachübungsleiter an der Kletterstunde teilzunehmen. Jedoch besteht ein Konsens ihrerseits, dass sie lieber durchgehend den selben Fachübungsleiter hätten und nicht einen dauernden Wechsel.

K. sprach oft von seiner Behinderung, er hat eine spastische Lähmung in der linken Hand, sowie leicht im linken Arm. Er hat daher Problem beim Greifen. Zudem liegt sein Körpergewicht bei ca. 100 Kilogramm. Vor schwierigen Aufgaben, bei Abbrüchen von Aufgaben oder bei nicht optimaler Meisterung dieser, sagt er, dies liege an seiner Spastik und an seinem Körpergewicht. Er kletterte nach meiner Beobachtung und eigener Aussage gerne. Obwohl er im Verhältnis zu den anderen Teilnehmern physisch im Nachteil war, schaffte er seine Ziele in langsamen Schritten zu erweitern (zum Beispiel schaffte er anfangs keine 5-Meter-Route, später dann sogar während einer Stunde

mehrmals acht Meter) und freute sich sichtlich über deren Meisterung. Trotz Motivation und Hinweisen von meiner Seite sagt er oft kurzfristig Termine ab. K. spricht in der Wohngemeinschaft über seine Erlebnisse beim Klettern.

W. bewegt sich bei fast allen Aufgaben sehr hektisch und unsicher. Er möchte alles gerne schnell und gut/mit Erfolg erledigen, wie er selbst auch bestätigt. Im Verlauf des Kletterprojektes wirkt er ruhiger, greift zum Beispiel gezielter nach Griffen und schätzt seine Kräfte besser ein. Beispielsweise bei langen Routen schätzt er realistisch ein, wie weit er kommt, drosselt seinen Ehrgeiz ein wenig („Das mach ich sofort, schnell und perfekt“), bleibt aber trotzdem motiviert seine Ziele/Grenzen zu erweitern („...diesmal schaffe ich es ein Stück weiter!). Er zeigt des Öfteren starke Emotionen, sei es Ärger über eine falsche Bewegung oder zu wenig Kraft oder Freude über seinen Erfolg. Auch außerhalb der Klettergruppe (Wohngemeinschaft) berichtet er freudig und voller Begeisterung von seinen Erfolgserlebnissen während des Kletterns. W. ist im Alltag sehr genau, zwischen negativer und positiver Sichtweise gibt es für ihn fast keine anderen Nuancen und Emotionen zeigt er sehr selten und dann sehr schwach.

H. wirkt oft sehr gestresst und aggressiv, was er selbst bestätigt. Er sagt, dass ihn das Klettern entspannt und er sich ausgeglichener fühlt. Er ist sehr engagiert, immer neue kletterische Herausforderungen anzugreifen (er war zum Beispiel schon im Überhang), auch wenn diese an seine Grenzen stoßen. Er spricht in der Wohngemeinschaft viel von seinen Erlebnissen beim Klettern. Wenn er mich länger nicht sieht, fragt er den Einrichtungsleiter der Wohngemeinschaft, wann der nächste Klettertermin ist. H. betont jedes Mal, wenn er mich sieht, wie wichtig ihm die Weiterführung des Projektes ist.

F. ist der einzige ambulante Klient in der Klettergruppe und ich habe deshalb außerhalb der Kletterprojektes sehr wenig Kontakt zu ihm. Daher kann ich bei ihm nur über die Beobachtungen während der Klettertermine sprechen. F. ist ebenso engagiert bei der Sache wie H. Er sucht immer wieder neue Herausforderung/Schwierigkeiten, die er bewältigen kann. Im Laufe des Kletterprojektes traute er sich selbst zu, andere Teilnehmer zu sichern, hier war er sich anfangs sehr unsicher und machte Fehler, fragte jedoch wenig

nach. Er wirkte immer selbstsicherer auf mich, was natürlich auch an der gestiegenen Vertrautheit in der Klettergruppe liegen könnte. Er würde gerne weiterhin am Kletterprojekt teilnehmen und als einziger sogar den vollen Preis bezahlen. F. hatte am Anfang des dritten Termins einen psychomotorischen Anfall, lief sehr energisch im Raum herum. Danach war ihm dies sichtlich peinlich, er wollte nicht darüber reden und sagte immer wieder, es sei alles in Ordnung und er wolle seine Ruhe haben.

5.4.4 Beobachtungen/Aussagen von Bezugspädagogen

Der Bezugspädagoge von W. hat meine Beobachtungen bezüglich des emotionalen Verhaltens bestätigt. W. zeigt laut ihm positive Emotionen, wenn er von den Klettererlebnissen berichtet. Laut dem Bezugspädagogen ist dies als Folge der Kletterstunden zu sehen und er steht einer Weiterführung dieses Projektes positiv gegenüber.

Von allen anderen bekam ich eine positive Rückmeldung bezüglich des Kletterprojektes und dessen Auswirkungen. Spezielle Aussagen wie bei W. ergaben sich nicht.

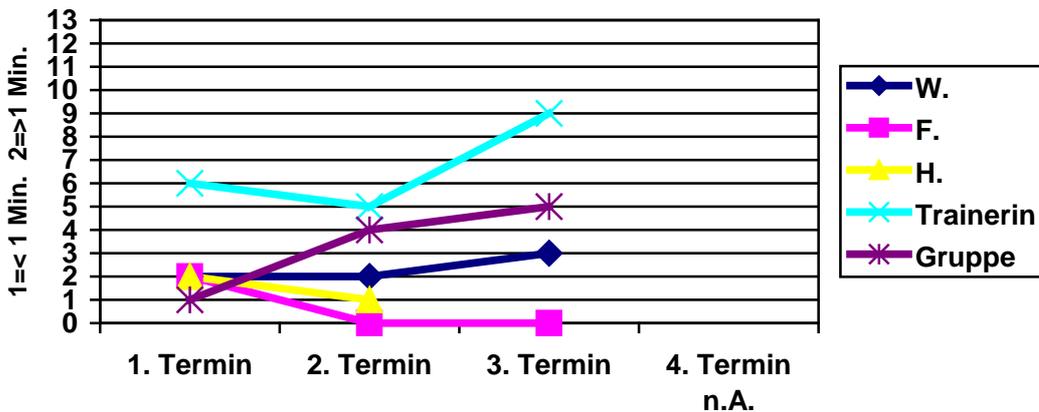
5.4.5 Beobachtungsbögen

Die Beobachtung bezieht sich auf die ersten vier Termine mit den vier Klienten. Ich habe die einzelnen Faktoren der Bögen (siehe Anhang) als Diagramm für den jeweiligen Klienten zusammengefasst. Hiermit lässt sich der zeitliche Verlauf im Verhältnis zu dem jeweiligen Faktor besser darstellen.

Der *erste Beobachtungsbogen* beschäftigt sich mit der *Kommunikation*: „Wie oft und wie lange sprechen die einzelnen Personen?“ war hier die Frage. Unterschieden wurde in Gespräche, die kürzer als eine Minute dauern oder länger. Möglicher Fehlerquellen sind: das Verpassen von Gesprächen durch Unaufmerksamkeit, sich überschneidende Gespräche und den Gesprächsbeginn zuzuordnen, sowie die Gesprächslänge richtig zu beurteilen. Die Hochachse bezieht sich auf die Gesamtzahl der Sprechminuten eines

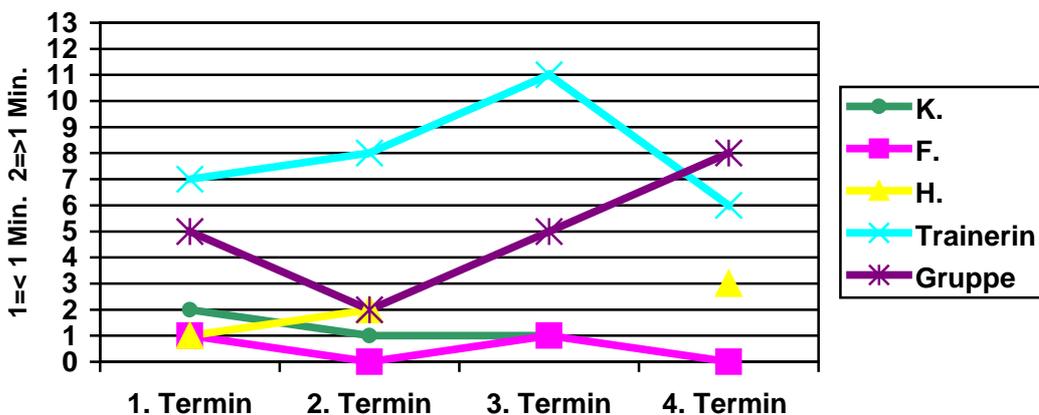
Klienten während eines Termins mit den Kommunikationspartnern. Der Faktor 1 bedeutet ein Gespräch unter einer Minute, der Faktor 2 ein Gespräch über einer Minute. Die Rechtsachse gibt die vier Termine an. Die Graphen stellen die jeweiligen Gesprächspartner dar. N.A. bedeutet, dass der Klient nicht anwesend war, dass selbe gilt bei fehlenden Punkten des Graphen.

Diagramm 1: Klient K.



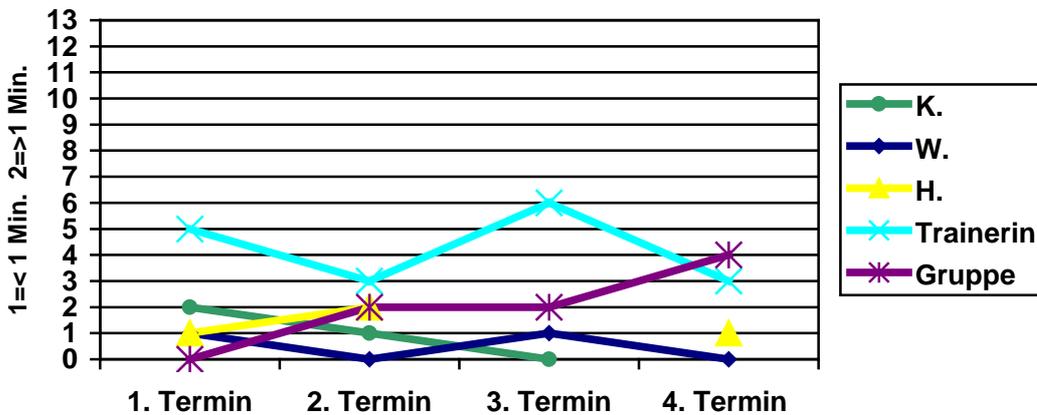
Gesamt: 1. Termin Faktor 13, 2. Termin Faktor 12, 3. Termin Faktor 17 und 4. nicht Anwesend

Diagramm 2: Klient W.



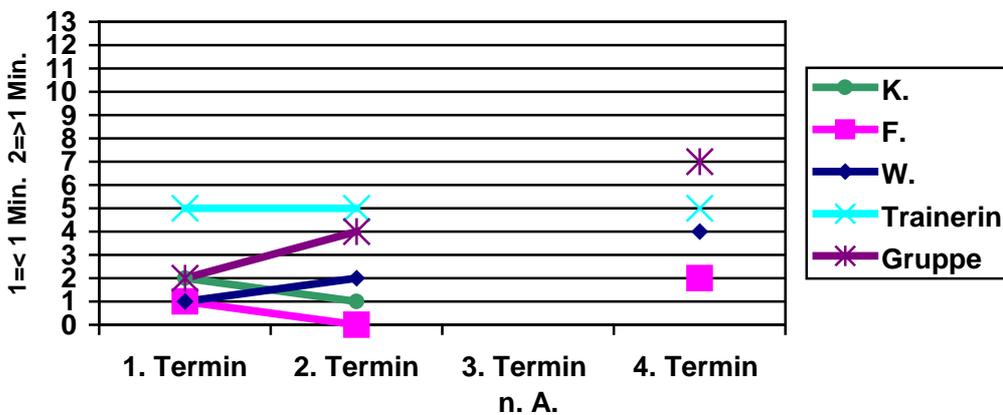
Gesamt: 1. Termin Faktor 16, 2. Termin Faktor 12, 3. Termin Faktor 18 und 4. Termin Faktor 17

Diagramm 3: Klient F.



Gesamt: 1. Termin Faktor 9, 2. Termin Faktor 8, 3. Termin Faktor 9 und 4. Termin Faktor 8

Diagramm 4: Klient H.



Gesamt: 1. Termin Faktor 9, 2. Termin Faktor 12, 3. Termin nicht anwesend und 4. Termin Faktor 18

Die Fragestellung des zweiten Beobachtungsbogens waren die körperlichen Fortschritte und die Entwicklung des Vertrauens. Die Säulen stellen verschiedene Aufgaben dar, die wiederum im Verhältnis zu den Terminen stehen. Der Faktor 1 einer Säule bedeutet die Aufgabe wurde einmal geschafft, der Faktor 0,5 zeigt an, dass die Aufgabe mit Hilfe oder halb erledigt wurde. Fehlerquellen sind außer den Beobachtungs-/Wahrnehmungsfehlern: die

Nichtbeachtung der verschiedenen Leistungsniveaus, Tagesformen und physischen Einschränkungen der Klienten. Eine Übersicht über den zeitlichen Verlauf der einzelnen Aufgaben ist nicht gegeben, da zu jedem Termin unterschiedliche Aufgaben durchgeführt wurden.

Diagramm 5: Klient K.

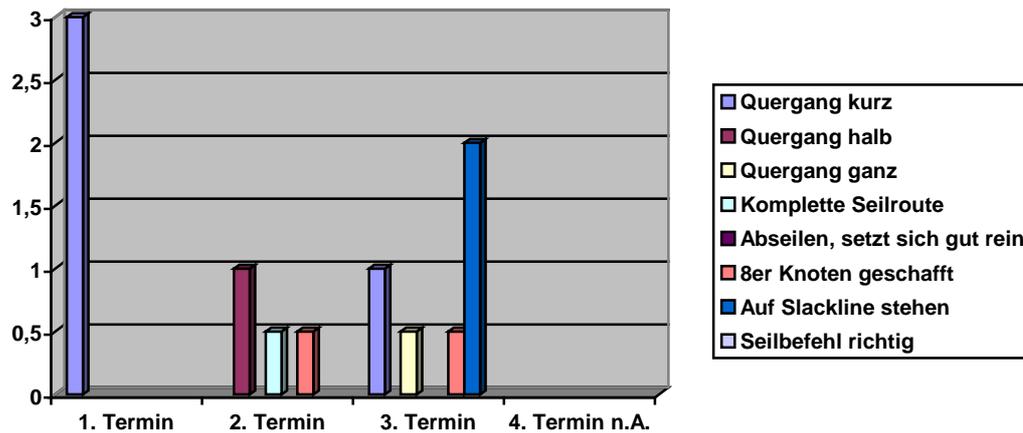


Diagramm 6: Klient W.

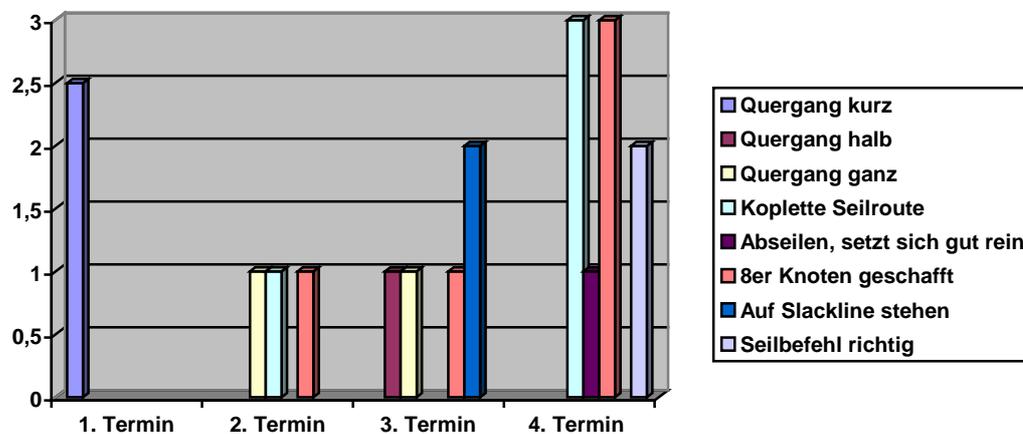


Diagramm 7: Klient F.

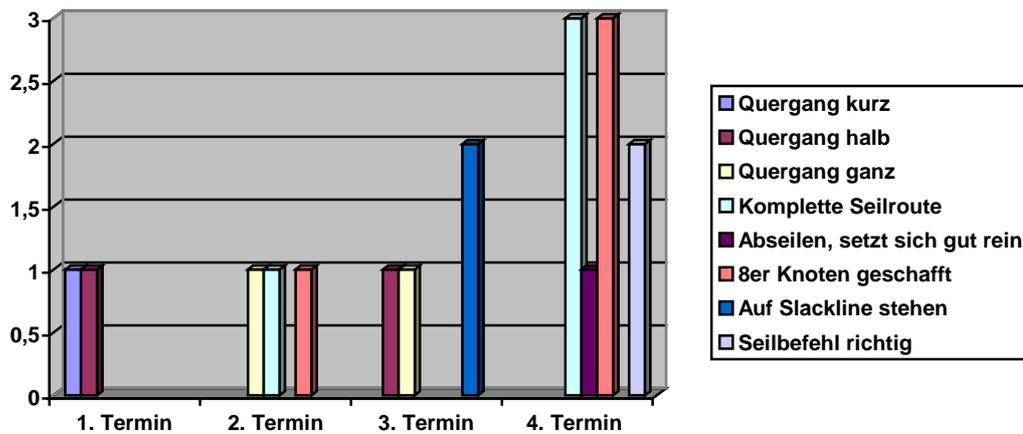
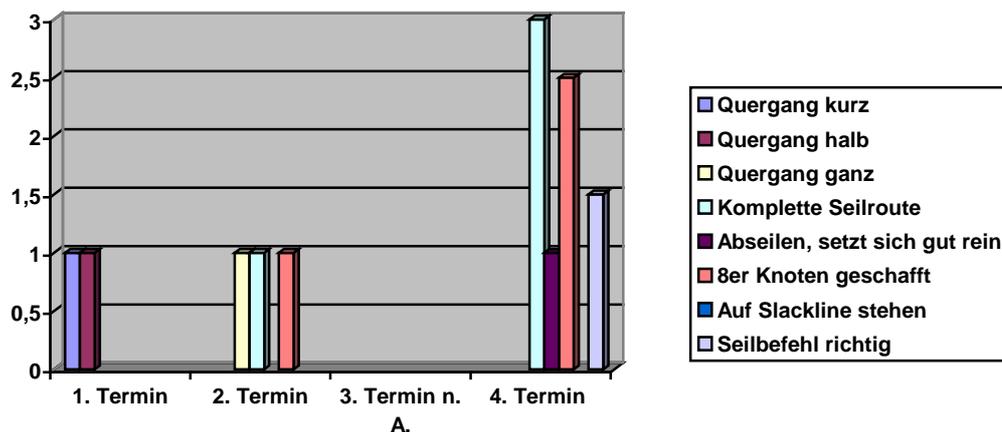
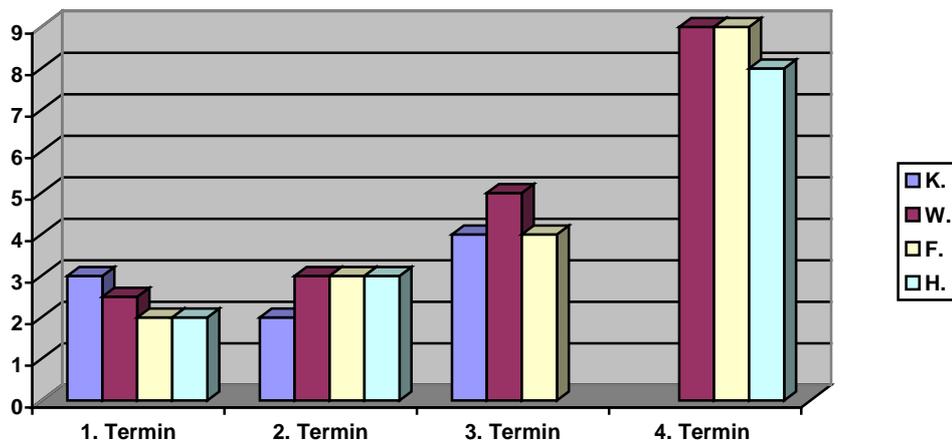


Diagramm 8: Klient H.



Beim folgenden Diagramm habe ich alle bewältigten Aufgaben pro Termin und Person zusammengefasst. Hier ist zu beachten, dass es sich um verschiedene Aufgaben handelt, die zu einer Säule zusammengeführt wurden.

Diagramm 9:



Der *dritte Beobachtungsbogen* beschäftigte sich mit den Fragen: „*Wer benötigt Hilfe, fordert aber keine an? Wer fordert, wie oft, Hilfe an?*“ Faktor 1 der Hochachse stellt den einmaligen Hilfebedarf, die fehlende Anforderung der Hilfe bei Bedarf, die Hilfeanforderung und das Annehmen der Hilfe dar. Neben den Beobachtungs-/Wahrnehmungsfehlern sollten folgende Fehlerquellen Beachtung finden: Hilfebedarf einzuschätzen kann subjektiver Beurteilung unterliegen und die Hilfeanforderung kann auf verschiedene Weise geschehen (verbal, durch Verhalten).

Diagramm 10: Klient K.

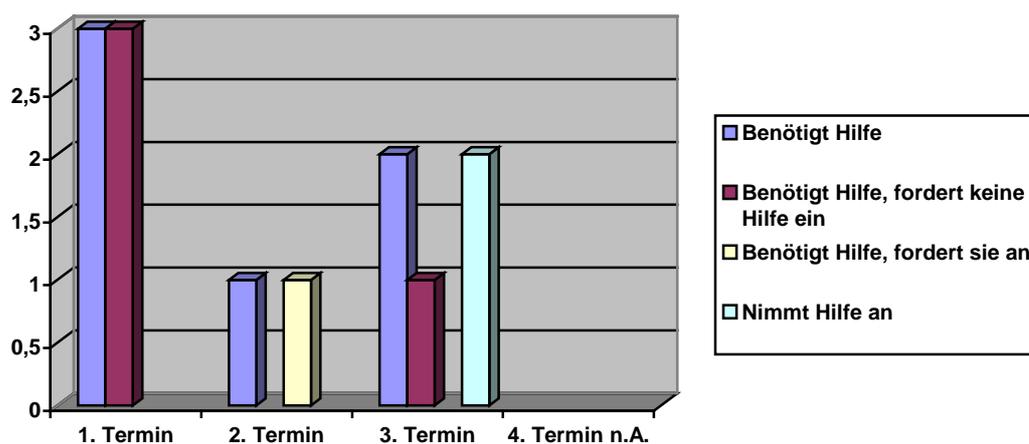


Diagramm 11: Klient W.

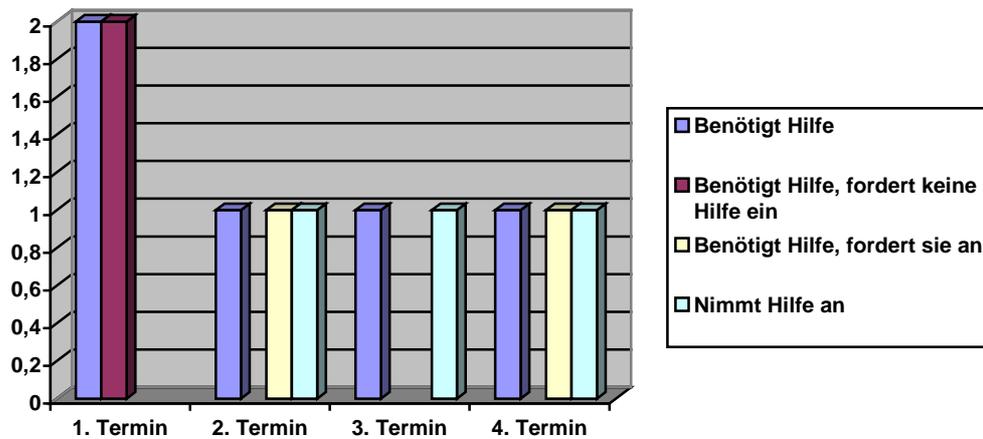
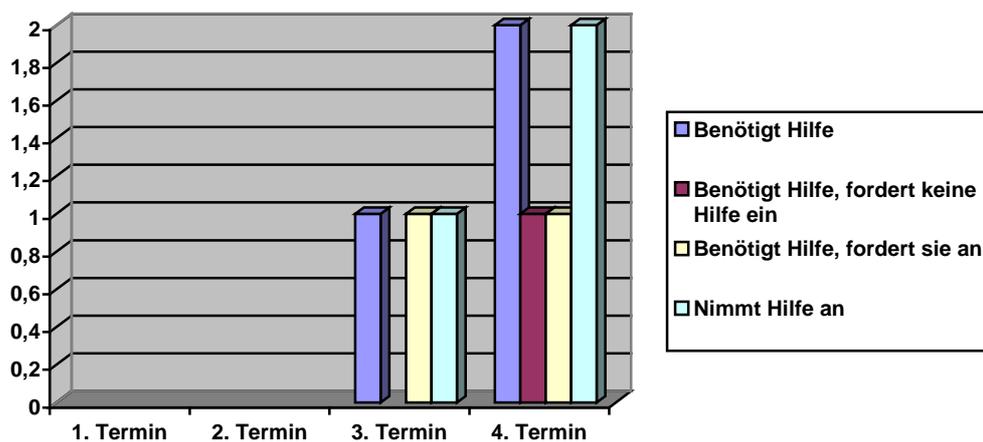


Diagramm 12: Klient F.



Bei Klient H. gab es keinen Faktor zu beobachten.

Um die Fragen: „Wann bricht wer ab? Mit welcher Begründung? Ändert sich dies?“ ging es in dem *vierten Beobachtungsbogen*. Diesen führe ich schriftlich auf, da die Faktoren, in welcher Situation der Abbruch geschah und dessen Begründung, sehr individuell waren. Fehlerquelle dürfte hier vor allem die Definition eines Abbruchs sein.

Klient K. brach beim ersten Termin zweimal das Querbouldern ab, mit der Begründung, er könne dies wegen seinem gelähmten Arm nicht. Er stoppte an diesem Termin ebenso, da er kein Gleichgewichtsgefühl habe, die Gleichgewichtsübungen. Am zweiten Termin führte er die Aufwärmübung nicht

mehr weiter aus. Hier sollte ein Ball zugeworfen werden, K. meinte er könne dies nicht, da er rutschige Schuhe an habe.

Klient W. bricht beim ersten Termin auf Anweisung zweimal das Quer-bouldern ab, da er zu schnell und wackelig unterwegs war (sehr hektische und ungenaue Bewegungen). Er begründet dies sofort damit, dass er nur Turnschuhe an habe, die kippen und sich umbiegen. Beim Suchen einer bequemen Position an der Wand (Ruheposition beim Klettern), bricht W. ab und erklärt, dies liege wiederum an den Turnschuhen und daran, dass er untrainiert sei.

Bei F. und H. waren keine Abbrüche zu beobachten.

5.5 Interviews

Zu Projektbeginn und nach den ersten vier Terminen führte ich jeweils ein kurzes Interview mit den vier Klienten (K., W., H. und F.) durch. Die Antworten habe ich mir stichpunktartig notiert, wobei ich den Sprachstil der Klienten beibehalten habe.

Die Fragen vor dem ersten Termin lauteten:

1. Was wollen Sie in/mit der Teilnahme an dem Kletterprojekt erreichen?
2. Welche Befürchtungen haben Sie?

K.:

1. Fitness, Abnehmen, Gleichgewicht verbessern wegen der Lähmung.
2. Runterfallen, Höhenangst.

W.:

1. Fit werden, mehr Trauen wegen der Höhenangst, Selbstvertrauen, Neues wagen.
2. Keine Befürchtungen.

H.:

1. Körperaufbau, Muskeln, hoffentlich mehr als vier Mal klettern, Abbau von Aggressionen.

2. Keine Befürchtungen.

F.:

1. Bewegung, Sport, körperliche Fitness.
2. Keine Befürchtungen.

Die Fragen nach dem vierten Klettertermin sahen folgendermaßen aus:

Sie haben in den vier Terminen in den Klettersport hineingeschnuppert und sich womöglich im Gegensatz zum ersten Termin in einzelnen Bereichen verbessert:

1. Welche waren dies?
2. Woran lag dies und wie sind Sie darauf gekommen?
3. Was können Sie daraus mit in den Alltag nehmen und in diesem anwenden?

K.:

Der Klient war am vierten Termin nicht anwesend.

W.:

1. Klettertechnik, Achterknoten gelernt. Muskelaufbau und immer weniger Muskelkater. Ruhiger gesucht (nach Griffen), Vertrauen in Klettertechnik bekommen.
2. Keine Aussage darauf.
3. Vertrauen in die Anderen und Selbstvertrauen gestärkt.

H.:

1. Körperkraft, Beweglichkeit, Muskelaufbau.
2. Durch Zusammenarbeit von Kopf und Körper bei den Bewegungen. Hat auch was mit dem Kopf zu tun.
3. Ausgleich finden und Aggressivität abbauen. „Im Alltag war ich entspannter.“

F.:

1. Klettertechnik und Knoten
2. Durch Wiederholung und Übung.
3. Zum Ausgleich von Langeweile. „Nach der Bewegung konnte ich besser schlafen.“

5.6 Auswertung der Beobachtung und Interviews

Ich werde nun Tendenzen und Schwerpunkte der Beobachtungsbögen, beziehungsweise der Diagramme, meiner Beobachtung, der Aussagen der Bezugspädagogen und den Interviews herausarbeiten. Fehlerquellen habe ich bei den Forschungskriterien und den jeweiligen Beobachtungen aufgeführt und werde sie daher hier nicht mehr explizit benennen.

Bei den Diagrammen die Kommunikation betreffend (S. 70-72), ist, wenn man den gesamten Faktor eines jeweiligen Termins betrachtet, eine Steigerung der beobachteten Anzahl der Gespräche bei drei Klienten zu erkennen. Klient F. blieb bei plus/minus Null. Zudem steht die Kommunikationshäufigkeit mit der Trainerin bei 75 Prozent der Termine (alle Klienten betrachtet) an erster Stelle. Am zweithäufigsten ist die Kommunikation mit der Gruppe. Bei der Kommunikationshäufigkeit zwischen den Klienten ist auffällig, dass F. nur bis höchstens Faktor 2 mit den Anderen kommunizierte und die drei anderen Klienten ebenso wenig mit ihm in Kontakt waren. Alle vier Termine betrachtend ist F.s Kommunikationshäufigkeit im Vergleich zu den drei weiteren Klienten geringer, obwohl dieser immer anwesend war. Dies könnte jedoch an dem für ihn neuen Sozialkontakt liegen, da er der einzige aus dem ambulant betreuten Bereich war und die anderen Klienten nur flüchtig kannte.

Im Bereich körperliche Fortschritte und Vertrauen ist es sehr schwierig, auf Grund der verschiedenen Aufgaben an den jeweiligen Terminen, einen relevanten Vergleich/Tendenz aufzuzeigen. Wenn man sich aber die Gesamtzahl der Aufgaben und deren Meisterung pro Teilnehmer ansieht, ist eine Steigerung um ca. 300 Prozent zu erkennen, außer bei K., der am letzten Termin fehlte. Zu Beachten ist hier noch die Vorgabe der Trainerin. Eine Steigerung der Schwierigkeit und der Menge der Aufgaben kann auch von ihr ausgehen.

Bezüglich der Diagramme des Hilfebedarfs (S. 74f), beziehungsweise dessen Anforderung ist bei den Klienten K. und W. zu erkennen, dass sie am ersten Termin mehrmals Hilfe benötigten, aber nicht anforderten. An den weiteren Terminen forderten beide bei Hilfebedarf fast immer Hilfe an (K.

einmal nicht). F. brauchte anfangs keine Hilfe, an den letzten zwei Terminen benötigte er Hilfe und forderte sie meist auch an. Bei Klient H. waren weder Hilfebedarf noch Anforderung von Hilfe beobachtbar.

Bei der Beobachtung von Abbrüchen der Aufgaben und deren Begründung, brach K. am häufigsten ab. Er ist jedoch der einzige in der Gruppe gewesen, der eine körperliche Behinderung hat. Hier stellt sich nun die Frage, ob er dies nur als Vorwand verwendet, um für sich selbst eine Erklärung für sein „Versagen“ zu haben, was, wenn auf die Behinderung geschoben, von äußeren, für ihn nichtkontrollierbaren Faktoren abhängen würde und er sich damit aus der Verantwortung für sein Handeln ziehen könnte. Die weiteren Begründungen lagen ebenso nicht an seiner Person. Bei W. könnten ähnliche Prozesse zutreffen. Er begründete die Abbrüche, wobei aus Sicherheitsgründen zweimal von außen abgebrochen wurde, mit dem ungeeigneten Schuhwerk. Bei F. und H. waren keine Abbrüche beobachtbar.

Bei den vorausgehenden Fragen, was die Klienten gerne mit dem Kletterprojekt erreichen wollen, wurde von allen körperliche Fitness genannt. Als Befürchtung wurde von zweien Höhenangst angegeben.

Als erreichte Ziele zählten drei Klienten in den Interviews verbesserte Körperkraft, erlernte Klettertechnik und vereinzelt stärkeres Vertrauen und ruhigeres Suchen der Griffe auf. Geschafft haben sie dies laut ihrer Aussage durch Zusammenarbeit von Kopf und Körper, sowie Wiederholung und Übung. Auf den Alltag habe sich das Klettern folgendermaßen ausgewirkt: Vertrauen und Selbstvertrauen wurde gestärkt, Aggressionen und Langeweile entgegengewirkt und Entspannung geschaffen.

Zur Überprüfung der Ziele möchte ich nun noch die Indikatoren mit den bisherigen Aussagen und der Beobachtung in Verbindung bringen.

Die Teilnehmer fahren selbstständig zur Halle. Nach den Beobachtungen/Aussagen der Klienten ist dieser Indikator der Handlungsziele ebenso wie folgender: *Die Teilnehmer nehmen alleine (ohne Begleitung) an dem Kletterprojekt teil.* bestätigt worden.

Die Teilnehmer treffen eine Entscheidung und setzen diese um. In Bezug auf die Anwesenheit beziehungsweise die kurzfristigen Absagen in Verbindung mit der Begründung ist das Ziel bei zwei Klienten nicht erreicht worden. Den Punkt Hilfebedarf betrachtend, haben diese beiden Klienten jedoch im Verlauf des Projektes vermehrt Hilfe angefordert, was einer Entscheidung bedarf. Daher könnte man daraus schließen, dass sie gelernt haben, Entscheidungen zu treffen. Die beiden anderen trafen Entscheidungen bezüglich des Besuchs der Kletterstunde im Voraus und hielten sich an diese.

Die Teilnehmer äußern im Vorfeld ihre Bedürfnisse und fordern Hilfe ein. Um den Hilfebedarf zu erkennen und zu äußern, beziehungsweise diese einzufordern, ist nicht nur die im letzten Absatz benannte Entwicklung zu berücksichtigen, sondern auch, dass F. an den letzten beiden Terminen Hilfe anforderte. Das heißt, man könnte auf Grund der Diagramme bezüglich Hilfe (S. 74f) darauf schließen, dass die Klienten gelernt haben, ihren Hilfebedarf zu erkennen und die Hilfe anzufordern. Damit wäre ein Schritt in Richtung des oben genannten Indikators getan.

Die Teilnehmer fragen nach dem nächsten Klettertermin. Vor allem F. und H. fragen nach dem nächsten Klettertermin. Verglichen mit den Beobachtungen/Aussagen der Klienten kann dieser Indikator als erfüllt angesehen werden.

Sie sprechen über ihre Erlebnisse. Nach den Beobachtungen/Aussagen der Klienten und der Bezugspädagogen sprechen sie in verschiedenen Situationen über ihre Erlebnisse.

Abschließend die Gesamtheit der Indikatoren betrachtet, könnte man die Ziele als weitgehend erreicht ansehen.

6. Theorie-Praxis-Abgleich

Bei chronisch Epilepsiekranken bestehen, laut meinem theoretischen Teil, vermehrt psychische Zusatzerkrankungen. Zudem sollen ihnen typische Persönlichkeitsmerkmale zugeordnet werden können. Bei den Klienten des Kletterprojektes dürften einige dieser Annahmen zugetroffen haben. K. zum Beispiel hatte sichtlich Probleme, sich den Achterknoten zu merken, selbst am dritten Termin konnte er den Knoten nur mit Hilfe knüpfen. Hiervon könn-

te man auf ein beeinträchtigt kognitives Leistungsvermögen, Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen schließen, beziehungsweise als Ursache dafür heranziehen. Kausal für das kurzfristige Absagen des Klettertermins, mit Aussagen aus denen man auf eingeschränkte/fehlende vorausschauende Planung von Seiten der Klienten schließen könnte, könnte die Beeinträchtigung höherer kognitiver Funktionen zu Grunde liegen. Ein weiterer Klient ist als sehr pflichtbewusst, genau und humorlos zu beschreiben (aus meinen Beobachtungen und den Aussagen des Bezugspädagogen ersichtlich); diese Eigenschaften werden in der Theorie als typische Persönlichkeitsmerkmale bei der Temporallappenepilepsie angegeben. Die abwehrende Haltung F.'s nach dem Anfall und die wiederholende Bestätigung, es sei alles in Ordnung, könnten als ein dissimulierendes Persönlichkeitsmerkmal gesehen werden. Weitere Komorbiditäten werde ich nicht aufführen, jedoch dürfte aus dem oben Aufgeführten ersichtlich sein, dass diese bestehen.

Die bestehende Epilepsie in Verbindung mit der Komorbidität und deren unter Komorbidität beschriebenen Gesamtproblematik dürfte der Theorie zu Folge zu sozialem Rückzug, der Beeinträchtigung sozialer Verhaltensweisen und sozial kompetenten Verhaltens oder der Beeinträchtigung der dafür notwendigen Voraussetzungen führen. Dies an Hand der Teilnehmer des Kletterprojektes zu belegen, würde einer langen Studie bedürfen oder, nur auf nicht-empirischen Beobachtungen gestützt, nicht objektiv repräsentativ sein. So gehe ich nun auf Grund der Theorie davon aus, dass diese Problematiken bestehen. Die bestehende sozialpädagogische Begleitung der Klienten im Alltag durch die betreuende Einrichtung, in der sie leben, beziehungsweise ambulant betreut werden, unterstreicht diese Annahme.

Soziale Interaktion bedarf nach meinen theoretischen Ausführungen der Kommunikation. Diese steigerte sich vor allem bei drei Klienten während des Projektes und bei einem stagnierte sie. Der Grund für die Stagnation könnten soziale Ängste und fehlendes Vertrauen sein, da F. die anderen Klienten nur flüchtig kannte und diese schon länger zusammen lebten, also sich vertraut waren. Soziale Kompetenzen zur Bewältigung dieses Problems könnten F. gefehlt haben. Mit der Trainerin kommunizierte er jedoch mehr, was dieser

Theorie widersprechen würde, wobei alle Klienten mit ihr mehr kommunizierten als unter sich. (vgl. Diagramme 1-4, S. 70-72)

Einschränkungen in der Mobilität bestanden nach meinen Beobachtungen nur indirekt. Alle fuhrten nach einer Wegbeschreibung und deren Erklärung alleine zu dem jeweiligen Treffpunkt. Das Problem dürfte eher im Lesen und Verstehen der Wegbeschreibung, als in der Angst vor der Fahrt gelegen haben. Die Klienten wollen nach ihrer Aussage gerne an Aktivitäten wie zum Beispiel dem Kletterprojekt teilnehmen, haben aber wenig Geld (SGB XII-Empfänger) zur Verfügung und versuchen so wenig wie möglich auszugeben. Dies schränkt sie in ihren Wahlmöglichkeiten ein und somit in ihrer Flexibilität, was mit ein Grund für die vermehrte Teilnahme an Aktivitäten der sozialpädagogisch betreuenden Einrichtung sein dürfte. Informationen über solche Projekte/Aktivitäten sind meist auf die Einrichtung beschränkt, da diese die Finanzierung ermöglicht oder das Personal stellt. Dies dürfte die Aufnahme sozialer Kontakte außerhalb der Einrichtung zusätzlich erschweren.

Das Geheimhalten beziehungsweise die Scham über den Anfall und der darauffolgende Rückzug könnte ein Grund für das Verhalten von F. nach seinem Anfall während des Klettertermins sein. Er meinte, er wolle seine Ruhe, es sei alles in Ordnung und bei Nachfragen reagierte er gereizt und abblockend.

Der auffordernde Charakter der Aufgaben während der Kletterstunden könnte den Entstehungsprozess von Verhalten, zusammen mit der Motivation, die Schwierigkeit zu meistern, am Laufen halten. (vgl. Abb. 3, S. 25) Erfolgserlebnisse und das Erleben einer kontrollierbaren Schwierigkeit/Aufgabe, sowie Lob und Motivation durch die anderen dürfte demnach positive Emotionen auslösen und sie bekräftigen, das gezeigte Verhalten zu wiederholen. Das Erfahren positiver Emotionen durch die Teilnehmer konnte von mir während der Kletterstunden und beim Berichten ihrer Erlebnisse danach, an Hand von freudigen und begeisterten Äußerungen mit inhaltlichem Bezug auf das Klettern beobachtet werden. Kurze und langfristige Verhaltensweisen könnten dadurch beeinflusst werden.

Direkte Erfahrung persönlicher Meisterschaft als eine von Banduras benannten Quellen für Selbstwirksamkeit müssten alle Klienten während des Kletterprojektes gemacht haben. (vgl. Diagramme 5-9, S. 72-74)

Stellvertretende Beobachtung und Erfahrung oder Lernen am Modell dürfte während des Projektes ebenso stattgefunden haben, da meist einer eine Aufgabe erledigte und die anderen beobachteten. Sie müssten dabei auch Anmerkungen der Trainerin wahrgenommen haben und somit beobachtetes Verhalten mit positiver Bestätigung durch die Trainerin oder bei Erreichung des Ziels durch den Beobachteten versuchen nachzuahmen.

Die mündliche Überzeugung auf Grund von Ratschlägen, Tipps und überwiegend durch Gespräche über das Thema dürfte vor allem mit der Trainerin statt gefunden haben. Ebenso hat sich bei drei Klienten die Kommunikationshäufigkeit während der Klettertermine erhöht, was natürlich nicht auf den Inhalt schließen lässt, jedoch in Verbindung mit der Steigerung der gemeisterten Aufgaben als Indiz für die mündliche Überzeugung gelten könnte. (vgl. Diagramme 1-9, S. 70-74)

Das Vorhandensein positiver Emotionen habe ich schon weiter oben bestätigt und begründet. Auf eine Verbesserung des physischen Zustandes könnte auf Grund der Diagramme 5-9 (S. 72-74) geschlossen werden.

Die Selbstwirksamkeit könnte durch das Bestehen der vier Quellen der Selbstwirksamkeit nach Bandura vermehrt werden. Dies würde sich positiv auf viele Lebensbereiche der Klienten auswirken. (vgl. Punkt 3.4)

Das durch die Selbstrepräsentation bestimmte „Spielen“ einer Rolle, in dem von mir erwähnten zwanghaften Kontext (in dem Epilepsie verschwiegen wird), habe ich im geschützten Rahmen der Kleingruppe nicht beobachten können. Dies könnte das direkte und offene Erfahren, sei es von Situationen, Emotionen, Möglichkeiten usw. in der Klettergruppe unterstützt haben.

Die Erinnerung an erlebte Erfolgssituationen, entstanden durch gemeisterte Aufgaben während des Kletterns, könnte, begünstigt durch das oben erläuterte Erleben von Selbstwirksamkeit und der Kontrollierbarkeit der Aufgaben, in Verbindung mit möglichen entstandenen Kontrollüberzeugungen, Attributionsprozesse positiv beeinflussen und damit das Selbstwertgefühl steigern. Das Gefühl der Kontrolle, selbst die Situation buchstäblich in

der Hand zu haben (also durch internale Faktoren wie Fähigkeiten), könnte sozialen Ängsten entgegenwirken und damit Selbstsicherheit und sozial kompetentes Verhalten fördern. Misserfolgsorientierte Attributionsprozesse könnten somit zu erfolgsorientierten werden. Alles zusammen dürfte eine positive Selbstwahrnehmung begünstigen und die dadurch stattfindende Beurteilung der eigenen Gefühle und Einstellungen, sowie deren Abgleich mit dem Verhalten dementsprechend beeinflussen. Die von den Klienten erlebten Gefühle des Stolzes, der Freude und Begeisterung könnten die Klienten motivieren, sich neue, anstrengendere Ziele zu setzen (vgl. mit den Beobachtung/Aussagen der Klienten, ist dies bei zwei Klienten geschehen) und als positiv erlebtes Verhalten zu wiederholen. (vgl. 3.4.2; 3.4.3; 3.4.4)

Auf Grund Rotters sozialer Lerntheorie verknüpft mit der Theorie der Kontrollüberzeugung, könnte man davon ausgehen, dass es durch die erfahrene Kontrolle und den Erfolg in der Kletterstunde (auf die Kontrolle wurde weiter oben geschlossen und der gesteigerte Erfolg dürfte an Hand der Diagramme 5-9, S. 72-74 ersichtlich sein), zu einer Erhöhung spezifischer Erwartungen kommen dürfte. Ob das jeweilige Ziel während der Kletterstunden eine Erhöhung der Einschätzung des Verstärkungswertes herbeiführen kann und bereichsübergreifende Erfahrungen gemacht werden konnten, um eine Generalisierung von Erwartungen auf andere Lebensbereiche hervorzurufen, ist hier nicht zu belegen.

Die mögliche positive Selbstwahrnehmung, die während des Kletterns erfolgte Rückmeldung/Motivation der Gruppe/des Trainers über den jeweiligen Klienten und dessen Leistungen und der soziale Vergleich mit den anderen Teilnehmern der Klettergruppe und der Trainerin könnte nach theoretischer Auffassung das Selbstkonzept und die soziale Interaktion beeinflussen.

Der Blick der Gruppe und der Trainerin auf den Klienten, der eine jeweilige Aufgabe erledigen soll, in Kombination mit dem geschützten Rahmen der Gruppe, könnte positive Selbstaufmerksamkeitsprozesse verstärken und fördern und dadurch dem Klienten ermöglichen, eventuell bestehende Discrepanzen zwischen inneren Standards und der Realität zu erkennen und zu

reduzieren. Fremd- und Selbstbild würden dann eher zusammenpassen. Bei den Beobachtungen des Klienten W. könnten die anfängliche Aufregung, das ungenaue und hektische Bewegen, welches sich nach ein paar Terminen sichtlich verbesserte (dies bestätigte er im Interview selbst) und er damit viel selbstsicherer wirkte, ein Hinweis auf eben beschriebene Prozesse sein.

Im Sinne des Trainings sozialer Kompetenzen lag der Schwerpunkt des Kletterprojektes beim Lernen am Modell, Lernen von Erfahrungen und der Reflektion und Verstärkung durch die Trainerin und die Gruppe. Die gemeinsame Problemanalyse im Vorfeld wurde nur eingeschränkt durchgeführt und es wurde versucht, den am Ende folgenden Transfer während des Projektes stattfinden zu lassen, da dieses weiterlief. Des Weiteren war das Kletterprojekt nicht an Hand des im theoretischen Teil beschriebenen Trainings sozialer Kompetenzen entwickelt worden, wobei jedoch Parallelen sichtbar geworden sind.

Das Projekt kann als ein erlebnispädagogisches Projekt nach Gilsdorf (vgl. 4.1) betrachtet werden, da die Ziele dem Kompetenzerwerb und der Erschließung neuer Möglichkeiten (selbständige Teilnahme an Sportprogrammen) dienen. Außerdem stellt das Medium Klettern die Teilnehmer vor physische, psychische und soziale Herausforderungen, gibt ihnen die Möglichkeit gemeinschaftliche und persönliche Erlebnisse zu machen und beinhaltet physische und soziale Risiken. Die Arbeitsweise der Trainerin folgte den Prinzipien der Handlungs- und Prozessorientierung. Ob es während des Projektes zu Grenzerfahrungen kam, die eine Beeinflussung vorhandener Denk-, Handlungs- und Wahrnehmungsmuster hervorrufen, ist nicht eindeutig belegbar. Jedoch ist denkbar, dass die Klienten an verschiedenste Grenzen während des Kletterns und in der Gruppe gestoßen sein könnten und damit ein Impuls gegeben sein könnte, um oben genannte Muster zu überdenken.

7. Fazit

Um auf die Fragestellung meiner Arbeit zurückzukommen „Kann Klettern Rückzugstendenzen von Epileptikern entgegenwirken, indem es Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht?“, möchte ich antworten:

„Theoretisch ja, praktisch ebenso!“

Die theoretische Seite konnte ich an Hand der verschiedenen Theorien der Bezugswissenschaften der sozialen Arbeit ausführlich begründen und dementsprechende Bezüge herstellen. Den praktischen Teil meiner Arbeit betrachtend, ist es mir sehr schwer gefallen, ohne eine ausführliche eigene Forschung die angenommenen Effekte zu belegen. So versuchte ich mit meinem Kletterprojekt, im Rahmen eines kleinen empirischen Forschungsteils, eine Verbindung mit dem Theorieteil herauszuarbeiten. Empirisch belegen konnte ich dies nur bedingt, da ich zum Beispiel keine neutrale Kontrollgruppe neben der Epilepsiegruppe hatte.

Zudem bezog sich meine Forschung auf einen sehr begrenzten Zeitraum, dieser müsste, um repräsentative Ergebnisse zu erhalten, länger sein. Die Entwicklung der Beobachtungsbögen hätten im Nachhinein betrachtet einer ausführlicheren Vorbereitung und Analyse des Forschungsgegenstandes bedurft. Trotz aller vorhandenen Schwierigkeiten denke ich, dass Tendenzen und Schlüsse auf mögliche Übereinstimmungen dennoch möglich gewesen sind. Effekte meiner theoretischen Annahme waren daher erkennbar.

Da sich meine Arbeit inhaltlich mit erlebnispädagogischem Klettern beschäftigt, möchte ich nun Ausblicke an Hand meiner Erfahrungen bezüglich des momentanen Umgangs mit Klettern außerhalb des Leistungssports geben.

Die Sportart Klettern hat nach meiner Beobachtung in den letzten Jahren rasanten Zuwachs erhalten, was man zum Beispiel am Bau von neuen Kletterhallen erkennen kann. Demnach sollte auch diese Sportart allen Menschen zugänglich gemacht werden, beziehungsweise die Chance bestehen, diese ausprobieren zu können. Hier muss aber eine Abgrenzung zum Klettern als Leistungssport vorgenommen werden. Diese Abgrenzung muss vor allem durch speziell dafür qualifiziertes Personal geschehen. Das

heißt, wenn sich durch den ausbreitenden Klettersport ein großes Feld an Möglichkeiten eröffnet in verschiedenen Bereichen, wie im therapeutischen oder pädagogischen Segment, zu arbeiten (was ich befürworte), wofür das Wissen anderer Disziplinen, wie zum Beispiel Medizin oder Psychologie, notwendig ist, sollte dieses fachfremde Wissen auch sinnvoll und ausreichend gelehrt, gelernt und angewendet werden. Von Vorteil wäre es, ein interdisziplinäres Team zu bilden, wenn Wissen verschiedener Bereiche gefragt ist. So könnte ein Team zum Beispiel aus einem Fachübungsleiter Klettern, einem Psychologen und einem Sozialpädagogen bestehen. Eine Kontrolle der Qualifizierung hierfür wäre wünschenswert und sinnvoll.

Die Sportart Klettern dürfte daher, gekoppelt mit dem entsprechenden Wissen verschiedener Disziplinen, vielfach Entwicklungspotenzial über den Leistungssport hinaus besitzen.

Literaturverzeichnis

- Altrup und Specht (o.J.) Epilepsien sind Krankheiten mit verschiedenen Erscheinungsformen. <http://www.ligaepilepsie.de/home/showdoc,id,396,aid,4256.html> (Zugriff: 20.01.2012)
- Atteslander, P., Cromm, J., Grabow, B., Klein, H., Maurer, A., Siegert, G. (2003) Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. Auflage. Berlin/New York: Walter de Gruyter
- Aronson, E., Wilson, T., Akert, R. M. (2008) Sozialpsychologie. 6. Auflage. München: Pearson Studium
- Bartl, J. (2009) Die Perspektiven von Menschen mit Epilepsie. Auf ihre Krankheit und Biographie. München, Fakultät 11. Diplomarbeit
- Düchting, A (2008) Prodromi und Auren. <http://www.dgfe.info/home/showdoc,id,396,aid,383.html> (Zugriff: 20.01.2012)
- epiKurier (2009) Höhentrip. Klettern mit Epilepsie, Mut oder Risiko? Die Epilepsiegruppe Aachen testet. [http://www.epikurier.de/Hoehentrip.1234.0.html?&no_cache=1&sword_list\[\]=erlebnis](http://www.epikurier.de/Hoehentrip.1234.0.html?&no_cache=1&sword_list[]=erlebnis) (Zugriff: 27.01.2012)
- Fischer, L. und Wiswede, G. (2009) Grundlagen der Sozialpsychologie. 3. Auflage. München: Oldenbourg Verlag
- Franken, S. (2010) Verhaltensorientierte Führung. Handeln, Lernen und Diversity in Unternehmen. 3. Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag
- Gambrill, E. (1995) Assertion skills training. In: O`Donohue, W. Und Krasner. L. (Hrsg.) Handbook of social skills training. S. 81-118 Boston: Allyn and Bacon
- Gilsdorf, R. (2004) Von der Erlebnispädagogik zur Erlebnistherapie. Perspektiven erfahrungsorientierten Lernens auf der Grundlage systemischer und prozessdirektiver Ansätze. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie

Goffman, E. (2007) Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München: Piper

Hähnlein, V., und Rimpel, J. (2008) Systemische Psychosomatik. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta

Hannover, B. (2000) V Mikroprozessuale Perspektiven: Verarbeitung selbstbezogener Informationen. Das kontextabhängige Selbst. In: Greve, W. (Hrsg.) Psychologie des Selbst. S. 239-254 Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union

Hausenberger, R. (2004) Vom Kraxeln zum Klettern. Entwicklungslinie einer Individualsportart im gesellschaftlichen Kontext. München, Fakultät 11. Diplomarbeit.

Heckhausen. H. und Heckhausen J. (2006) Motivation und Handeln. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Heckhausen. H. (2003) Motivation und Handeln. 2. Auflage. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag

Heckmair, B. und Michl, W. (2004) Erleben und Lernen. Einführung in die Erlebnispädagogik. 5. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag

Henningson, P. (2006) Geschichte und Klinische Konzepte. In: Henningson, P., Gündel, H., Ceallos-Baumann, A. (Hrsg.) Neuro-Psychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik. S. 3-7. Stuttgart: Schattauer GmbH

Herkner, W. (1991) Lehrbuch der Sozialpsychologie. Bern: Huber

Hinsch, R. und Pfungsten, U. (2002) Gruppentraining sozialer Kompetenzen. 4. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Hillenbrand, C. (2008) Einführung in die Pädagogik bei Verhaltenstörungen. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG

Holtkamp, M., Othmann, J., Buchheim, K., Meierkord, H. (2006) Diagnosis of psychogenic nonepileptic status epilepticus in the emergency setting In: Neurology 66 S. 1727-1729

James, W. (2007) The Principles of Psychology Vol.1. Originally published in 1890. New York: Cosimo

Kale, R. (1997) Bringing epilepsy out of the shadow. In: British Medical Journal: 315 S. 2

Kasten, E. (2007) Einführung Neuropsychologie. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG

Klein, P. (2010) „Einmal hoch hinaus...“ [http://www.epikurier.de/Einmal-hoch-hinaus.1404.0.html?&no_cache=1&sword_list\[\]=erlebnis](http://www.epikurier.de/Einmal-hoch-hinaus.1404.0.html?&no_cache=1&sword_list[]=erlebnis) (Zugriff: 27.01.2012)

Krämer, G. (2006) Epileptische Anfälle und Epilepsien. In: Günneweg, T. und Erbguth, F. (Hrsg.) Praktische Neurogeriatrie. Stuttgart: Kohlhammer

Lamprecht, F. (2004) Allgemeine Psychosomatik und Modellvorstellung. In: Machleidt, W., Bauer, M., Lamprecht, F., Rose, H. K., Rhode-Dachser, C. (Hrsg.) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 7. Auflage. S. 121-123. Stuttgart: Georg Thieme

Luckner, J. L. & Nadler, R. S. (1997) Processing the experience. Strategies to enhance and generalize learning. 2. Auflage. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt

Mutzeck, W. (2000) Verhaltensgestörtenpädagogik und Erziehungshilfe. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt

Opaschowski, H. W. (2000) Xtrem: Der kalkulierte Wahnsinn. Extremsport als Zeitphänomen. Hamburg: Germa Press

Rechtien, W. (2007) Angewandte Gruppendynamik. Ein Lehrbuch für Studierende und Praktiker. 4. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag

Rogers, C. R. (1983) Entwicklung der Persönlichkeit. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

Sader, M. und Weber, H. (1996) Psychologie der Persönlichkeit. Weinheim und München: Juventa Verlag

Sader, M. (2000) Psychologie der Gruppe. 7. Auflage Weinheim und München: Juventa Verlag

Schmidt, D., Elger, C. E. (1999) Praktische Epilepsiebehandlung. 3. Auflage. Stuttgart Thieme Verlag

Schmutz, M. und Ganz, R. (2005) Psychiatrische Komorbidität bei Epilepsie. http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=komorbiditProzentC3ProzentA4tProzent20epilepsie&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CD0QFjAA&url=httpProzent3AProzent2FProzent2Fwww.sprechzimmer.chProzent2Finclude_phpProzent2Fpreviewdoc.phpProzent3Ffile_idProzent3D2064&ei=RjsfT-PgAsytsAab6q3NDA&usg=AFQjCNGQE5XKoz8wm-XVpNykH_g-AUV7FQ&cad=rja (Zugriff: 24.01.2012)

Specht, U. und Thorbecke, R. (2010) Epilepsien. In: Frommelt, P. und Lösslein, H. (Hrsg.) Neurorehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag

Spiegel, H. von (2008) Methodisches Handeln in der sozialen Arbeit. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG

Stangl, W. (o.J.) Gütekriterien empirischer Forschung. <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/FORSCHUNGSMETHODEN/Guetekriterien.shtml> (Zugriff: 09.02.2012)

Struck, M. (2007) Klinisches Manual Psychosomatik. Depression, Angst, funktionelle Störung: Eine Einführung für Haus- und Facharzt. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag | GWF Fachverlage GmbH

Tettenborn, B., Bredel-Geissler, A.-E., Krämer, G. (1999,2006) Die Epilepsien In: Berlit, P. (Hrsg.) Klinische Neurologie. 2. Auflage. S. 741-798 Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Vogelbruch, C. (2007) Erlebnispädagogik mit Pferden. Frankfurt, FB4.
Diplomarbeit. https://www.fh-frankfurt.de/fileadmin/de/Fachbereiche/FB4/Forschung/Projekte/Diplomarbeiten/diplomarbeit_vogelbruch_neu.pdf
(Zugriff: 27.01.2012)

Wilde, O. (1982) The artist as critic. Chicago: TheUniversity of Chicago Press

Wolf, P., Mayer, T., Specht, U., Thorbecke, R., Boenigk, H., Pfäfflin, M.
(Hrsg.) (2003) Praxisbuch Epilepsien. Diagnostik – Behandlung –
Rehabilitation. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Wolf, P. (2008a) Klassifizierung von Epilepsiesyndromen.
<http://www.dgfe.info/home/showdoc,id,431,aid,1319.html> (Zugriff:
20.01.2012)

Wolf, P. (2008b) Klassifizierung von Anfällen.
<http://www.dgfe.info/home/showdoc,id,396,aid,2135.html> (Zugriff:
20.01.2012)

Abbildungsverzeichnis

1. Schmutz, M. und Ganz, R. (2005) Psychiatrische Komorbidität bei Epilepsie.
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=komorbiditProzentC3ProzentA4tProzent20epilepsie&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CD0QFjAA&url=httpProzent3AProzent2FProzent2Fwww.sprechzimmer.chProzent2Finclude_phpProzent2Fpreviewdoc.phpProzent3Ffile_idProzent3D2064&ei=RjsfT-PgAsytsAab6q3NDA&usg=AFQjCNGQE5XKoz8wm-XVpNykh_g-AUV7FQ&cad=rja (Zugriff: 24.01.2012)
2. Fischer, L. und Wiswede, G. (2009) Grundlagen der Sozialpsychologie. 3. Auflage. München: Oldenbourg Verlag
2. Pfingsten, U. und Hinsch, R. (2002) Gruppentraining sozialer Kompetenzen. 4. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Anhangverzeichnis

1. Rosenberg: self-esteem scale
2. Beobachtungsbögen

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die verwendete Literatur vollständig aufgeführt sowie Zitate kenntlich gemacht habe.

Ich versichere ferner, dass die Arbeit noch nicht zu anderen Prüfungen vorgelegt wurde.

München, den 16.02.2012

Leonhard Laßmann