

## 2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Teil wird die für die vorliegende Arbeit relevante Forschung eingeleitet und unter Berücksichtigung der Theorie und Empirie werden Fragestellungen generiert. Dazu werden zunächst in Abschnitt 2.1 die Konstrukte Emotion und emotionale Kompetenz eingeführt, sowie die Bedeutung der Emotionserkennung im Hinblick auf mögliche Defizite diskutiert. Folgend werden in Abschnitt 2.2 die Entwicklung der Empathieforschung, mögliche Einflussgrößen und von Empathie abzugrenzende Begriffe aufgezeigt sowie Probleme der Operationalisierung angesprochen. In Abschnitt 2.3 erfolgt eine Darstellung der Entwicklung der Psychopathie-Forschung in der Psychologie. Weiter wird das klinische Störungsbild und daraus resultierende Defizite in Bezug auf Emotionen und Empathie beschrieben. Soziale Ängstlichkeit sowie ihre Ausprägung als soziale Phobie im pathologischen Sinne und daraus resultierende Konsequenzen werden in Abschnitt 2.4 erläutert. Dieser schließt mit einer Gegenüberstellung der beiden Persönlichkeitsmerkmale Psychopathie und sozialer Ängstlichkeit ab. Eine zusammenfassende Bewertung des aktuellen Standes psychologischer Forschung mündet in Abschnitt 2.5 in für diese Arbeit relevante Forschungsdesiderate.

### 2.1 Emotionen

Emotionen bestimmen unser individuelles Erleben und Verhalten. Sie beeinflussen dabei Wahrnehmung, Erinnerung, Aufgabenbewältigung, Urteilen und Problemlösen sowie zahlreiche weitere Aspekte. Darüber hinaus spielen sie eine bedeutende Rolle bei alltäglichen Begegnungen (Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech & Philippot, 1998), der Aufnahme und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen (Gottman, 1993), altruistischem Verhalten (Davis, 1994) und bei Einstellungsänderung (Breckler, 1993). Weitere Gebiete, für die Emotionen eine große Relevanz besitzen, sind Gruppendynamik (Barsade & Gibson, 1998) und Kollektivverhalten (Levenson & Ruef, 1997). Auch in sozialen Interaktionen sind Emotionen nicht wegzudenken und bilden laut Merten (2003) die Grundlage sozialer Austauschprozesse, indem sie die Verhaltensweise zwischen einzelnen und mehreren Personen regulieren (Merten, 2003). Weiterhin sind auch Empathiefähig-

keit und emotionale Perspektivenübernahme davon abhängig, ob und wie Emotionen wahrgenommen werden können (vgl. Kapitel 2.2).

Dieser Abschnitt skizziert zunächst die historische Entwicklung des Konstrukts Emotion sowie die Frage deren Universalität (Kapitel 2.1.1). Darauf aufbauend werden verschiedene Emotionstheorien und -modelle beschrieben (2.1.2) und die Konstrukte der emotionalen Kompetenz (2.1.3) und der emotionalen Intelligenz (2.1.4) eingeführt. Anschließend werden mögliche Geschlechtereffekte aufgezeigt (2.1.5). Den Abschluss dieses Abschnitts bildet die Erläuterung der Emotionserkennung (2.1.6).

### 2.1.1 Beschreibung und Entwicklung des Konstrukts „Emotion“

Seit ihrer Geburtsstunde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts beschäftigt sich die Psychologie in ihren unterschiedlichen Disziplinen mit der Erforschung und Beschreibung von „Emotionen“ und versucht diese von anderen, häufig synonym verwendeten Begrifflichkeiten wie beispielsweise Affekt, Gefühl oder Stimmung abzugrenzen. Im Gegensatz zu diesen kann der Begriff „Emotion“ zu einer „umfassenden Beschreibung emotionaler Prozesse benutzt werden“ (Merten, 2003, S. 12). So wird der im deutschen Sprachgebrauch eher selten verwendete Begriff Affekt (*affect*) meist als übergeordnete Bezeichnung emotionaler Prozesse oder Synonym für Emotion verstanden (Otto, Euler & Mandl, 2000; Merten, 2003). „Gefühl“ (*feeling*) hingegen betont die subjektive Wahrnehmung beziehungsweise Erlebensqualität und kann als engfasste Definition von Emotion betrachtet werden (Otto et al., 2000; Merten, 2003). „Stimmung“ (*mood*) unterscheidet sich von Emotion durch eine geringer ausgeprägte Intensität und Objektbezogenheit sowie eine längere Dauer, die mit mittel- oder langfristigen emotionalen Veränderungen einhergeht.

Emotionen konstituieren drei grundlegende Funktionsbereiche des Menschen: subjektives Erleben, körperliche Homöostase und Anpassung sowie soziale Kommunikation (Margraf & Müller Spahn, 2009). Ihre Kategorisierung erfolgt entweder nach ihrem Auftreten oder nach ihrer Funktion: Bezogen auf das Auftreten werden *primäre* und *sekundäre* Emotionen unterschieden. Die *primäre Emotion* meint die direkte Reaktion auf ein Ereignis für die unter anderem im Gesichtsausdruck feste Programme identifiziert werden können und für die nach Ekman (1980, 1992a, 1992b) sechs Basisemotionen (Angst, Ekel, Freude, Wut, Überraschung und Trauer) differenziert werden. Die *sekundäre Emotion* folgt auf die *primäre*, wenn zum Beispiel aus Wut Ärger wird, oder ist aus diesen zusammengesetzt. Die funktionale Unterteilung unterscheidet hingegen zwischen hilf-

reichen, adaptiven und behindernden, maladaptiven Emotionen (Margraf & Müller-Spahn, 2009).

In der Literatur existieren unzählige Definitionen, die von der vorherrschenden theoretischen Sichtweise begründet sind und jeweils nur einige Aspekte des umfassenden Konstrukts, Emotion, beschreiben. Obwohl Menschen sich seit Jahrhunderten mit dem Begriff „Emotionen“ befassen, konnte bis heute keine allgemein gültige Definition gefunden werden. Als erste unternahmen James (1884) und Lange (1885) den Versuch, Emotionen genauer zu fassen (James, 1884/1968). Auch die Unterscheidung von Kleinginna und Kleinginna (1981) unterstreicht die Komplexität des Konstrukts, indem die Autoren je nach Kontext zwischen elf verschiedenen Emotionsdefinitionen differenzieren.

Als Konsens vieler Definitionen kann festgehalten werden, dass der Emotionsbegriff ein mehrdimensionales Konzept darstellt, das die sechs nachstehenden Komponenten enthält (Goschke & Dreisbach, 2011):

- die kognitive Komponente (kognitive Bewertung von Reizgegebenheiten und Situationen),
- die physiologische Komponente (körperliche (peripher-physiologische) Reaktionen),
- die expressive Komponente (Ausdrucksverhalten),
- die motivationale Komponente (Handlungsbereitschaft),
- die zentralnervöse Komponente (zentralnervöse Prozesse) und
- die Erlebenskomponente (subjektives Erleben).

Um das Problem einer einheitlichen Definition zu umgehen, arbeitet die Forschung, je nach Gegenstand des Forschungsinteresses, mit Arbeitsdefinitionen. So schlägt beispielsweise Scherer (2003) für das Emotionskonstrukt folgende kurzgefasste Arbeitsdefinition vor. Emotion ist

„ein hypothetisches Konstrukt [ist], das den Vorgang der Reaktion eines Organismus auf bedeutsame Ereignisse bezeichnet“ (Scherer, 2003; zitiert nach Scherer in Stroebe et al., 2003, S. 166).

Für die Klinische Psychologie sind Störungen des emotionalen Erlebens und Verhaltens von großer Bedeutung, da sie bei nahezu allen psychischen Störungsbildern eine entscheidende Rolle spielen. Beispielhaft anzuführen sind an dieser Stelle vor allem die Angststörungen und affektiven Störungen (Margraf & Müller-Spahn, 2009).

Ausgehend von den oben erwähnten Komponenten anhand derer Emotionen beschrieben werden können, gehen Goschke und Dreisbach (2011) von nachste-

hender, an der Biologischen und Klinischen Psychologie orientierten, Arbeitsdefinition von Emotionen aus:

„Emotionen sind psychophysische Reaktionsmuster, die auf mehr oder weniger komplexen Bewertungen einer Reizsituation beruhen, die mit einer Reihe peripherer physiologischer Veränderungen sowie der Aktivierung bestimmter zentralnervöser Systeme einhergehen, zu bestimmten Klassen von Verhalten motivieren, sich in spezifischer Mimik und Körperhaltung ausdrücken können und häufig (aber nicht notwendig) mit einer subjektiven Erlebnisqualität verbunden sind“ (Goschke & Dreisbach, 2011; zitiert nach Goschke & Dreisbach in Wittchen & Hoyer, 2011, S. 109).

Meyer, Reisenzein und Schützwohl (2001) postulieren eine sehr allgemein gehaltene Arbeitsdefinition, damit diese „für Emotionsforscherinnen und Emotionsforscher mit unterschiedlichen theoretischen Überzeugungen akzeptabel und deshalb möglichst unkontrovers ist“ (Meyer, Reisenzein & Schützwohl, 2001, S. 23):

- Emotionen sind zeitlich datierte, konkrete Vorkommnisse von zum Beispiel Freude, Traurigkeit, Ärger, Angst, Eifersucht, Stolz, Überraschung, Mitleid, Scham, Schuld, Neid, Enttäuschung, Erleichterung sowie weiterer Arten von psychischen Zuständen, die den genannten genügend ähnlich sind.
- Diese Phänomene haben folgende Merkmale gemeinsam:
  - a) Sie sind aktuelle psychische Zustände von Personen.
  - b) Sie haben eine bestimmte Qualität, Intensität und Dauer.
  - c) Sie sind in der Regel objektgerichtet.
  - d) Personen, die sich in einem dieser Zustände befinden, haben normalerweise ein charakteristisches Erleben (Erlebnisaspekt von Emotionen), und häufig treten auch bestimmte physiologische Veränderungen (physiologischer Aspekt von Emotionen) und Verhaltensweisen (Verhaltensaspekt von Emotionen) auf.

Lange Zeit konnte die Wissenschaft auf die Frage, ob universell erworbene Bewertungskriterien emotionsauslösender Situationen und des Erlebens von Emotionen existieren (zum Beispiel Ekman, Sorenson & Friesen, 1969; Izard, 1971; Ekman, 1972), oder ob diese vielmehr von Zielen, Werten und Normen der jeweiligen Kulturen abhängen (vgl. Wallbott & Scherer, 1995; Mesquita, Frijda & Scherer, 1997), keine befriedigende Antwort geben. Ausgehend von dem Standpunkt, Emotionen seien sozial erlernbar und deshalb von Kultur zu Kultur verschieden, konnte Paul Ekman (vgl. 1999a, 2010), ein Pionier auf dem Gebiet der Erforschung von Gesichtsausdrücken, in kulturübergreifenden Studien die Universalität emotionaler Gesichtsausdrücke nachweisen. Das bedeutet, dass bestimmte Emotionen von Angehörigen unterschiedlicher Kulturkreise universell

gezeigt und als Emotion erkannt werden können (Ekman, 2010). Ekman (1980, 1992a, 1992b, 1999a) bezeichnet diese Emotionen als *Basisemotionen* und postuliert in diesem Kontext nachfolgend aufgelistete Grundannahmen:

- Emotionen unterscheiden sich nicht nur in ihrer Intensität und ihrem Maß wie angenehm bzw. unangenehm sie sind, sondern auch in Bewertungen, vorausgehenden Ereignissen, Verhaltensreaktionen und ihrer Physiologie.
- Emotionen entwickelten sich in der Evolution, um ein Anpassen an die elementaren Lebensbedingungen zu ermöglichen, welches ein Überleben sichert. Im Laufe der Evolution hat sich in einer Situation das Reagieren mit einer bestimmten Emotion als zielführender denn andere Reaktionen erwiesen.
- Emotionen dienen zwar sozialen Zwecken und machen es möglich, den Organismus so zu mobilisieren, dass er möglichst rasch geeignet auf interpersonelle Begegnungen reagieren kann, grundsätzlich treten diese aber auch auf, wenn der Mensch alleine ist und kein sozialer Nutzen daraus zu ziehen ist.

Die Frage, wie viele Emotionen und welche zu den sogenannten Basisemotionen zählen, ist in der Literatur umstritten. So geht Izard (1994) von zehn Basisemotionen aus; Ekman (1999b) hingegen von sechs beziehungsweise sieben: Angst, Freude, Überraschung, Ekel, Ärger, Trauer und Verachtung. Da Verachtung häufig nicht eindeutig als eigenständiger emotionaler Gesichtsausdruck, sondern als eine spezielle Form von Ekel oder Ärger oder aber eine Mischung aus beiden angesehen wird (beispielsweise Plutchik, 2002), bezieht sich das verwendete Messinstrument und damit die Studien (vgl. Kapitel 3) der vorliegenden Arbeit auf die sechs erst genannten Basisemotionen.

Additiv zu kulturellen, ethnischen und nationalen Unterschieden lassen sich auch zwischen den Angehörigen einer Kultur, einer ethnischen Gruppe oder einer Nation Differenzen in der Bewertung von Emotionen finden (Biehl, Matsumoto, Ekman, Hearn, Heider, Kudoh & Ton, 1997; Scherer, 2003). Diese können durch Merkmale wie soziale Schicht, Generation oder politische Orientierung, die ihrerseits Werte, Normen und Ziele beeinflussen, erklärt werden (Scherer, 2003). In diesem Zusammenhang merken Markus und Kitayama (1994) an, dass die Wertesysteme einer Kultur die Organisation des Selbst beeinflussen können. Die kulturelle Variabilität ist jedoch nicht nur auf die Bewertung von Emotionen beschränkt, sondern erstreckt sich auf deren Bezeichnung sowie die Regulation von Gefühlszuständen (Scherer, 2003).

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass Emotion ein komplexes, nur schwer zu fassendes Konstrukt darstellt, das die Wissenschaft seit mehr als 100

Jahren beschäftigt. Ein großer Meilenstein gelang dabei Paul Ekman, der eine kulturübergreifende Universalität gewisser Basisemotionen entdecken konnte, was einen wichtigen Anhaltspunkt für die heutige Emotionsforschung darstellt.

### 2.1.2 Emotionstheorien und Emotionsmodelle

Im vorigen Abschnitt wurde die Beschaffenheit und die Entwicklung des Konstrukts „Emotion“ erklärt. Nachfolgend werden aus der großen Vielzahl der Emotionstheorien und Emotionsmodelle, die in der vorliegenden Arbeit aus ökonomischen Gründen nicht alle näher angeführt werden können, einige ausgewählte Theorien dargestellt, die in der Erläuterung neurobiologischer Emotionsmodelle enden.

#### Die klassisch-behavioristische Emotionstheorie

Der Hauptvertreter der klassisch-behavioristischen Emotionstheorie ist John Watson (1919). Er definiert Emotion als ein *intersubjektives Reaktionsmuster, das durch bestimmte Umweltgegebenheiten (Reize) verlässlich ausgelöst werden kann* (Watson, 1919). Nach dieser Definition haben Emotionen nicht die Funktion sich effektiv mit der Umgebung auseinanderzusetzen, sondern werden als Störvariablen organisierter Aktivität angesehen. Dabei werden die Emotionen (zum Beispiel Furcht oder Wut) zwar durchaus erlebt, jedoch durch Lernerfahrungen im Laufe des Lebens modifiziert, so dass Emotionen in ihrer „Reinform“ nur noch beim Säugling beobachtbar sind. Watson (1919) nannte diese Emotionen Kernemotionen und fand in Experimenten mit vielen Hundert Säuglingen ungelernte emotionale Reaktionsmuster für die Emotionen Furcht, Wut und Liebe. Die Komplexität der emotionalen Reaktionen ist – wie später herausgefunden wurde – auf den Einfluss der Umgebungsfaktoren zurückzuführen und stellt folglich eine konditionierte emotionale Reaktion im klassischen Sinne dar.

#### Kognitiv-physiologische Emotionstheorien

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts stellten William James (1884) und Carl Lange (1885) eine kognitiv-physiologische Theorie der Emotionen auf, die später unter dem Begriff *James-Lange-Theorie* populär wurde. Sie gingen dabei von der Alltagsauffassung aus, die bei Emotionen auftretenden körperlichen Veränderungen sind Folgen des Erlebens der Emotion. Diese Auffassung bedeutet im

Umkehrschluss, dass körperliche Veränderungen Emotionen vorangehen und diese letztlich nichts anderes als das Empfinden körperlicher Veränderungen darstellen. James (1884) zog daraus die Konklusion, viszerale Reaktionen (zum Beispiel Herze, Lunge oder Magen) sind für das Entstehen von Emotionen verantwortlich. Lange (1885) sah diese Verantwortung in vasomotorischen Reaktionen (Erweiterung beziehungsweise Verengung der Blutgefäße). Gemäß der Theorie von James (1884) sind Emotionen eng mit Instinkten verwandt und die bloße Wahrnehmung einer erregenden Tatsache kann hinreichende Bedingung für das Auftreten körperlicher Veränderungen sein, die reflexartig, ohne geistige Prozesse, ablaufen. Diese körperlichen Veränderungen sind emotionsspezifisch und werden von uns in differenzierter Weise bewusst erlebt. Somit verkörpert das bewusste Erleben der körperlichen Veränderungen die Emotion. Emotionen können sich wiederum unterschiedlich anfühlen, weil ihnen unterschiedliche emotionsspezifische Muster körperlicher Veränderungen zugrunde liegen. So sprechen Symptome wie eine erhöhte Herzrate, flacher Atem, Zittern der Lippen und Gänsehaut für die Emotion Furcht. Eine grundlegende Voraussetzung der Theorie ist, dass Personen auch in der Lage sind, diese körperlichen Reaktionen wahrzunehmen.

Eine weitere kognitiv-physiologische Theorie ist die *Zwei-Faktoren-Theorie* der Emotion von Schachter (1964; 1971). Diese stellt nach ihrem Erscheinen, rund 20 Jahre lang, die einflussreichste Emotionstheorie dar. Die Grundlage für emotionales Erleben bilden hierbei zwei Faktoren: (1) Kognition und (2) (wahrgenommene) physiologische Erregung. Kognition meint die emotionsrelevante Interpretation bzw. Bewertung der Situation durch die Person sowie die Überzeugung der Person, dass die wahrgenommene Erregung durch eine emotionsrelevante Situation verursacht wurde (Kausalattribution). Unter physiologischer Erregung ist die erhöhte Aktivität des sympathischen Nervensystems (erhöhte Herzrate, tiefere und schnellere Atmung, erweiterte Pupillen, erwärmtes Gesicht) zu verstehen. Eine erregungsauslösende Situation führt gemäß der Theorie (Schachter, 1964; 1971) zur Kognition über die Situation, wobei die physiologische Erregung die Intensität der Emotion bestimmt. Ob bei Erregung eine Emotion entsteht und welche dies sein wird, hängt von der jeweiligen Kognition ab. Im Gegensatz zu der Theorie von James und Lange (1884/1885) ist das Empfinden körperlicher Erregung für das Erleben von Emotionen bei Schachter (1964) eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung.

Mit Blick auf die bislang geschilderten Theorien und Modelle ist entsprechend festzuhalten, dass die Qualität der Emotionen von der subjektiven Bewertung einer Situation, die Intensität hingegen von der physiologischen Erregung, die zumindest teilweise von Kognitionen beeinflusst wird, abhängt. Zudem ist für das Erleben einer Emotion die Attribution der Erregung auf eine emotionale

Ursache notwendig. Ein Kritikpunkt an der Zwei-Faktoren-Theorie ist die unpräzise Definition des Emotionsbegriffes. Nach Schachters Theorie (1964) ist unter Emotion zum einen ein *Komplex von Erregungsempfindungen und Kognitionen*, zum anderen ein *Bewusstseinszustand, der aus einer Integration dieser Komponenten hervorgeht*, zu verstehen. Weiterhin werden keine Angaben darüber gemacht, welche Kognitionen oder Einschätzungen zu ganz spezifischen Emotionen führen. Folgestudien zeigen, dass unerklärte Erregung nicht einfach in Abhängigkeit von dem Faktor Kognition beliebig in positive und negative Emotionen formbar ist und eher mit negativen Emotionen in Verbindung gebracht werden kann (z.B. Maslach, 1979). Zudem ist physiologische Erregung nicht zwingend notwendig für das Erleben von Emotionen (Reisenzein, 1983; Meyer et al., 2001). So konnte die Theorie trotz großer Aufmerksamkeit nicht empirisch überzeugend belegt werden. Dennoch gilt die Theorie als ein Meilenstein in der Emotionspsychologie, da sie die Bedeutsamkeit der Kognition für Emotionen verdeutlicht.

### Die Emotionstheorie von Lazarus

Die 1991 formulierte Emotionstheorie von Richard Lazarus (Lazarus, 1991a) basiert auf seiner in den 60-er Jahren formulierten kognitiv-transaktionalen Stresstheorie (vgl. Lazarus, 1968), die Lazarus bereits damals als kognitive Emotionstheorie verstand. Berücksichtigung finden dabei nicht nur – wie bislang – Emotionsprozesse, sondern auch Emotionsstrukturen. Dabei geht Lazarus von der Annahme aus, Person-Umwelt-Beziehungen führten zu wiederkehrenden emotionalen Mustern einer Person, wobei der Emotionsprozess an sich für jede strukturell differenzierbare Emotion verschieden abläuft. Folglich konstruiert ein Individuum zu jeder Emotion eine bestimmte emotionale Bedeutung, die wiederum abhängig von seiner Umwelt ist. Die Ebene des Bewertungsprozesses ist nach Lazarus (1991a) molekular. Von ihr unterscheidet er die molare Ebene, auf der einzelne Emotionen sogenannten relationalen Kernthemen („core relational themes“) zugeordnet werden können. Zu den insgesamt 15 Kernthemen zählen beispielsweise Ärger, Schuld, Freude, Stolz oder Hoffnung. Abgeleitet werden die relationalen Kernthemen aus den Bewertungsprozessen seiner kognitiv-transaktionalen Stresstheorie anhand der *primären Einschätzungen* (*primary appraisal*), der *sekundären Einschätzungen* (*secondary appraisal*) und der *Neueinschätzung* (*reappraisal*). Das primäre Appraisal bezieht sich auf die Relevanz der Situation für die Person und die Beeinträchtigung von Zielen. Das sekundäre Appraisal überprüft die Folgen des Ereignisses, den Verursacher und die Möglichkeit auf die Folgen Einfluss zu nehmen. Im Anschluss an die primäre und sekundäre Einschätzung besteht die Möglichkeit, ein Reappraisal, das heißt, eine

Neubewertung der aktuellen Situation auf der Basis neuer Informationen, durchzuführen (vgl. Merten, 2003). In seiner Emotionstheorie unterscheidet Lazarus bei den primären Einschätzungen Situationsbewertungen im Hinblick auf *Zielrelevanz*, *Zielstimmigkeit* und *Art der Ich-Beteiligung*, bei den sekundären Einschätzungen bezüglich *Verantwortlichkeit*, *Copingpotential* und *Zukunftserwartung*. In Abhängigkeit davon, ob das sekundäre Appraisal die ausgelöste Emotion an sich („emotion focused“) oder die Emotion auslösende Bedingung fokussiert, erfolgt die die Emotionsverarbeitung und daraus resultierende positive oder negative Konsequenzen. Letztlich werden keine Neueinschätzungen vorgenommen, die nach neuen Bewertungs- und Handlungsalternativen suchen, sondern lediglich die Emotion und ihre Folgen finden Beachtung. Diese Unterscheidung spielt im klinischen Kontext (zum Beispiel in der Depressionsforschung) eine wichtige Rolle. Aus heutiger Sicht ist festzuhalten, dass die Theorie von Lazarus für die „kognitiven Wende“ in der Psychologie zu Beginn der 60-er Jahre mitverantwortlich war, welche schließlich auch in die Emotionspsychologie Einzug hielt (Reisenzein, Meyer & Schützwohl, 2008). Die Emotionstheorie von Lazarus hat somit das Konzept und zahlreiche Details vieler späterer Einschätzungstheorien geprägt.

### Attributionale Emotionstheorie

Die attributionale Emotionstheorie (Weiner, 1986) untersucht den *Zusammenhang zwischen Überzeugungen über die Ursachen von Ereignissen (= Attributionen) und Emotionen*. Attributionen werden hier, anders als bei Schachter, nicht auf physiologische Erregung bezogen, sondern auf die Qualität spezifischer Emotionen. Weiner (1986) definiert Emotionen als komplexes Syndrom oder Verbund vieler sich wechselseitig beeinflussender Faktoren, denen meist eine Situationseinschätzung vorausgeht und die zu einer Vielzahl von Handlungen Anlass geben. Die Qualität der Emotionen kann dabei positiv oder negativ sein. Weiter können sie in ihrer Intensität variieren. Da die physiologische Erregung in Weiners Theorie keine Rolle spielt, kann sie auch als kognitive Emotionstheorie verstanden werden, bei der die meisten Emotionen von Bewertungen und Interpretationen der Situationen und Ereignisse abhängen (Reisenzein et al., 2008).

### Kognitiv-evaluative Emotionstheorie von Ortony, Clore und Collins

Ziel der Emotionstheorie von Ortony, Clore und Collins (1988) ist, die kognitiven Grundlagen möglichst umfassend und detailliert aufzuklären. Folglich ist sie

die allumfassendste und systematischste Emotionstheorie und darüber hinaus als Integration und Ausarbeitung der vorangegangenen Theorien zu verstehen. Die Theorie liegt in der Annahme begründet, dass (1) Emotionen Tatsachen- und Wertüberzeugungen voraussetzen und (2) unterschiedliche Emotionen auf unterschiedliche Kombinationen von diesen Überzeugungen beruhen. Ortony und Kollegen (1988) unterscheiden drei Hauptgruppen von Emotionen:

- (1) Ereignisfundierte Emotionen (zum Beispiel Freude und Leid)
- (2) Handlungsfundierte Emotionen (zum Beispiel Stolz und Schuld)
- (3) Objektfundierte Emotionen (zum Beispiel Zuneigung und Ekel)

Die Gruppe der *ereignisfundierten Emotionen* bezieht sich auf Ereignisse und beruht auf der Bewertung von (Un-)Erwünschtheit im Sinne von rein persönlichen, nicht normativen Wünschen. Ereignisse sind Sachverhalte, für die kein verantwortlicher Urheber existiert (zum Beispiel Lottogewinn, Verlust der Brieftasche). *Handlungsfundierte Emotionen* beziehen sich auf Handlungen und beruhen auf Bewertungen der Würdigkeit des Lobes beziehungsweise Tadels und sind in der Regel vom Handelnden zu verantworten. Die Bewertungskriterien unterliegen internalisierten sozialen oder moralischen Normen. Unter Handlungen wird hierbei willentlich kontrollierbares Herbeiführen oder Verhindern von Ereignissen verstanden. Die dritte Hauptgruppe der Emotionen (*objektfundierte Emotionen*) beruht auf Bewertungen der Attraktivität (anziehend versus abstoßend), wobei als Bewertungskriterien Einstellungen zugrunde liegen. Die Emotionen beziehen sich auf Objekte wie Personen, Tiere oder nichtlebende Dinge. Die primäre Funktion von Emotionen sehen Ortony et al. (1988) in der Information begründet. Gefühle teilen dem Bewusstsein mit, dass ein Sachverhalt oder ein einzelner Gegenstand für die Person gut oder schlecht ist. Dies ist insofern sinnvoll, da der Person die Einschätzung oder Bewertung nicht immer bewusst ist, die Kenntnis der Einschätzung jedoch eine notwendige Voraussetzung für bewusste Prozesse der Handlungsplanung (flexible Reaktionen) darstellt. Ein typischer Fall der Emotionsentstehung läuft progressiv in drei Schritten ab: Zunächst wird ein Ereignis, eine Handlung oder ein Objekt kognitiv repräsentiert. Anschließend erfolgt die jeweilige Bewertung, indem die Bewertungskriterien wie persönliche Wünsche oder internalisierte Normen angewendet werden. Zuletzt entsteht in Abhängigkeit von den Bewertungen und den nichtwertenden Kognitionen eine bestimmte Emotion, die einer der drei Hauptgruppen zugeordnet werden kann. Kognitive Grundlagen spezifischer Emotionen bilden sogenannte Einschätzungsmuster. Einschätzungsmuster sind Kombinationen von Wert- und Tatsachenüberzeugungen bei denen je zwei der Gefühle die gleichen

kognitiven Voraussetzungen haben, sich jedoch in ihrer Bewertung (positiv versus negativ) unterscheiden. Insgesamt existieren 22 Einschätzungsmuster.

Neuere empirische Untersuchungen (vgl. Frijda, 1993b; Reisenzein et al., 2008) stützen die Befunde, dass unterschiedliche Gefühle mit unterschiedlichen Mustern von Einschätzungen auf einer begrenzten Anzahl von Dimensionen verbunden sind. Für eine geringe Anzahl von Emotionen konnten die Befunde interkulturell weitgehend repliziert werden. Allerdings ist die Stärke des Zusammenhangs von Einschätzungen und Emotionen niedriger als von der Theorie vorhergesagt (vgl. Reisenzein et al., 2008).

### Neurobiologische Emotionsmodelle

Konsens besteht hinsichtlich neurobiologischer Emotionsmodelle darin, dass von einer evolutionsbiologischen Herkunft von Emotionen und deren Verankerung in spezifischen Strukturen und Netzwerken im Gehirn ausgegangen wird, die den Organismus auf adäquate Interaktionen mit der Umwelt vorbereiten (beispielsweise Damasio, Grabowski, Bechara, Damasio, Ponto, Parvizi & Hichwa, 2000; Davidson, Jackson & Kalin, 2000; Adolphs 2002; LeDoux 2002). Die Frage, wie eine solche Verarbeitung im Gehirn organisiert ist, ist jedoch umstritten. So existiert aktuell keine einheitliche Vorstellung, vielmehr werden unterschiedliche, sich zum Teil ausschließende Konzeptionen, angenommen. Diese reichen von funktionellen Asymmetrien beider Hemisphären über spezifische Emotionsprozesse im Gehirn bis zu integrativen zentralen Netzwerken (Schienle, 2007).

Eine *lateralisierte Verarbeitung emotionsrelevanter Reize* postuliert Richard Davidson (Davidson et al., 2000). Nach diesem Ansatz spielen insbesondere Asymmetrien im Bereich des präfrontalen Kortex eine entscheidende Rolle bei der Emotionsverarbeitung. So unterscheiden Davidson et al. (2000) zwischen Gefühlen, die Annäherungsverhalten (zum Beispiel Freude oder Ärger) und solchen, die Rückzugsverhalten (zum Beispiel Angst oder Trauer) motivieren. Experimentelle EEG-Studien belegen eine Aktivierung der linken Hemisphäre für Emotionen die mit Annäherungsverhalten einhergehen und komplementär dazu eine Aktivierung der rechten Hemisphäre wenn das Rückzugssystem aktiviert ist (Davidson et al., 2000). Zeitlich stabile Aktivierungsmuster können als Erklärung dienen, weshalb manche Personen eine Vulnerabilität gegenüber bestimmten psychischen Störungen aufweisen beziehungsweise eher zu Annäherungs- oder Rückzugsverhalten tendieren.

Die *Amygdala* als einer der zentralen Kernbereiche im menschlichen Gehirn ist im Modell von LeDoux (1996, 2002) für die Verarbeitung von Emotionen verantwortlich. Vor allem bei Bedrohungsreizen ermöglicht die Amygdala als

eine Art Frühwarnsystem, durch ihre zahlreichen Verbindungen mit anderen wesentlichen Kerngebieten, die für die motorischen und vegetativen Komponenten von Angstreaktionen zuständig sind, ein rasches und automatisiertes Flucht-beziehungsweise Angriffsverhalten. Dabei erhält sie vom Thalamus Signale aus dem Wahrnehmungsapparat, worauf ohne Beteiligung des sensorischen Kortex die unmittelbare Entscheidung getroffen wird, ob das Wahrgenommene aversive Qualitäten besitzt oder nicht. Durch die Signale, die die Amygdala aus dem Neokortex erhält, ist sie nicht nur für unmittelbare, automatisierte Reaktionen verantwortlich, sondern ermöglicht ebenso ein bewusstes Erleben des Wahrgenommen und davon ausgehend eine entsprechende, an die Situation angepasste, Vermeidungsstrategie zu entwickeln. Folglich hat die Amygdala eine Art Schlüsselfunktion innerhalb des zentralen Angstnetzwerks inne. Weiter ist die Amygdala bei der Einschätzung der emotionalen Signifikanz linguistischer Stimuli (Anderson & Phelps, 2001), bei Anzeichen von Kummer (Blair, 1995) und bei aversiver Konditionierung (LaBar, LeDoux, Spencer & Phelps, 1995; Funayama, Grillon, Davis & Phelps, 2001) involviert. Sie moduliert dabei, ähnlich wie der orbitofrontale Kortex, das neurale System der reaktiven Aggression, indem sie es bei bedrohlichen Reizen aktiviert und bei positiven Verstärkern deaktiviert (Everitt, Cardinal, Hall, Parkinson & Robbins, 2000). Hierbei besteht eine Verbindung mit dem Blinzelreflex, der über dieses subkortikale System gesteuert wird. So zeigen psychopathische Menschen eine abnorme beziehungsweise fehlende Potenzierung des Blinzelreflexes auf emotionales Bildmaterial (Patrick, Bradley & Lang, 1993; Levenston, Patrick, Bradley & Lang, 2000; Pastor, Molto, Vila & Lang, 2003). Einige Studien konnten nachweisen, dass auch die emotionale Gesichtswahrnehmung, insbesondere in Bezug auf ängstliche Gesichter, bei den betroffenen Personen abnorm ist (z.B. Blair, Mitchell, Peschardt, Colledge, Leonard, Shine, Murray & Perrett, 2004).

Vertreter *integrativer neurobiologischer Modelle* sind Edmund Rolls (1999) und Antonio Damasio (Damasio, 1999; Damasio et al., 2000). Rolls (1999) definiert Emotionen als Zustände, die durch positive beziehungsweise negative Verstärker ausgelöst werden. Diese lassen sich in ein Zwei-Achsen-Schema einordnen, wobei die eine Achse die Darbietung, die andere das Ausbleiben von Belohnung oder Bestrafung repräsentiert. Weiter wird beachtet, ob eine Person in einer bestimmten Situation mit aktivem oder passivem Verhalten antwortet. Auf diese Weise lassen sich unterschiedliche Emotionen beschreiben und anhand von Verstärkerkontingenzen in eine funktionale Ordnung bringen. Gemäß Rolls (1999) entsteht beispielsweise Ärger durch eine aktive Reaktion auf das Ausbleiben oder die frühzeitige Beendigung einer Belohnung. An der Verarbeitung emotionaler Reize ist in diesem Modell neben dem sensorischen Kortex, der Amygdala und der Insula auch der orbitofrontale Kortex beteiligt. Diese erhalten

über neuronale Bahnen Informationen und ermöglichen somit eine emotionsübergreifende Verarbeitung. Eine enge Beziehung zwischen der Überwachung des Körperzustandes und dem Gefühlsleben postuliert Antonio Damasio (1999, Damasio et al., 2000) in seinem Modell, in dem er davon ausgeht, dass beim Emotionserleben insbesondere die Hirnregionen aktiviert werden, die mit der Repräsentation beziehungsweise Regulation des Körperzustandes einhergehen. Dies sind zum einen subkortikale Areale wie der Hypothalamus und der Hirnstamm, zum anderen kortikale Areale wie die Insula oder der anteriore zinguläre Kortex. Letzt Genannte sind sowohl an der Aufnahme von Informationen als auch an der Aufrechterhaltung der Homöostase beteiligt. Signale, die aus dem inneren Milieu, den Viszera und dem muskuloskelettalem System gesendet werden können diverse Erregungsmuster hervorrufen, die wiederum zum Empfinden spezifischer Emotionen führen. Somit geht Damasio (Damasio, 1999, Damasio et al., 2000) in seinem integrativen Modell davon aus, dass im menschlichen Gehirn distinkte Landschaften des Körperzustandes repräsentiert sind, die die Basis für die Qualität affektiven Erlebens bilden.

In der Literatur existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Vorstellungen hinsichtlich der Areale, die für Enkodierung, Erkennung und Erinnerung von Emotionen relevant sind sowie in Bezug auf die Frage nach der Spezialisierung gewisser Hirnregionen für bestimmte emotionale Signale (vgl. Adolphs, 2002). Einigkeit besteht in der Involviertheit der Amygdala, des orbitofrontalen und okzipitotemporalen Corticis, der Basalganglien und des Parietalcorticis.

In diesem Abschnitt wurde der Verlauf der Entwicklung unterschiedlicher, für die Emotionsforschung relevanter Emotionstheorien aufgezeigt: Die Darstellung erfolgte dabei ausgehend von der klassisch-behavioralen Emotionstheorie (Watson, 1919) sowie kognitiv-physiologischen Emotionstheorien (James, 1884; Lange, 1885; Schachter, 1964), über die Emotionstheorie von Lazarus und die attributionale Theorie von Weiner (1986) bis hin zur kognitiv-evaluativen Emotionstheorie von Ortony und Kollegen (1988) und mündet schließlich in der Skizzierung neurobiologischer Emotionstheorien (Damasio et al., 2000; Davidson et al., 2000; Adolphs, 2002; LeDoux, 2002). Deutlich wird dabei einerseits, dass sich die einzelnen Theorien gegenseitig beeinflusst haben und die Entwicklungen in der Emotionsforschung analog zu den Strömungen innerhalb der Psychologie – vom Behaviorismus zum Kognitivismus und weiter zu neurobiologischen Sichtweisen – erfolgt sind, andererseits zeigt sich, dass trotz jahrzehntelanger Forschung und intensiver Bemühungen noch keine Theorie, die das Konstrukt Emotionen allumfassend und zufriedenstellend erklärt, aufgestellt werden konnte.

Bereits Ende der 90-er Jahre konnte nachgewiesen werden, dass emotionale Kompetenzen sowohl kognitive als auch physiologische und motivationale Fä-

higkeiten im Hinblick auf das Erleben von Emotionen und den Umgang mit ihnen umfassen (Zeidner & Saklofske, 1996). Weiter besitzt die emotionale Kompetenz eine große Relevanz für die psychische Gesundheit und die Fertigkeit, das Leben adaptiv zu gestalten (Martinez-Pons, 1997), weshalb sie im nachfolgenden Abschnitt der vorliegenden Arbeit genauer betrachtet wird.

### 2.1.3 Emotionale Kompetenz

Das Konzept der emotionalen Kompetenz erfährt in der Literatur seit einigen Jahren immer mehr Beachtung und wird viel diskutiert (beispielsweise Saarni, 2002; Hinsch & Pfungsten, 2007; Rindermann, 2009; Berking, 2010). In ihrer Multi-Dimensionalität (Rindermann, 2009) fokussiert die emotionale Kompetenz insbesondere die Interaktion sowie den Umgang mit Emotionen in sozialen Situationen.

Emotionale Kompetenz ist eng verknüpft mit den Konzepten der sozialen Kompetenz und der Selbstwirksamkeit (Saarni, 1999) und äußert sich als Selbstwirksamkeit, wenn in sozialen Austauschbeziehungen Emotionen ausgelöst werden. Die Tatsache, dass emotionale Reaktionen in sozialen Beziehungen entstehen, verdeutlicht den Zusammenhang mit sozialer Kompetenz. Im Vergleich zu sozialer Kompetenz ist emotionale Kompetenz jedoch stärker nach innen gerichtet und dient somit der Selbstregulation (Rindermann, 2009). Doch nicht nur die Genese emotionaler und sozialer Kompetenzen und die Optionen positiver Beeinflussung sind einander ähnlich (Rindermann, 2009). So trägt emotionale Kompetenz entscheidend zur Entwicklung sozialer Kompetenzen bei, etwa Kontakte und Beziehungen aufzubauen, zu intensivieren und aufrecht zu erhalten oder eingeschränkte Denk- und Verhaltensrepertoires zu erweitern (Hinsch & Pfungsten, 2007). Sowohl bei „positiven“ Gefühlen wie zum Beispiel Freude, Stolz, Neugier, Zufriedenheit oder Liebe als auch bei „negativen“ Gefühlen wie Angst, Ekel oder Ärger, ergänzen sich emotionale und soziale Kompetenzen. Bei „positiven“ Gefühlen ist vor allem die Fähigkeit, diese Gefühle zu erkennen, zuzulassen und zielführend „auszubauen“ von Bedeutung. Bezogen auf „negative“ Gefühle sind Fähigkeiten gefragt, die helfen, diese „negativen“ Gefühle zu erkennen, zu regulieren und möglicherweise sogar zweckdienlich einzusetzen (vgl. Gross, 1998). Hinsch und Pfungsten (2007) folgern daraus, dass emotionale Kompetenz zu verstehen ist als:

„Verfügbarkeit und Anwendung von Verhaltensweisen, die geeignet sind, Gefühle wahrzunehmen und in einer Weise zu beeinflussen, dass es den langfristigen Zielen des Handelnden dient“ (Hinsch & Pfungsten, 2007, S. 41).

Ausgehend von der Multi-Dimensionalität des Konstrukts schlägt Rindermann (2009) vor, die emotionale Kompetenz in vier Fähigkeitsbereiche zu untergliedern (vgl. Abbildung 1):

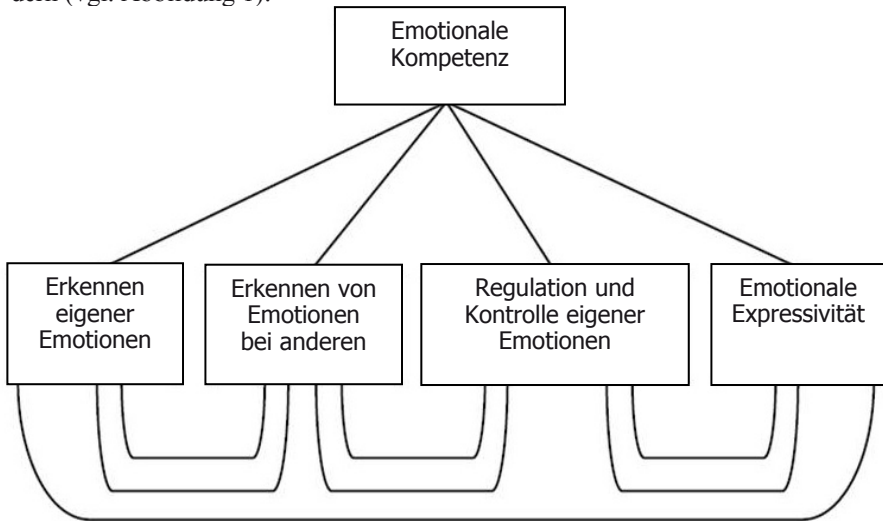


Abbildung 1: Modell Emotionaler Kompetenz nach Rindermann

Er merkt weiter an, dass emotionale Kompetenz von diversen Einflussgrößen abhängig ist. Solche Einflussgrößen können Einstellungen gegenüber Gefühlen, kognitive Aspekte, von Persönlichkeit und im sozialen Kontext angesiedelte Kompetenzen sein. Das Interesse an der Erforschung der emotionalen Kompetenz ist nach Rindermann (2009) auf die „Brückenfunktion zwischen Ich und Anderen, Denken und Fühlen sowie Fähigkeit und Persönlichkeit“ (Rinderman, 2009, S. 3) zurückzuführen. Diese Funktion aber stellt die Wissenschaft gleichzeitig vor die Schwierigkeit das Konstrukt emotionale Kompetenz begrifflich zu fassen und messbar zu machen.

Eine kurze, sehr praxisorientierte Auslegung der emotionalen Kompetenz legt Berking (2010) seinem Training emotionaler Kompetenzen zugrunde. Dabei definiert er emotionale Kompetenzen als „Fertigkeiten, die dabei helfen, mit Stress und negativen emotionalen Reaktionen angemessen umzugehen“ (Berking, 2010, Online-Handbuch für Teilnehmer S.2). Das bedeutet, Gefühle und Stressreaktionen sollen bewusst wahrgenommen, benannt und verstanden werden. Weiterhin soll nach Berking (2010) der Versuch unternommen werden,

diese positiv zu beeinflussen beziehungsweise auszuhalten und zu akzeptieren, wenn sie sich im Moment nicht verändern lassen (vgl. Abbildung 2).

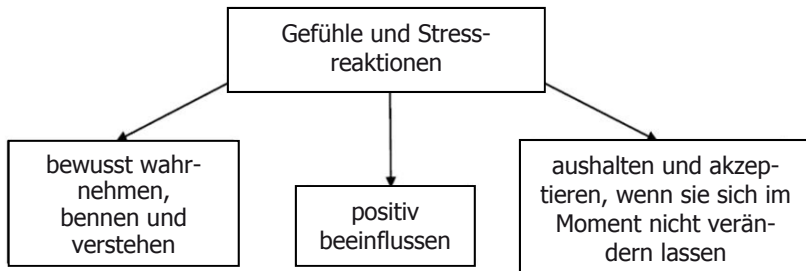


Abbildung 2: Modell der emotionalen Kompetenz nach Berking (2010)

Die Entwicklung der emotionalen Kompetenz erfolgt durch interaktive Erfahrungen mit Bezugspersonen. Bei Kleinkindern sind diese Bezugspersonen in der Regel die Eltern, die für das Erlernen der Emotionsregulation und des Emotionsausdrucks verantwortlich sind (Kopp, 1989; Soufre, 1996; Friedlmeier, 1999a; Holodynski, 1999). Die Eltern als Angehörige eines bestimmten Kulturkreises übermitteln dabei zugleich kulturelle Bewertungs- und Deutungsmuster von Emotionen. Bei der Entwicklung emotionaler Kompetenz ist somit stets der kulturelle Kontext als Sozialisationsbedingung zu berücksichtigen (Friedlmeier, 1999b; Trommsdorff & Friedlmeier, 1999).

Von Bedeutung im Zusammenhang mit emotionaler Kompetenz ist das enggefasste Konzept der emotionalen Intelligenz, das insbesondere die kognitiven Fähigkeiten im Umgang mit Emotionen fokussiert.

#### 2.1.4 Das Konzept der Emotionalen Intelligenz

Die Fähigkeit, emotionale Gesichtsausdrücke zu verarbeiten – das bedeutet zu dekodieren, zu interpretieren und drauf zu reagieren – ist eine entscheidende Komponente der *emotionalen Intelligenz*. Der Begriff, der 1990 von Salovey und Mayer eingeführt wurde und in den vergangenen Jahren viel Aufmerksamkeit erfahren hat (zum Beispiel Goleman, 1995, 2009; Otto, Döring-Seipel, Grebe & Lantermann, 2001; Rindermann, 2009), ist als Sammelbegriff für die Fähigkeiten und Persönlichkeitseigenschaften, die den Umgang mit eigenen und fremden Gefühlen betreffen, zu verstehen. Mayer, DiPaolo und Salovey (1990) definieren emotionale Intelligenz als Ausdruck von “accurate appraisal and expression of

emotions in oneself and others and the regulation of emotion in a way that enhances living” (Mayer, DiPaolo, & Salovey, 1990, p. 772), weiterhin wird sie allgemein als essentiell für eine erfolgreiche soziale Interaktion verstanden (Montagne, van Honk, Kessels, Frigerio, Burt, van Zandvoort, Perrett & de Haan, 2005). Goleman (1995) untergliedert die emotionale Intelligenz in fünf Dimensionen:

1. Selbstbewusstheit (Erkennen subjektiver (eigener) Gefühle)
2. Selbstmotivation (Handhaben von Emotionen)
3. Selbststeuerung (expressives Kommunizieren von Emotionen)
4. Empathie (empathische Reaktionen)
5. Soziale Kompetenz (Gestaltung von Beziehungen)

Diese Fähigkeiten bauen gemäß Goleman (1995) aufeinander auf und können von jedem gesunden Menschen, in jedem Alter erlernt und erweitert werden. Eine hohe emotionale Intelligenz setzt dabei nicht nur das Vorhandensein von Emotionen, Gefühlen, Stimmungen und Affekten voraus, sondern bedarf eines bewussten Umganges mit ihnen. Kontrastierend postulieren Mayer und Salovey (1997) vier Teilbereiche der emotionalen Intelligenz. Hierzu zählen:

1. die Wahrnehmung von Emotionen,
2. die Verwendung von Emotionen zur Unterstützung des Denkens,
3. das Verstehen von Emotionen und
4. der Umgang mit Emotionen

Der erste Bereich, *Wahrnehmung von Emotionen*, beinhaltet die Fähigkeit, Emotionen in der Mimik, der Gestik, der Körperhaltung oder der Stimme einer anderen Person wahrzunehmen. Der zweite Teilbereich, *Verwendung von Emotionen zur Unterstützung des Denkens* umfasst Wissen über die Zusammenhänge zwischen Emotionen und Gedanken, das zum Beispiel für das Problemlösen relevant ist. Das *Verstehen von Emotionen* spiegelt die Fähigkeit wider, Emotionen zu analysieren, die Veränderbarkeit von Emotionen einzuschätzen und sich über deren Konsequenzen bewusst zu sein. Der vierte Zweig, *Umgang mit Emotionen*, basiert auf den Zielen, dem Selbstbild sowie dem sozialen Bewusstsein des Individuums und beinhaltet unter anderem die Fähigkeiten, Gefühle zu vermeiden oder gefühlsmäßige Bewertungen zu korrigieren (Mayer, Salovey & Caruso, 2004).

Wie die vorangegangenen Ausführungen verdeutlichen, gehen Salovey und Mayer (1990) und Mayer et al. (2004) in ihrem Konzept der emotionalen Intelligenz davon aus, dass emotional intelligente Menschen gewissenhafter mit ihren

Gefühlen umgehen, diese besser verstehen und somit zur Verbesserung ihrer Lebensqualität einsetzen können. Ferner umfasst emotionale Intelligenz gemäß den Autoren (Salovey und Mayer, 1990; Mayer et al., 2004) die Fähigkeit, effektiv zu lernen, sich in andere Menschen einzufühlen.

Im Anschluss an die Darstellung der emotionalen Kompetenz und Intelligenz ist für die vorliegende Dissertationsschrift die Beleuchtung der Auswirkung des Geschlechts auf das emotionale Erleben von Bedeutung.

### *2.1.5 Geschlecht und emotionales Erleben*

Die Frage, ob sich Männer und Frauen im Erleben von Emotionen unterscheiden ist ein kontrovers diskutierter und viel untersuchter Gegenstand in der wissenschaftlichen Literatur (beispielsweise Bradley, Codispoti, Sabatinell & Lang, 2001; Schienle, Stark, Walter, Blecker, Ott, Sammer & Vaitl, 2002; Egloff & Schmukle, 2004). So zeigen Frauen markantere emotionale Mimik, geben bereitwilliger über ihr emotionales Erleben Auskunft (Kring & Gordon, 1998) und erinnern emotionale Ereignisse besser als Männer. Seidlitz und Diener (1998) detektieren in einem Experiment, dass Frauen mehr emotionsrelevante Vorkommnisse innerhalb eines festgelegten zeitlichen Rahmens besser memorieren und diese Erinnerungen schneller und mit intensiveren Begleitemotionen produzieren. Weiter berichten Frauen von häufigerem und stärkerem Angstempfinden im Alltag (Egloff & Schmukle, 2004), aber auch in experimentellen Bedrohungssituationen (Bradley et al., 2001). Ähnliche Ergebnisse konnten für das Erleben und Empfinden von Ekel (Schienle et al., 2002) und Traurigkeit (Bradley et al., 2001) gefunden werden.

Derartige Geschlechtsdifferenzen konnten nicht nur für das „normale“, alltägliche Emotionserleben beobachtet werden, sondern lassen sich ebenso bei pathologischen Manifestationen erkennen. Epidemiologische Studien (Epidemiological Catchment Area Study, Regier, Narrow & Rae, 1990; General Health Survey, Jacobi, Wittchen, Hölting, Sommer, Lieb, Höfler & Pfister, 2002) konnten zeigen, dass insbesondere Störungen, die mit Niedergeschlagenheit und schwer kontrollierbaren Angstzuständen einhergehen, in der weiblichen Bevölkerung häufiger vorkommen. Trotz großer Streubreite in den Prävalenzen lässt sich ein erhöhtes Risiko bei Frauen ausmachen, an einer Angststörung – wie zum Beispiel einer spezifischen Phobie, einer Panik- oder generalisierten Angststörung oder aber einer posttraumatischen Belastungsstörung – zu erkranken, (Regier et al., 1990). Insgesamt weisen die Studien bei Frauen ungefähr doppelt so häufig eine Angststörung nach, als bei Männern. Für depressive Störungsbilder

ist das Verhältnis entsprechend. Zudem sind sowohl Episoden einer Major Depression als auch Dysthymien in der weiblichen Bevölkerung weiter verbreitet.

Darüber hinaus zeigen sich neben einem früheren Ersterkrankungsalter eine höhere Rückfallquote über die Lebensspanne hinweg sowie daraus resultierende Unterschiede bezüglich des Schweregrads der Symptome (Wittchen, 2004, nach Lautenbacher, Güntürkün & Hausmann, 2007). Somit konnten in der Literatur Geschlechtsdifferenzen im emotionalen Erleben, der emotionalen Expressivität sowie der Gedächtnisleistung für emotionale Ereignisse nachgewiesen werden. Nachfolgend werden geschlechtsspezifische neuronale Korrelate der emotionalen Verarbeitung von Angst, Ekel und Traurigkeit erläutert wobei der Prozess der Emotionserkennung genauer betrachtet wird.

### 2.1.6 *Emotionserkennung*

Innerhalb der sozialen Interaktion stellen Emotionen wichtige kommunikative Signale dar. Das Erkennen diverser emotionaler Gesichtsausdrücke ist folglich als eine der bedeutsamsten Fähigkeiten des Menschen in der zwischenmenschlichen Kommunikation sowie als Quelle für soziale Information anzusehen (Hendriks, van Boxtel & Vingerhoets, 2007; Kret, Sinke & de Gelder, 2011). Der Mensch als vorwiegend visuelles Wesen, verbringt in seinem Leben viel Zeit mit dem Betrachten und Analysieren von Gesichtern, weshalb sich die Emotionsforschung sehr stark auf diese konzentriert (Kret et al., 2011). Emotionsforscher wie Ekman (1997) und Izard (1994) betrachten die Dekodierung emotionaler Gesichtsausdrücke als einen Mechanismus, dessen Ursprung in der menschlichen Evolution begründet liegt. Dieser Mechanismus erlaubt dem Betrachter, den emotionalen Zustand des Gegenübers zu prognostizieren und davon ausgehend, künftiges Verhalten zu antizipieren. Gesichtsausdrücke sind demgemäß hilfreiche Anhaltspunkte, in Bezug auf das Erleben und Empfinden anderer Menschen; doch auch für das eigene angepasste Verhalten sind sie von Nutzen.

#### Die Bedeutung der Emotionserkennung für das Sozialverhalten

Die Verarbeitung von emotionalen Gesichtsausdrücken stellt eine unabdingliche Komponente für eine normale soziale Interaktion dar (Blair & Coles, 2000). Ausgehend von diesen Befunden wurden viele Versuche unternommen, die Korrelate dieser wichtigen Fertigkeit zu bestimmen (Adolphs, Tranel, Damasio & Damasio, 1994; Adolphs, Tranel, Hamann, Young, Calder, Phelps, Anderson, Lee & Damasio, 1999; Blair, Jones, Clark, & Smith, 1997; Winston, O'Doherty

& Dolan, 2003; Fitzgerald, Angstadt, Jelsone, Nathan & Phan, 2006). Obgleich die Leistungsfähigkeit, emotionale Gesichtsausdrücke zu verarbeiten, von Person zu Person differiert, wurde den Bestrebungen, konstante und stabile Beziehungen zwischen dieser Fertigkeit und scheinbar relevanten Variablen - Empathie, Geschlecht und Persönlichkeitseigenschaften inkludiert - zu finden, mit unterschiedlichem Erfolg nachgekommen (Cunningham, 1977; Hall, Gaul, & Kent, 1999).

Der Zusammenhang zwischen den gefundenen Variablen und Emotionserkennung (zum Beispiel Hall et al., 1999) könnte vor allem im Hinblick auf Empathie sehr aufschlussreich sein, da das Erkennen emotionaler Gesichtsausdrücke konsequenterweise ein entscheidender Prädiktor für Empathie zu sein scheint. Dennoch konnte dieser Zusammenhang bislang noch nicht endgültig geklärt werden (Marsh, Kozak & Ambady, 2007). Die Schwierigkeit, konstante Korrelate mit der Erkennung von Gesichtsausdrücken zu finden, resultiert nach Marsh et al. (2007) daraus, dass das Erkennen von unterschiedlichen Gesichtsausdrücken von gesonderten Mechanismen gesteuert wird. Zahlreiche neurowissenschaftliche und psychiatrische Forschungen zeigen, dass bestimmte Verarbeitungsprozesse im Gehirn mit bestimmten emotionalen Ausdrücken einhergehen (zum Beispiel Adolphs et al., 1994; Adolphs et al., 1999; Blair et al., 1997). Folglich ist die Fähigkeit, unterschiedliche Ausdrücke zu erkennen keine einheitliche Fertigkeit, sondern eine Sammlung miteinander verbundener aber trennbarer Fertigkeiten. Diese Befunde implizieren, dass Menschen nur in Bezug auf das Erkennen bestimmter Gesichtsausdrücke beeinträchtigt oder begabt sind (Marsh et al., 2007). Des Weiteren verdeutlichen sie einerseits, weshalb Korrelationen zwischen dem Grad der Genauigkeit beim Erkennen von Grundausdrücken im Allgemeinen nicht sehr hoch ausfallen, andererseits erklären sie auch den gemischten Erfolg beim Auffinden von Korrelaten zwischen verschiedenen Verhaltens- und Persönlichkeitsvariablen und emotionaler Ausdruckserkennung im Ganzen (Marsh et al., 2007). Zu beachten ist jedoch, dass andere Studien keine distinkten Verarbeitungsprozesse für verschiedene Ausdrücke detektieren (vgl. Fitzgerald et al., 2006; Winston et al., 2003).

Die immense Bedeutung, emotionale Gesichter zu entschlüsseln, wird mit Fokus auf psychische Störungen, die mit gravierenden Problemen im Sozialverhalten und in sozialen Interaktionen einhergehen, deutlich. Das Hauptdefizit scheint dabei in der Erkennung emotionaler Gesichtsausdrücke zu liegen. So konnte bei Personen, die an affektiven Erkrankungen (zum Beispiel Derntl, Seidel, Kryspin-Exner, Hasmann & Dobmeier, 2009) oder Schizophrenie (zum Beispiel Sachs, Steger-Wuchse, Kryspin-Exner, Gur & Katschnig, 2004) leiden, ebenso wie bei Personen mit antisozialen Verhaltensweisen (Marsh & Blair, 2008), Psychopathie (Eisenbarth, Alpers, Segrè, Calogero & Angrilli, 2008;

Eisenbarth, Conzelmann, Alpers, Jacob & Pauli, 2008) oder Substanzabhängigkeit (z.B. Kornreich, Foisy, Philippot, Dan, Tecco, Noel, Hess, Pelc & Verbanck, 2003) eine verminderte Emotionserkennungsleistung gegenüber gesunden Personen nachgewiesen werden.

Aggression und andere maladaptive antisoziale Verhaltensweisen können laut Blair (2003) und Montagne et al. (2005) aus einer fehlerhaften Führung durch die sozialen Hinweisreize der Mitmenschen resultieren. Marsh und Blair (2008) kommen ausgehend von einer meta-analytischen Studie zu dem Schluss, dass antisoziale Populationen vor allem Defizite in der Erkennung von Angst und Trauer aufweisen, nicht aber in der Entschlüsselung von Freude, Wut und Ekel. Folglich ist das antisoziale Verhalten darauf zurückzuführen, dass die Distresssignale Angst und Trauer, die für gewöhnlich dazu dienen, antisoziales Verhalten zu inhibieren (Blair et al., 1997) und Empathie und Sorge auszulösen (Nichols, 2001), nicht korrekt entschlüsselt werden können. Bisherige Studien konzentrierten sich hauptsächlich auf den negativen Zusammenhang von Emotionserkennung (beispielsweise Blair & Coles, 2000; Montagne et al., 2005) und antisozialem Verhalten. Doch gibt auch die Frage nach einem positiven Zusammenhang von Dekodierleistung und prosozialen Verhaltensweisen Anlass zu aktueller Forschung (Marsh et al., 2007), wobei sich insbesondere die emotional-kognitive Leistung, Angst zu dekodieren, als Prädiktor für prosoziales Verhalten qualifiziert. Marsh et al. (2007) konnten in ihrer Studie eine positive Interaktion zwischen der Zeit und dem Geldbetrag, der einem Opfer gespendet werden würde, mit der Leistung beim Erkennen von Angst verdeutlichen. Entsprechend verhielten sich Personen umso prosozialer in ihren Urteilen über andere, je besser sie Angst in einem Emotionserkennungsverfahren entschlüsseln konnten. Ein ebenfalls positiver Zusammenhang konnte für die Dekodierung von Trauer mit prosozialem Verhalten nachgewiesen werden. Das Erkennen von Trauer erwies sich wie Angst als Prädiktor für das Ausmaß an geopferter Zeit und gespendetem Geldbetrag für das vermeintliche Opfer.

In diesem Kapitel wurde das Konstrukt Emotionen von unterschiedlichen Seiten beleuchtet. Im Rahmen dessen wurde auf das Problem einer einheitlichen Definition und umfassenden Theorie von Emotionen eingegangen. Darüber hinaus erfolgte die Beschreibung der Konzepte emotionale Kompetenz sowie emotionale Intelligenz, die im Erleben und in der Bewältigung von Emotionen eine wichtige Rolle spielen. Dabei wird die Bedeutung der Empathie als eine zentrale Komponente der emotionalen Kompetenz, welche die Basis für unterschiedliche prosoziale und sozial-negative Emotionen und die dadurch vermittelten Handlungstendenzen darstellt, offensichtlich.

Im Anschluss wird nun das Konstrukt Empathie beschrieben und von anderen, häufig synonym verwendeten, Begrifflichkeiten abgrenzt. Des Weiteren wird der Zusammenhang mit Emotionen genauer aufgezeigt.

## 2.2 Empathie – ein mehrdimensionales Konstrukt

Empathie, als eine Verknüpfung zwischen eigenem und fremdem Erleben, ist einerseits ein ständig gegenwärtiger, selbstverständlicher Bestandteil des menschlichen Alltags, andererseits ein wissenschaftlich nur schwer greifbares Phänomen. So hat das aus dem Griechischen stammende *empáttheia*, nach heutigem Verständnis kaum mehr etwas mit seiner ursprünglichen Bedeutung, *heftige Leidenschaft* (Duden, 2006), gemein.

Als „die Erfahrung, unmittelbar der Emotion oder Intention einer anderen Person teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen“ (Bischof-Köhler, 2000, S. 170) kann Empathie entweder durch die Situation, in der sich eine Person befindet, oder aber durch das Ausdrucksverhalten einer anderen Person ausgelöst werden. Sie ist somit nicht ausschließlich von der korrekten Dekodierung einer vokalen und mimischen Expression abhängig, sondern berücksichtigt auch den situativen Kontext, selbst dann, wenn dieser noch nicht durchlebt wurde. Dies ermöglicht im Falle einer späteren Konfrontation mit einer entsprechenden Situation eine angemessene emotionale Reaktion.

### 2.2.1 Entwicklung des Konzeptes der Empathie

Bereits im Jahre 1897 führte Theodor Lipps den Begriff „Einfühlung“ in die Psychologie ein (Jahoda, 2005). Seitdem hat das Konzept Empathie nichts an seiner Faszination verloren (Meindl, 1998). Edward Titchener prägte 1909 den englischen Begriff „empathy“ innerhalb der psychologischen Fachsprache, der schließlich mit der deutschen Übersetzung „Empathie“ im deutschsprachigen Raum Einzug hielt. Die phänomenologische Sichtweise beschreibt Empathie als die Fähigkeit „des Sich-hinein-Versetzens in ein fremdes Erleben“ (Dorsch, Häcker & Stapf, 1994, S. 184). Sie wird weiter ausgeführt als

„Erfahrung unmittelbar der Gefühlslage eines anderen teilhaftig zu werden und sich dadurch zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe bleibt das Gefühl aber anschaulich dem anderen zugehörig“ (Dorsch et al., 1994, S. 243).

Die Gefühle anderer Menschen zu erkennen ist fundamentale Voraussetzung, um diese im eigenen Handeln zu berücksichtigen und selbst Einfluss auf das Ge-

fühlsleben anderer Personen nehmen zu können (Lischetzke, Eid, Wittig & Trierweiler, 2001).

Indem Menschen den Ausdruck einer anderen Person wahrnehmen, um deren psychische Situation wissen oder deren Erlebnisse mitgeteilt bekommen, sind sie in der Lage, mit dieser Person „mitzuerleben“ (Lukesch, 2006). Es handelt sich bei Empathie folglich um eine, auf den sozialen Bereich bezogene Fähigkeit, die es Menschen erlaubt, die Emotionen eines anderen wahrzunehmen, sie nachzuempfinden und sich entsprechend prosozial (Eisenberg & Strayer, 1987) oder antisozial (Bischof-Köhler, 1991; Björkqvist, Österman & Kaukiainen, 2000) zu verhalten. Empathie wurde „lange Zeit als primär kognitive Fähigkeit definiert, die Gedanken, Perspektiven und Gefühle eines anderen zu erkennen und zu verstehen“ (Friedlmeier, 1993, S. 31). Dies wird deutlich, wenn man die Auffassung von Empathie einiger Autoren genauer betrachtet. So definiert Hogan (1969) Empathie als

“...the act of constructing for oneself another person's mental state” (Hogan, 1969, p. 308).

Knapp 20 Jahre später betont Hoffman (1987), dass sich die affektive Reaktion insbesondere auf die Situation anderer Personen und nicht so sehr auf die eigene bezieht. In den 90-er Jahren unternimmt Hollin (1994) den Versuch die Übernahme der Sichtweise einer anderen Person und das eigene Verhalten zu verknüpfen, indem er feststellt:

“...the ability to see the world, including one's own behaviour, from another person's point of view is to display empathy” (Hollin, 1994, p. 1240).

Obwohl Empathie in der neueren Literatur als multidimensionales Konstrukt, das kognitive, affektive und konnotative Fähigkeiten beinhaltet, beschrieben wird, ist die Frage, ob Empathie in erster Linie eine kognitive Fähigkeit darstellt, die bewusst hervorgerufen wird oder eine spontane emotionale Reaktion, ist nach wie vor umstritten. So beschreibt Zajonc (1984) die Funktion der Empathie als Bewertung von Ereignissen, dem Verleihen von Bedeutungen sowie der raschen Inangansetzung von Handlungen. Frühere Theoretiker verfolgten zwei Annäherungsweisen innerhalb der Empathieforschung.

Eine Auffassung beschreibt Empathie als *kognitive Fähigkeit* (Köhler, 1929; Piaget, 1932; Mead, 1934), die als der Prozess, die Gedanken, Perspektiven und Gefühle anderer zu erkennen und zu verstehen, definiert wird (Green-span, Barenboim & Chandler, 1976; Buckley, Siegel & Ness, 1979; Davis, 1983). Die andere Sichtweise unterstreicht die *affektive Komponente* der Empathie (Mehrabian & Epstein, 1972; Hoffman, 1984; Eisenberg & Miller, 1987).

„Empathie ist eine affektive Reaktion, die von der Wahrnehmung des emotionalen Zustands oder der Lage eines anderen stammt, die stellvertretendes Miterleben umfasst und sich durch auf den anderen orientierte Aufmerksamkeit und Gefühle auszeichnet“ (zitiert nach Friedlmeier, 1993, S. 33).

Folgend werden verschiedene Sichtweisen knapp aufgeführt. Zahn-Waxler, Friedman und Cummings (1983) fanden in einer Studie heraus, dass affektive Reaktionen, die Betroffenheit ausdrücken, bereits bei zweijährigen Kindern auftreten, was für die Theorie, Empathie stellt eine emotionale Reaktion dar, in der eine Person stellvertretend miterleben kann, spricht. Schuch (1979) vertritt die Position, dass die kognitiven und emotionalen Komponenten der Empathie zwei gesonderte aber dennoch miteinander verbundene Konstrukte darstellen. So ordnet er der Empathie als Kennzeichen prosozialen Verhaltens sowohl kognitive als auch affektive Komponenten zu. In diesem Kontext sehen Leiberg und Anders (2006) Empathie sowie die Fähigkeit empathische Reaktionen zu modulieren als essentielle Voraussetzung für soziales Verhalten. Einen ähnlichen Standpunkt beziehen auch Eisenberg und Strayer (1987), die zwischen kognitiven und affektiven Perspektiven unterscheiden. Dabei bezieht sich der affektive Aspekt auf den Inhalt der Empathie, der kognitive weist hingegen Prozesscharakter auf. Den Autoren (Eisenberg & Strayer, 1987) zufolge beeinflusst der Affekt (1) was und auf welche Weise ein Individuum verarbeitet, (2) die Interpretation des kognitiven Inputs und eventuelle Rollenübernahmefähigkeiten oder andere Formen der sozialen Kognition und (3) die Entscheidung, ob ein Individuum auf die Not eines anderen reagiert. Batson, Fultz & Schoenrade (1987) zufolge ist Empathie die Grundlage für weitere, von ihr induzierte, Reaktionen. Zum einen, ein auf das Gegenüber gerichtetes Mitgefühl für dessen missliche Lage („*sympathy*“), zum anderen, ein auf das Selbst bezogene, unangenehme Gefühl des Betroffenseins („*personal distress*“). Eine Beschreibung, die hauptsächlich den affektiven Charakter der Empathie betont stammt von Bierhoff (2003). Er definiert Empathie als einen

„affektiven Zustand, der ausgelöst wird, wenn eine Person den emotionalen Zustand einer anderen Person beobachtet. Dieser Gefühlszustand resultiert daraus, dass die Sicht der anderen Person eingenommen wird und ihre Gefühle verstanden werden“ (Bierhoff, 2003; zitiert nach Stroebe et al., 2003, S. 328).

Heute herrscht Konsens darüber, dass Empathie ein mehrdimensionales Konstrukt darstellt, das aus einer kognitiven Komponente (Gefühlszustände erkennen) und einer emotionalen Komponente (empathische Anteilnahme) besteht und als fundamental für Erfolg in zwischenmenschlichen Beziehungen und der Gesellschaft angesehen wird (Dziobek, Fleck, Kalbe, Rogers, Hassenstab, Brand, Kessler, Woike, Wolf & Convit, 2006; Dziobek, Rogers, Fleck, Bahnemann,

Heekeren, Wolf & Convit, 2008). In seinem Modell der überlappenden Komponenten von Empathie, beschreibt Baron-Cohen (2006) die kognitive Komponente der Empathie als kurzfristige Nicht-Berücksichtigung der eignen Perspektive, um die Betrachtungsweise einer anderen Person zu übernehmen und sich dadurch ein Bild von deren Gemütszustand, innerer Verfassung und Einstellung zu machen. Diese Antizipation über das Denken und Fühlen eines anderen geht dabei auf frühere Erfahrungen der Person zurück und erlaubt Vorhersagen hinsichtlich ihres zukünftigen Verhaltens und psychischen Befindens.

Gemäß Baron-Cohen (2006) überschneidet sich die kognitive Komponente mit der affektiven Komponente der Empathie, die hingegen Ausdruck einer angemessenen Reaktion auf den emotionalen Zustand einer anderen Person ist. Mitleid (*sympathy*) bildet dabei eine Subkategorie der affektiven, emotionalen Komponente und wird als eine mögliche Alternative einer emphatischen Reaktion verstanden. Eine Überlappung der kognitiven und affektiven Empathie wird als gemischte oder zusammengesetzte Komponente bezeichnet. Blair, Mitchell & Blair (2005) postulieren noch eine weitere Komponente der Empathie – die motorische – die parallel zur emotionalen Empathie zu Tage treten kann und ähnlich wie diese, bei emotionalen Gesichtsausdrücken, relativ automatisiert ist. Beide können helfen, Gesichtsausdrücke richtig zu erkennen und entsprechend (motorisch oder verbal) darauf zu reagieren.

Blair et al. (2005) zu Folge ist Empathie folglich keine einheitliche Kapazität, die durch ein einheitliches System vermittelt wird, sondern eine Vielfalt verschiedener Funktionen, die, durch teilweise voneinander getrennte Systeme, beeinflusst werden. Auch wenn gewisse Überschneidungen zwischen den einzelnen Komponenten der Empathie vorliegen, so verfügt doch jede über eine beachtliche Spezifität, die insbesondere bei psychischen Störungen mit Empathie-Dysfunktionen – beispielsweise Psychopathie – Berücksichtigung finden müssen.

Auf Basis zahlreicher Studien (zum Beispiel Lipps, 1903; Eisenberg & Strayer, 1987; Zahn-Waxler, Robinson & Emde, 1992; Ickes, 1993; Hoffman, 2000; Preston & de Waal, 2002) formuliert Batson (2009) acht unterschiedliche Konzepte, die mit Empathie in Bezug stehen:

1. Wissen um den inneren Zustand einer anderen Person, einschließlich ihrer Gedanken und Gefühle
2. Aneignung der Körperhaltung oder Anpassung an neurale Reaktionen einer beobachteten Person
3. Fühlen wie eine andere Person fühlt
4. Sich in die Lage einer anderen Person einfühlen oder deren Lage projizieren
5. Vorstellung darüber wie ein anderer denkt und fühlt

6. Vorstellung darüber wie jemand anstelle eines anderen denken und fühlen würde
7. Fühlen von Kummer beim Miterleben des Leids einer anderen Person
8. Mitgefühl mit einer leidenden Personen haben

Somit wurde Empathie aus theoretischen, traditionellen und historischen Blickwinkeln betrachtet und die Komplexität des Konstrukts sowie die damit einhergehende Schwierigkeit, das Konstrukt in seiner Ganzheit zu erfassen und präziser zu definieren, deutlich. Im Anschluss an die Frage nach der Beschaffenheit des Konstrukts Empathie werden Modelle sowie neuronale Grundlagen der Empathie vorgestellt.

### Die Erforschung des Empathiekonstrukts

Innerhalb der Empathieforschung bildeten sich *zwei Herangehensweisen* besonders heraus (Leiberg & Anders, 2006): Die eine bezieht sich auf eine „ansteckungs-ähnliche“ Weise, bei der die Wahrnehmung einer anderen Personen in einem emotionalen Zustand in einer analogen affektiven Reaktion des Betrachters resultieren kann. Die zweite Herangehensweise meint das Verstehen der Emotion einer anderen Person durch *Perspektivenübernahme*. Dabei wurden zwei Prozesse, die der Empathie unterliegen, angeregt. Der erste, die *simulation-theory*, geht davon aus, dass das Verständnis von emotionalem Befinden bei anderen Menschen von einer internalen Simulationsverarbeitung abhängt, die auf gemeinsame Repräsentationen zwischen Beobachter und Ziel angewiesen ist.

Die zweite Theorie, die *theory-theory*, basiert auf der Annahme, Menschen besitzen eine *Theory of Mind*, die sie dazu nutzen, mentale Verfassungen – wie zum Beispiel Emotionen – anders einzuordnen und folglich besser zu verstehen. Die meisten Neurowissenschaftler bevorzugen die Sichtweise, Empathie kann durch beide Prozesse entstehen und diese Prozesse greifen in ihrer Funktionsweise stark ineinander (Leiberg & Anders, 2006). „Ansteckungs-ähnliche“ Prozesse werden zumeist – mehr oder weniger – automatisch initiiert, sobald die emotionale Verfassung einer Person beobachtet wird. In welchem Ausmaß diese Prozesse angewendet werden beziehungsweise in einer korrekten Repräsentation resultieren, hängt von der aktuellen emotionalen Befindlichkeit des Betrachters sowie dessen Erfahrungen mit der Situation der beobachteten Person, ab. Ist eine Situation ambivalent oder zu komplex, werden andere Prozesse, wie zum Beispiel Perspektivenübernahme, aktiviert, um den emotionalen Zustand eines anderen Menschen zu verstehen. Dabei wird bei der beobachtenden Person nicht

zwangsläufig dieselbe emotionale Verfassung wie bei der beobachteten Person hervorgerufen (Leiberg & Anders, 2006).

Peripheral physiologische und funktionell bildgebende Untersuchungen (Übersicht bei Leiberg & Anders, 2006) liefern Hinweise für die Bedeutung beider Prozesse, „ansteckungs-ähnliche“ und Perspektivenübernahme, im Zusammenhang mit Empathie. Diese Prozesse zeigen automatische Imitationen des beobachteten motorischen Verhaltens, Synchronie in der Aktivität des autonomen Nervensystems während empathischer Urteile, gemeinsame neuronale Schaltkreise für das Ausführen und Betrachten von Gesichtsausdrücken sowie das Erleben und Wahrnehmen von Emotionen. Ob die Aktivierung der Repräsentation der emotionalen Verfassung für das Verständnis der Emotionen anderer Personen sowohl notwendig als auch hinreichend ist, ist fraglich (Leiberg & Anders, 2006). So fanden einige Studien eine Beziehung zwischen aktivierten Repräsentationen, subjektiven Gefühlen und dem Verstehen der Emotionen anderer Personen (beispielsweise Lanzetta & Englis, 1989; Levenson & Ruef, 1992; Lundquist & Dimberg, 1995; Levenson, 1996), andere hingegen konnten diese Befunde nicht bestätigen (zum Beispiel Gump & Kulik, 1997; Hess & Blairy, 2001). Folglich sind bisherige Resultate in Bezug auf die Beziehung zwischen den drei Parametern nicht eindeutig.

### Komponenten-Modelle der Empathie

Fünf Empathie-Modelle, die Empathie als ein aus verschiedenen Komponenten zusammengesetztes Konstrukt ansehen, werden in der Literatur häufig zitiert (Feshbach, 1975; Davis, 1983; Marshall, Hudson, Jones & Fernandez, 1995; Geer, Estupinan & Manguno-Mire, 2000; Goldstein & Higgins D'Alessandro, 2001): Davis (1983) definierte Empathie als eine Gruppe unterschiedlicher, einander überlappender Konstrukte. Für ihn stehen dabei vier Dimensionen im Vordergrund: (1) Perspektivenübernahme, (2) empathische Anteilnahme, (3) Fantasie und (4) persönliche Belastung, wobei Perspektivenübernahme und empathische Anteilnahme eng mit dispositionaler Empathie, Perspektivenübernahme mit Ängstlichkeit und Fantasie mit Sensibilität gegenüber anderen korreliert sind. Marshall et al. (1995) weisen der Empathie in ihrem Mehrkomponenten-Modell vier unterschiedliche Stufen zu: (1) Emotionserkennung, (2) Perspektivenübernahme, (3) Emotionsbildung und (4) Antwortentscheidung. Feshbach (1975) postuliert Empathie als eine kognitive Fähigkeit, die sich erst in der späten Kindheit entwickelt und sieht in ihrem Modell drei Komponenten vor. Als kognitive Voraussetzungen definiert sie (1) Rollenübernahme – im Sinne eines Perspektivenwechsels, (2) Diskriminationsfähigkeit – als Identifikation des emo-

tionalen Zustands eines anderen und (3) das Hervorrufen einer konsonanten affektiven Reaktion. Für Geer et al. (2000) besteht Empathie ebenfalls aus drei Fähigkeiten: (1) der Fähigkeit, die Sichtweise einer anderen Person einzunehmen, (2) der Fähigkeit, die Emotionen einer anderen Person selbst zu erfahren sowie (3) der Fähigkeit, sich mitfühlend zu verhalten. Mit nur zwei Komponenten beschreiben Goldstein & Higgins D'Alessandro (2001) die Empathie. Sie postulieren als erste Komponente die Perspektivenübernahme, die sie als Fähigkeit sich die Gedanken und Gefühle anderer vorzustellen, definieren. Die zweite Komponente bildet das substitutive Erleben des emotionalen Zustandes anderer Personen.

Vergleicht man die Komponenten der fünf Modelle miteinander, so wird schnell deutlich, dass bei allen Autoren Einigkeit darüber besteht, dass Empathie eine kognitive und eine affektive Komponente enthält (Proctor & Beail, 2007).

## Neuronale Grundlagen von Empathie

Obwohl sich die Psychologie bereits seit Ende des 19. Jahrhunderts mit der Erforschung der Empathie befasst, stand die Wissenschaft bis vor wenigen Jahren vor einem ungelösten Rätsel: Warum sind wir in der Lage, die Gefühle anderer zu verstehen? Und, warum können wir oftmals die Gefühle anderer Menschen so gut nachvollziehen oder gar mit ihnen mitfühlen? Knapp neunzig Jahre, nachdem der Begriff Empathie im deutschen Sprachraum Einzug hielt gelang der Forschergruppe um Giacomo Rizzolatti (Rizzolatti, Fadiga, Gallese & Fogassi, 1996) mit der Entdeckung der Spiegelneurone ein Meilenstein in der Empathieforschung. In einem Tierexperiment erforschten Rizzolatti und Kollegen (1996) an Schweinsaffen, welche Neurone für die Steuerung zielgerichteter Handlungen verantwortlich sind. Dabei entdeckten sie, dass bei der Durchführung einer bestimmten Handlung (beispielsweise eine auf dem Boden liegende Nuss aufzuheben) dieselben Neurone aktiv werden wie bei der bloßen Beobachtung dieser Handlung. Ferrari und Gallese (2007) konnten die Existenz entsprechender Spiegelneurone auch im menschlichen Gehirn feststellen. Menschen sind folglich durch die Verbindung zwischen der Beobachtung einer Handlung und der Handlungsausführung, die durch die Spiegelneurone inszeniert wird, in der Lage, die Handlungen und Intentionen anderer Menschen zu verstehen, indem die wahrgenommene Handlung anderer beim Beobachter die gleichen Handlungsneurone aktiviert (Ferrari & Gallese, 2007). Zudem kann bereits das passive Nachvollziehen einer Handlung die Neurone zum Feuern bringen (Bauer, 2005). In den vergangenen Jahren konnten vor allem bildgebende Verfahren Spiegelneurone in allen, für das Erleben und Verhalten relevanten Arealen des menschlichen Ge-

hirns, nachweisen (Keysers, Wicker, Gazzola, Anton, Fogassi & Gallese, 2004; Singer, Seymour, O'Doherty, Kaube, Dolan & Frith, 2004; Jackson, Meltzoff & Decety, 2005).

So ist Empathie seit einiger Zeit immer stärker in das Interesse der Neurowissenschaftler gerückt, da anhand experimenteller Studien belegt werden konnte, dass Störungen in der Empathie zu Beeinträchtigungen des Verhaltens führen, die sowohl in neurologischen als auch psychiatrischen Patientenpopulationen beobachten werden können (Shamay-Tsoory, 2009). Ausgehend von jüngeren Beobachtungen wurde die Hypothese aufgestellt, Empathie wird von neuronalen Netzwerken beeinflusst. Diese neuronalen Netzwerke bilden wiederum die Grundlage für Empathiefähigkeit und konnten unter anderem für das „Mitfühlen“ von Berührung (Keysers et al., 2004) und Schmerz (Singer et al., 2004; Jackson et al., 2005) detektiert werden. Inwiefern Spiegelneurone für das Verständnis von Mitgefühl, Sprache, Moral und Sozialverhalten verantwortlich sind bedarf noch weiterer Untersuchungen. Dennoch liegt die Vermutung nahe, dass das Nachvollziehen der Gefühle anderer Personen von der eigenen Empfindungsfähigkeit abhängig ist, weshalb Personen, die empfindsam gegenüber sich selbst sind auch eine gewisse Sensibilität gegenüber anderen Menschen aufweisen.

Im Anschluss an die Ausführungen zur begrifflichen und historischen Entwicklung der Empathie, einem Exkurs in die Empathieforschung sowie der Darstellung diverser Modellvorstellungen und neuronaler Grundlagen der Empathie, soll sie hiernach von anderen – im Alltag häufig synonym verwendeten – Begrifflichkeiten abgegrenzt werden.

### 2.2.2 *Abgrenzungen zu anderen Begrifflichkeiten*

Um ein detaillierteres Verständnis von Empathie zu erlangen, ist eine Abgrenzung zu verwandten, in der Umgangssprache teilweise synonym verwendeten Termini, wie Theory of Mind beziehungsweise soziale Kognition, emotionale Perspektivenübernahme, Mitleid und Distress notwendig. Des Weiteren ist die Beziehung dieser Begrifflichkeiten zu Empathie zu skizzieren.

#### Theory of Mind und soziale Kognition

Bis heute kann die Beziehung zwischen der *Theory of Mind (ToM)* – auch als *soziale Kognition* bezeichnet – und Empathie noch nicht vollständig geklärt werden. Premack und Woodruff (1978) beschreiben die Theory of Mind als

Fähigkeit, die Gefühle, Intentionen und Motivationen anderer Personen zu verstehen. Diese Definition lässt offensichtliche Ähnlichkeiten, etwa die Perspektiven und Gefühle anderer zu verstehen, zum Konzept der kognitiven Empathie erkennen, weshalb die beiden Begrifflichkeiten oft synonym verwendet werden (Roeyers, Buysse, Ponnet & Pichal, 2001; Baron-Cohen & Wheelwright, 2004, Blair et al., 2005). Um eine größeres Wirrsal zu vermeiden, raten viele Autoren von einer wechselseitig austauschbaren Verwendung der Begriffe Theory of Mind und Empathie ab (Gillberg, 1992; Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001; Roeyers et al.; 2001). Rogers, Dziobek, Hassenstab, Wolf & Convit (2007) konnten die Postulate von Davis (1983), die Theory of Mind und kognitive Empathie sind interkorreliert und Theory of Mind und „affektive Empathie“ unabhängig voneinander, bestätigen. Eine gänzliche Unabhängigkeit der beiden Komponenten voneinander bedeutet in diesem Kontext, dass eingeschränkte ToM-Fähigkeiten nicht zwangsweise zu Defiziten bezüglich der affektiven Komponente führen müssen und umgekehrt (Rogers et al., 2007). So bezeichnet beispielsweise Dziobek (2009) die Fähigkeit, die Gedanken, Gefühle und Absichten anderer Personen zu verstehen als soziale Kognition beziehungsweise Theory of Mind. Diese bildet wiederum die Grundlage auf der, ausgehend vom Verstehen der mentalen Zustände anderer Menschen, deren Verhalten vorhergesagt und das eigene Verhalten entsprechend angepasst werden kann. Gemäß der Autorin (Dziobek, 2009) unterscheidet sich Empathie um eine zusätzliche emotionale Komponente, das Einfühlungsvermögen, von der sozialen Kognition. Das Einfühlungsvermögen erlaubt nicht nur das kognitive, gedankliche Nachvollziehen einer Situation, sondern ermöglicht, mit der Person, die sich zum Beispiel in einer Notlage befindet, mitzufühlen.

Im Gegensatz zu Dziobek (2009) plädieren Adolphs (2001) und Beer und Ochsner (2006) für eine Differenzierung zwischen Theory of Mind und sozialer Kognition. So definiert Adolphs soziale Kognition als

„the ability to construct representations of the relations between oneself and others, and to use those representations flexibly to guide social behavior” (Adolphs, 2001, p. 231).

Das bedeutet, dass die soziale Kognition an Prozessen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Motivation, Emotion und Entscheidungsfindung beteiligt ist, welche wiederum Verhaltensantworten modulieren. Folglich steuert sie sowohl willentliches als auch automatisiertes Verhalten, indem sie ausgehend von wahrgenommenen sozialen Stimuli (zum Beispiel bei der Interaktion mit anderen Personen) diese Basiswahrnehmungen in kontextuelles Wissen, das wiederum auf sozialen Normen, Vorurteilen sowie früheren Erfahrungen mit der entsprechenden Person beruht, integriert (Adolphs, 2001). Auch Beer und Ochsner (2006) sehen das explizite und implizite Wissen im Zusammenhang mit der

Selbst- und Fremdwahrnehmung als ursächlich für eine bestimmte Reaktion in einer sozialen Situation und beschreiben soziale Kognition als „Prozesse, mit deren Hilfe die Menschen sich selbst und andere verstehen“ (Beer & Ochsner, 2006, S. 98).

Shamay-Tsoory (2009) folgert ausgehend von neurophysiologischen Studien nach Hirnverletzungen (zum Beispiel Shamay-Tsoory, Peretz, Lester, Chisin, Israel, Bar-Shalom, Tomer, Tsitrinbaum & Aharon-Peretz, 2005), dass die Verarbeitung der Theory of Mind der kognitiven Empathie, die Verarbeitung von Simulation hingegen der emotionalen Empathiekomponente unterliegt. Wenn eine kognitiv-empathische Reaktion erzeugt wird, sind das „typische ToM-Netzwerk“ (beispielsweise der mediale präfrontale Kortex, die superiore temporale sulcus und die Temporallappen) und das „affektive ToM-Netzwerk“ (vor allem der ventromediale Kortex) involviert. Im Gegensatz dazu ist eine affektiv empathische Reaktion hauptsächlich bei Simulation zu finden, wobei Regionen aktiviert sind, die mit emotionalen Erlebnissen einhergehen (zum Beispiel die Amygdala, die Insula und der inferiore frontale Gyrus). Die Autoren (Shamay-Tsoory, 2009; Shamay-Tsoory et al., 2005) postulieren, dass eine ausbalancierte Aktivierung dieser beiden Netzwerke die Voraussetzung für ein angemessenes Sozialverhalten darstellt.

Dennoch bedarf es einer weiteren empirischen Klärung der Fragen, inwiefern sich die Theory of Mind und kognitive Empathie voneinander abgrenzen beziehungsweise überschneiden und ob sie vollkommen unabhängig von affektiver Empathie zu sehen sind oder nicht und worin mögliche Unterschiede bestehen (Rogers et al.; 2007).

## Emotionale Perspektivenübernahme

Emotionale Perspektivenübernahme meint das Verstehen von Emotionen aufgrund der Lage anderer, indem deren Gefühle gedanklich erschlossen werden (Silbereisen, 1998). Perspektivenübernahme kann sowohl visuell als auch kognitiv oder emotional erfolgen und setzt im Gegensatz zu Empathie keine Betroffenheit des Beobachters voraus (Kurdek & Rodgon, 1975). Je nachdem, ob die Gefühlslage des anderen anhand wahrgenommener Ausdrucksmerkmale direkt induziert wird oder das Ergebnis eines identifikatorischen „Mitvollzugs“ darstellt, unterscheidet Bischof-Köhler (1989) Empathie und emotionale Perspektivenübernahme.

Grundsätzlich sind zwei Formen der Perspektivenübernahme zu differenzieren: (1) eine selbst-fokussierte Form, bei der sich eine Person vorstellt, wie sie sich in der Lage einer anderen Person fühlen würde (*Perspektivenübernahme der*

1. Person) und (2) eine fremd-fokussierte Form, bei der sich eine Person vorstellt wie eine andere Person denkt und fühlt (*Perspektivenübernahme der 3. Person*) (Batson, Early, Salvarani, 1997a; Davis, Soderlund, Cole, Gadol, Kute, Myers & Weihing, 2004). Während beide Formen der Perspektivenübernahme nachweislich empathische Reaktionen generieren, verursacht lediglich erstere Distress beim Beobachter (Batson, 1997a). Interessanterweise wird der Begriff sowohl von traditionellen Simulations-Theoretikern, als auch von Theorie-Theoretikern verwendet (Leiberg & Anders, 2006). In der Simulations-Theorie wird damit ein zweiter Simulations-Prozess bezeichnet, der sich von der „ansteckungs-ähnlichen“ Simulation in Automatik und Bewusstseinslevel unterscheidet. Theorie-Theoretiker beschreiben mit dem Begriff *Perspektivenübernahme* Schlussfolgerungen über den inneren Zustand einer anderen Person ausgehend von theoretischem Wissen über deren Situation (beispielsweise Leiberg & Anders, 2006).

## Mitleid

Des Weiteren ist eine Differenzierung zwischen Mitleid und Empathie notwendig, die sich jedoch als äußerst diffizil gestaltet. Nach Eisenberg und Fabes (1991) kann Mitleid in einer wahrgenommenen Notlagesituation aus Empathie resultieren, nicht aber umgekehrt. Allerdings können sich die beiden Begrifflichkeiten über die Zeit vermischen. Im Gegensatz zu Mitleid schließt Empathie nicht nur die Wahrnehmung eines anderen in einer Notlagesituation mit ein, sondern auch das Miterleben anderer Emotionen, wie zum Beispiel Freude, Heiterkeit oder Ärger (Friedlmeier, 1993).

## Distress

Ein weiterer wichtiger Begriff, der von Empathie abzugrenzen ist, ist das Konzept Distress. Distress lässt sich durch negative Gefühle wie Ängstlichkeit, Anspannung oder Unruhe und Unsicherheit, die beispielsweise durch die Wahrnehmung der affektiven Lage eines anderen bedingt sind, charakterisieren (Batson et al., 1997a). Anders als bei Empathie richtet sich bei Distress der Aufmerksamkeitsfokus auf das eigene Selbst (Batson et al., 1997a), was das unmittelbare Bedürfnis nach sich zieht, das individuelle Unwohlsein zu beenden (Friedlmeier, 1993).

Damit sind die Abgrenzungen erfolgt. Aufbauend darauf werden häufig diskutierte Einflussgrößen ausgeführt.

### 2.2.3 Diskutierte Einflussgrößen

#### Geschlecht, Alter und kognitive Leistungsfähigkeit

Von Relevanz ist in diesem Kontext auch die alltagspsychologische Annahme, Frauen seien empathischer als Männer, um der von der Gesellschaft auferlegten sozialen Rolle gerecht zu werden. Doch ist das weibliche Geschlecht dem männlichen an Empathiefähigkeit tatsächlich überlegen? Während ältere Studien vorwiegend zu den Ergebnissen kamen, Jungen und Männer seien empathischer als Mädchen und Frauen (Rose et al., 1956; Janison & Johnson, 1975; zitiert nach Diermeier & Grübl, 2004), konnten Epstein (1972; zitiert nach Diermeier & Grübl, 2004) und Eisenberg und Mussen (1978; zitiert nach Diermeier & Grübl, 2004) bei Mädchen und Frauen ein stärkeres Einfühlungsvermögen nachweisen. Auch Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner, & Chapman (1992) konnten bestätigen, dass Mädchen bereits im Kleinkindalter empathischer und prosozialer agieren als Jungen. Ferner weisen sie ein höheres prosoziales Engagement im Umgang mit Distress von Mitmenschen auf. Baron-Cohen (2006) setzt die empathische Entwicklung sogar schon vor der Geburt an. Er geht davon aus, dass die Prägung des Gehirns in Abhängigkeit des Geschlechts erfolgt, weshalb das Gehirn von Frauen hauptsächlich auf Einfühlung (E-Gehirn) spezialisiert ist, das von Männern hingegen auf Systematisierung (S-Gehirn). Belege für diese These finden sich laut Baron-Cohen (2006) in der frühen Kindheit wie zum Beispiel im Spielverhalten oder der Kommunikation von Mädchen und Jungen. Weiter sind bei Jungen eine gesteigerte direkte Aggressivität sowie eine Häufung von antisozialen und psychopathischen Störungen zu beobachten. Eine Überlegenheit des weiblichen Geschlechts lässt sich nicht nur in Bezug auf die affektive Empathiekomponente, sondern auch für die kognitive Komponente, ausmachen (Baron-Cohen, 2006). So besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich der Fähigkeit, die Perspektiven anderer Personen einzunehmen oder deren mentalen Zustand zu erkennen und zu verstehen (Happé, 1995).

Zu konträren Befunden gelangten Hoffman (1977), Eisenberg und Lennon (1983) oder Davis (1994). Sie fanden Geschlechtsdifferenzen lediglich in Bezug auf die affektive Komponente, was sie zum einen auf die Messinstrumente und zum anderen auf das soziale Rollenbild der Frau zurückführen. Da beinahe ausschließlich Selbstbeurteilungsverfahren verwendet wurden, schließen die Autoren (Hoffmann, 1977; Eisenberg & Lennon, 1983; Davis, 1994) auf eine empathischere Selbstdarstellung der Frau, die als empfänglich für die Emotionen anderer wahrgenommen werden möchte. Ickes, Gesn & Graham (2000) beleuchteten diese Thematik anhand einer meta-analytischen Studie, in der sie der Frage

nachgingen, ob die bisherigen Forschungsergebnisse rein artifiziell durch die Art der Datenerhebung bedingt sind. Die Autoren (Ickes et al., 2000) konnten die Annahmen von Eisenberg und Lennon (1983) bestärken und kamen ebenfalls zu der Konklusion, dass Geschlechtereffekte in der Empathiefähigkeit vor allem dann zu beobachten sind, wenn den Probanden die Intention der Untersuchung bekannt ist und sie diese als Erfassung empathischer Fähigkeiten erkannt haben. Eine Übersicht über Geschlechtsdifferenzen in der Fähigkeit sich in andere Personen hinübersetzen beziehungsweise mit ihnen mitzufühlen findet sich bei Chakrabarti und Baron-Cohen (2006). Abschließend ist festzuhalten, dass der Zusammenhang zwischen Empathiefähigkeit und Geschlecht bislang noch nicht ausreichend erschlossen werden konnte und weitere Forschung auf diesem Gebiet von Nöten ist.

Hinsichtlich der Frage, ob das Alter einen Einfluss auf die Empathiefähigkeit hat beziehungsweise sich die Empathie im Laufe des Lebens verändert, liegen in der Wissenschaft unterschiedliche Befunde vor. Zahn-Waxler et al. (1983) konnten keinerlei Veränderungen der Empathie über den Entwicklungsverlauf hinweg feststellen. Eine Zunahme der Empathie im Grundschulalter fand dagegen Friedlmeier (1993) heraus.

Zahlreiche Studien haben sich mit dem Zusammenhang zwischen Empathie und Intelligenz beschäftigt (Chambers, 1957; Bush, 1972; Braunstein, 1974; zitiert nach Diermeier & Grübl, 2004) und kamen dabei zu ähnlichen Resultaten. So liegen sowohl zwischen Intelligenz und Empathie als auch zwischen Intelligenz und Einfühlungsvermögen positive Korrelationen vor.

### Ähnlichkeit: Die Empathie-Altruismus-Hypothese

Stark umstritten ist in der Literatur (z.B. Batson, 1995; Cialdini, Brown, Lewis, Luce & Neuberg, 1997) die Frage, ob und inwiefern Empathie mit altruistischer Motivation verknüpft ist und uneigennützig Handlungen davon bedingt werden oder ob durch Hilfeleistungen vielmehr eigene Distress-Gefühle, die durch die Konfrontation mit dem Leid und den Sorgen anderer Menschen ausgelöst werden, reduziert werden können. So ruft situationsbedingte Empathie bei Menschen Sorge um das Wohlergehen anderer Menschen hervor (Batson, 1995). Um die Rolle situationsbedingter Empathie für die Erklärung prosozialen Verhaltens zu untersuchen, setzt Batson (1995) sie mit dem altruistischen Motiv gleich. Seine Theorie, dass durch Empathie motivierte Menschen bei einer Konfrontation mit einem Opfer eher bereit sind, zu helfen und im Kontrast zu egoistisch Motivierten die Situation nicht verlassen, fußt auf einem von ihm durchgeführten Experiment (Batson, Duncan, Ackerman, Buckley & Birch, 1981). Eine neue Inter-

pretation der Empathie-Altruismus-Hypothese postulieren Cialdini et al. (1997). In einer Replikation des Batson-Experiments fanden sie heraus, dass weniger die Empathie die Ursache prosozialen Verhaltens ist, sondern vielmehr das Gefühl des „Einsseins“ (Cialdini et al., 1997).

Die Vielzahl der oben erwähnten Definitionen und Modelle macht die Komplexität des Konstrukts und die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition deutlich. Ähnlich heterogen gestalten sich die Operationalisierungen wie der nachfolgende Abschnitt zeigt.

#### 2.2.4 *Die Operationalisierung der Empathie*

Vierzigman (1995) begreift Empathie als einen Teil von Beziehungskompetenz und operationalisiert sie mittels einer Einfühlungsvermögens-Skala. Lischetzke et al. (2001) erfassen Empathie auf einem vierfaktoriellen Fragebogen, der die Dimensionen „emotionale Selbstaufmerksamkeit“, „Klarheit eigener Gefühle“, „emotionale Fremdaufmerksamkeit“ und „Klarheit über fremde Gefühle“ misst. Die höchsten Korrelationen ergaben sich dabei zwischen „emotionaler Selbstaufmerksamkeit“ und „emotionaler Fremdaufmerksamkeit“. Die Autoren deuten diesen Zusammenhang folgendermaßen: eine habituell häufigere Aufmerksamkeit gegenüber den eigenen Gefühlen geht mit einer häufigeren Aufmerksamkeit hinsichtlich fremder Gefühle einher und die Fähigkeit, die eigenen Gefühle zu erkennen, korrespondiert mit der Fähigkeit fremde Gefühle zu verstehen (Lischetzke et al., 2001). Dies beruht unter anderem auf implizitem Wissen über Zusammenhänge zwischen bestimmten Situationen und Emotionen oder gewissen Kognitionen und Emotionen, welches das Erkennen eigener und fremder Gefühle erleichtert. Ausgehend von der Definition, dass Empathie die „Bereitschaft und Fähigkeit eines Individuums [...] Emotionen über das Ausdrucksverhalten anderer Personen nachzuempfinden“ (Friedelmeier, 1993, S. 72) darstellt, vertreten Leibetseder, Laireiter, Riepler & Köller (2001) die Meinung, Empathie sei auf den beiden Dimensionen, Einfühlungsbereitschaft und Betroffenheit, repräsentiert. Neuere Studien zeigen, dass sich insbesondere filmbasierte Verfahren zur Erfassung der Emotionserkennung und Empathie eignen, da sie multimodal, kontextbezogen und ökologisch valider sind (Dziobek et al., 2006; Dziobek et al., 2008; Fuchs, 2009; Golan, Baron-Cohen, Hill & Golan, 2006b).

Ausgehend von den bisherigen Erläuterungen zu den beiden, für die vorliegende Arbeit essentiellen Konstrukten Emotion und Empathie wird deutlich, dass diese viele Gemeinsamkeiten besitzen: Sowohl Empathie als auch Emotionen spielen in sozialen Interaktionen eine wichtige Rolle und gehören seit mehr als 100 Jahren zu den meist untersuchten und am heftigsten diskutierten Forschungsgebieten innerhalb der Psychologie. Dennoch wird die Wissenschaft bis heute vor das Problem gestellt, diese Konstrukte allumfassend zu definieren,

zu operationalisieren und empirisch zu erfassen. Mittels dieser Arbeit soll daher ein weiterer Schritt zur Erklärung und Erfassung von Empathie und Emotionen genauer gesagt, der Erkennung von Emotionen, gemacht werden.

#### 2.2.5 *Der Zusammenhang zwischen Empathie und Emotionserkennung*

Wie in den vorherigen Abschnitten gezeigt werden konnte, postulieren einigen Wissenschaftler (vgl. Goleman, 1995; Marshall et al., 1995; Rindermann, 2009; Berking, 2010; einen Zusammenhang zwischen Empathie beziehungsweise Mitgefühl und Emotionen. Beispielhaft angeführt seien die Konzepte der emotionalen Kompetenz und Intelligenz und das Mehrkomponenten-Modell der Empathie nach Marshall et al. (1995). Im Weiteren werden daher die bislang wenigen Studien, die den Zusammenhang zwischen Empathie und Emotionserkennung in den vergangenen Jahren genauer untersucht haben, skizziert.

Nach der Beurteilung relevanter Literatur aus dem Entwicklungs- sowie kognitiven und klinischen Bereich und der daraus gezogenen Schlussfolgerung, dass für die Erzeugung von Empathie weniger durchdachte Fähigkeiten der Perspektivenübernahme, sondern vielmehr intakte affektive Systeme entscheidend sind, entwickelt Nichols (2001) das Konstrukt der „concern mechanisms“. Der „concern mechanism“ ist ein hypothetischer Prozess, der vermutlich durch die reine Attribution eines negativ affektiven oder hedonistischen Zustandes gegenüber einer anderen Person ausgelöst wird. Nichols (2001) postuliert, dass diese Attribution altruistische Motivation in der betreffenden Person erzeugt. Ein Beweis für diese Feststellung schließt das Faktum mit ein, dass Personen mit bekanntlich geringen Perspektivenübernahme-Fähigkeiten wie zum Beispiel Kleinkinder oder autistische Kinder, Anteilnahme empfinden, obwohl ihre Fähigkeiten, verständig auf die Lage einer anderen Person zu reagieren, mangelhaft ausgebildet sein können. Diese Mechanismen sprechen für die Vermutung, dass die korrekte Interpretation von Hinweisen auf die Sorgen anderer Menschen für gewöhnlich emotionale Prozesse (Empathie, Sympathie oder Anteilnahme) auslöst. Dies senkt die Wahrscheinlichkeit antisoziales und erhöht die Wahrscheinlichkeit prosoziales Verhalten zu zeigen. Ferner lassen die Mechanismen darauf schließen, dass die Fähigkeit, sorgenrelevante Hinweisreize richtig zu verarbeiten, mit niedrigen antisozialen und gesteigerten prosozialen Tendenzen einhergeht.

Die Verknüpfung zwischen Emotionserkennung (Wahrnehmung) und affektiver Empathie (Gefühl und Handlung) konnte sowohl mit Hilfe psychophysiologischer, als auch kognitiv-neurowissenschaftlicher Forschung nachgewiesen werden. Decety und Lamm (2006) interpretieren diese Verbindung dahingehend,

dass ein automatischer Wahrnehmungs-Handlungs-Mechanismus zu emotionaler Ansteckung führt. Studien mit Hilfe funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRI) (Wicker, Keysers, Plailly, Royet, Gallese & Rizzolatti, 2003) zeigen dass bei der Betrachtung eines Menschen, der Ekel empfindet, dieselben Hirnareale aktiviert werden wie bei der eigenen Erfahrung von Ekel, nämlich die anteriore Insula sowie der Bereich zwischen anteriorer Insula und frontalem Kortex.

Ein weiteres Exempel, das den Zusammenhang zwischen Emotionserkennung und Empathie verdeutlicht, wird am Beispiel der Psychopathie, die einen Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit bildet, erläutert. Für eine detaillierte Darstellung dieser Beziehung sei an dieser Stelle auf Kapitel 4.1 verwiesen, da an dieser Stelle zunächst eine detaillierte Beschreibung des Konzeptes und der Persönlichkeitseigenschaft Psychopathie erfolgt.

## 2.3 Psychopathie

Psychopathie (oder aktuell häufig auch *psychopathy*) ist eine Persönlichkeitseigenschaft, die abhängig von der Stärke ihrer Ausprägung, eine Teilkomponente der antisozialen Persönlichkeitsstörung darstellen kann. So definieren Butcher, Hooley & Mineka (2009) Psychopathie als einen

„Zustand, der die definierenden Merkmale einer antisozialen Persönlichkeitsstörung beinhaltet, darüber hinaus jedoch auch affektive und interpersonelle Merkmale wie Fehlen von Empathie, überhöhte Selbsteinschätzung und einen aalglatten, oberflächlichen Charme“ (Butcher et al., 2009, S. 818).

Mit einer Prävalenz von etwa einem Prozent in der Gesamtbevölkerung sind Psychopathen nach Hare (2003) für eine große Menge des Leids in der Gesellschaft verantwortlich, weshalb die Generierung eines besseren Verständnisses, der zugrunde liegenden Ursachen dieser Störung von Bedeutung ist.

### 2.3.1 Historische Entwicklung des Konzeptes Psychopathie

Erste Versuche Persönlichkeitsstörungen zu beschreiben und diese nosologisch einzuordnen erfolgten zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Europa und den USA ausgehend von der Beschreibung der „manie sans delire“ (1809) des Franzosen Philippe Pinel. Bereits hier wurde die Grundlage für die, wie sich später herausstellte, problematische Vermischung von Persönlichkeitsabweichungen mit sozialgesellschaftlichen Wertungen geschaffen. Ausgehend von der Beschreibung Pinels vertrat Morel (1857) die Theorie, Dissozialität würde durch ungünstige

Umweltbedingungen entstehen und sich dann aber weitervererben. Der italienische Psychiater Lombroso (1876) prägte daraufhin den Begriff des „geborenen Kriminellen“. Dieses Bild beeinflusste sowohl in Europa als auch in den Vereinigten Staaten von Amerika die Behandlung psychisch kranker Menschen maßgeblich und gipfelte im Dritten Reich in der Ermordung und Zwangssterilisation „gesellschaftsfeindlicher“ und „degenerativ-psychopathischer“ Menschen. Mit seiner Monographie über die „psychopathischen Minderwertigkeiten“ besetzte Koch (1891-1893) den Begriff Psychopathie – zunächst in Deutschland, später weltweit – als Oberbegriff für Persönlichkeitsstörungen. Er ging dabei von einer angeborenen psychopathischen Degeneration aus, die in einer organpathologisch modifizierten Gehirnkonstitution deutlich werde. Er unterschied Personen mit „angeborener psychopathischer Disposition“ und „angeborener psychopathischer Belastung“. Unter ersteren verstand er empfindsame und verletzbare Menschen („zartbesaitete Seelen“) unter letzteren fasste er verschiedenste Persönlichkeitstypen zusammen. Die populärste deutsche Literatur zu Persönlichkeitsstörungen ist das Werk „Die psychopathischen Persönlichkeiten“ von Kurt Schneider (1950), der zehn Persönlichkeitsstörungen postuliert. Er unterscheidet in seiner Monographie zwischen Persönlichkeitsstörungen unter denen Betroffene vielmehr selber leiden und solchen, bei denen Betroffene eher andere Personen beeinträchtigen. Mit seiner Klassifikation, die unter anderem auch einen starken Einfluss auf die Klassifikationssysteme ICD und DSM hatte, gelingt es Schneider, die soziologisch abwertende Begrifflichkeit der Persönlichkeitsstörung abzuschaffen, indem er Persönlichkeitsstörungen prinzipiell nicht für krankhaft, sondern für charakterologische Spielarten hält.

In den USA nahm Rush (1812) das Konzept der „manie sans delire“ auf und beschrieb Personen die Verwahrlosung, Aggressivität und mangelnde Rücksicht bei ungestörter Vernunft und ungestörtem Intellekt zeigten. In Bezug auf die soziale Devianz hat er im angloamerikanischen Raum mit einer Betonung der „moral alienation of mind“ und „perversion of moral faculties“ stark zu einem einseitigen Verständnis des Psychopathiebegriffs beigetragen. Davon ausgehend entwickelte er ein Konzept der Psychopathie, das sich auf soziale Abweichungen wie Aggressivität und mangelnde Rücksicht bei gleichzeitig ungestörtem Intellekt bezog. Rund 100 Jahre später plädierte Partridge (1930) dafür, den Begriff „Soziopathie“ für Persönlichkeitsstörungen, bei denen Dissozialität ein zentrales Merkmal darstellt, zu wählen. Cleckley (1941) formulierte schließlich als Erster in seinem Werk „The mask of sanity“ 16 Kriterien, die er für maßgeblich zur Beschreibung einer psychopathischen Person hielt und die als bedeutende Grundlage der heutigen wissenschaftlichen Erforschung von Psychopathie angesehen werden. Seine Kriterien reichen von oberflächlichem Charme, Unzuverlässigkeit, Unaufrichtigkeit, antisozialem Verhalten, Unfähigkeit aus Erfahrungen

zu lernen, pathologischem Egozentrismus, Mangel an tiefen Emotionen, Bindungsunfähigkeit und fehlender Anerkennung für besonderes Bemühen und entgegengebrachtes Vertrauen bis hin zu Unfähigkeit das eigene Leben zu planen und zu ordnen. Wie die Aufzählung von Cleckley (1941) bereits impliziert handelt es sich bei Psychopathie um ein mehrdimensionales Konstrukt, bei dem ein grundlegendes Defizit in der emotionalen Reaktion vorliegt. Basierend auf den von Cleckley 1941 formulierten Kriterien, unternahm Hare (1991) den Versuch, ein standardisiertes Maß für Psychopathie zu entwickeln, wobei er sich eng an Cleckleys Persönlichkeitseigenschaften orientierte und diese um beobachtbare Verhaltenskomponenten erweiterte. Beispielhaft anzuführen sind eine geringe Verhaltenskontrolle, Jugendkriminalität, ein Verstoß gegen Bewährungsauflagen oder ein parasitärer Lebensstil. Hare, Harpur, Hakstian, Forth, Hart & Newman (1990) merken an, dass eine stringente Trennung von Persönlichkeitseigenschaften und Verhalten in der Praxis nicht immer möglich ist und nicht alle Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltenskomponenten in allen Populationen zu finden seien, weshalb im Einzelfall eine getrennte Betrachtung der Persönlichkeitseigenschaften und des Verhaltens sinnvoll ist.

Im Anschluss an die Ausführungen zur historischen Entwicklung des Konzepts der Psychopathie wird im nächsten Abschnitt die Frage nach ihrer Dimensionalität skizziert.

### 2.3.2 *Psychopathie – ein mehrdimensionales Konstrukt*

Konsens herrscht in der Literatur darüber, dass Psychopathie ein mehrdimensionales Konstrukt ist, die Anzahl der Dimensionen ist jedoch umstritten. So teilen Hare und seine Kollegen (1990) Psychopathie in zwei Dimensionen auf: „Psychopathy Personality“ und „Antisocial Behavior“. Diese beiden Faktoren verdeutlichen die Persönlichkeitseigenschaft und die Verhaltenskomponente der Psychopathie und lassen sich mit Hilfe der Psychopathy Checklist Revised (PCL-R; Hare et al., 1990; Hare, 2003) erfassen. Neuere Studien kamen im Hinblick auf die Psychopathy Checklist zu einer drei-faktoriellen (Cooke & Mitche, 2001) beziehungsweise vier-faktoriellen Lösung (Hare, 2003). Einigkeit besteht dabei hinsichtlich der „interpersonellen“, der „affektiven“ und der „Lebensstil“-Komponente; dem Faktor „Kriminalität“ wird bei der Drei-Faktoren-Annahme keine eigene („antisoziale“) Dimension zugesprochen, obwohl davon ausgegangen wird, dass Menschen mit Psychopathie häufiger straffällig werden, da ihnen die Fähigkeit fehlt, sich in ein potentiell Opfer hineinzusetzen, ihr oft aggressives Verhalten zu kontrollieren und dafür die Verantwortung zu überneh-

men (Cookie & Mitchie, 2001; Hare, 2003). Zu unterscheiden sind Psychopathen, die antisoziales und kriminelles Verhalten zeigen im Gegensatz zu den sogenannten „white collar psychopaths“ (Hare, 1999), die nach außen einen unauffälligen und makellosen Eindruck machen und Macht über das Leben und Eigentum anderer begehren.

Lilienfeld und Andrews (1996) und Lilienfeld und Widows (2005) sowie Alpers und Eisenbarth (2008) schlugen sowohl für die englisch-, als auch die deutschsprachige Version des Psychopathy Personality Inventory (PPI) beziehungsweise PPI-R eine zweifaktorielle Lösung vor: „*Fearless Dominance*“ und „*Antisocial Impulsivity*“. Der Faktor Fearless Dominance setzt sich dabei aus den Subskalen Sozialer Einfluss, Furchtlosigkeit und Stressimmunität zusammen, der Faktor Antisocial Impulsivity aus Sorglose Planlosigkeit, Rebellenische Risikofreude, Machiavellistischer Egoismus und Schuldexternalisierung. Neuere Studien (zum Beispiel Benning, Patrick, Blonigen, Hicks & Iacono, 2005) konnten diese Dimensionen ausgehend von der englischsprachigen Version des PPI-R bestätigen.

Ausgehend von der vorangegangenen Deskription der Psychopathie werden nun Modelle, die ihre Entstehung und Aufrechterhaltung erklären sollen dargestellt.

### 2.3.3 Erklärungsmodelle der Psychopathie

Dem Terminus Psychopathie ist in den beiden gängigen Klassifikationssystemen, DSM-IV-TR (APA, 2000) und ICD-10 (WHO, 1991) keine eigene Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zugeschrieben, er ist jedoch mit den Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen assoziiert. Auf Basis dieser Überschneidungen schlägt Nedopil (1998) ein empirisch bestätigtes heuristisches Modell vor, gemäß welchem Psychopathie, neben der Tendenz, eine kriminelle Laufbahn einzuschlagen, aus antisozialen, histrionischen und narzisstischen Persönlichkeitsneigungen zusammengesetzt ist. Borchard, Gnoth und Schulz (2003) konnten die starke Überschneidung von Psychopathie mit der antisozialen (42%) und narzisstischen (25%) Persönlichkeitsstörung belegen.

Im folgenden Abschnitt werden drei wesentliche kognitive Modelle – im Sinne von Informationsverarbeitungsmodellen – skizziert, die versuchen, die funktionellen Beeinträchtigungen bei psychopathischen Menschen zu erklären.

### Das Violence Inhibition Mechanism Model (VIM)

Das *Violence Inhibition Mechanism Model* als Entwicklungs-Modell (Blair, 1995) betont insbesondere die Defizienz empathischer Funktionen bei psychopathischen Menschen. Im Laufe ihrer moralischen Entwicklung lernen Menschen in der Regel auf ängstliche und traurige Gesichter anderer Personen zu reagieren, was sich in aversivem Verhalten und einer inhibierten Angriffsneigung äußert. Dies setzt neben Aufmerksamkeit eine gesteigerte autonome Aktivität und eine Aktivierung des Bedrohungssystems im Hirnstamm voraus. Psychopathen weisen entsprechend Defizite im Erkennen ängstlicher und trauriger Gesichtsausdrücke oder Laute auf (Blair, Colledge, Murray & Mitchell, 2001; Blair, Mitchell, Richell, Kelly, Leonard & Newman, 2002) und zeigen reduzierte autonome Reaktionen, wenn sie mit der Not oder den Sorgen anderer Personen konfrontiert werden (Blair, 1999). Die Entstehung einer Psychopathie anhand des Violence Inhibition Mechanism Ansatzes erläutern Mitchell und Blair (2000) folgendermaßen:

“...it is biological make-up that determines whether individuals show emotional difficulties. However, these emotional difficulties are only risk factors for the development of the disorder. It is the individual’s adverse social environment that creates the conditions necessary for the development of psychopathy” (Mitchell & Blair, 2000; p. 357).

Der Violence Inhibition Mechanism wird laut Blair und Morton (1995) bei der non-verbalen Kommunikation von Kummer oder Sorgen aktiviert. Dieser Mechanismus gilt als Grundvoraussetzung für die Entwicklung dreier Moral-Aspekte: moralische Emotionen (wie Sympathie, Schuld, Reue und Empathie), Unterdrückung gewalttätiger Handlungen und moralische/sittliche Unterscheidung. Blair (1995) postuliert, dass Psychopathen einen Mangel an funktionellen „Gewalt-Inhibitions-Mechanismen“ aufweisen und folglich nicht negativ von Auslösereizen wie Kummer oder Sorgen beeinflusst werden können. Überdies können psychopathische Individuen (1) nicht zwischen moralischen und sittlichen Normen unterscheiden, (2) behandeln moralische Normen als ob sie konventionell wären - was unter gewissen Umständen dazu führen kann, dass für sie sowohl moralische als auch sittliche Regel-Überschreitungen zulässig sind und (3) erwähnen das Leid und die Unannehmlichkeiten, die sie ihren Opfern zufügen seltener als nicht-psychopathische Kontrollgruppen (Blair & Morton, 1995).

## Die Hypothese der Angst-Dysfunktion

Eine der meistvertretenen Meinungen (beispielsweise Cleckley, 1941; Gray, 1982; Patrick, 1994; Lykken, 1995) in Bezug auf eine emotionale Störung bei psychopathischen Menschen, ist, dass eine Störung des neurophysiologischen Systems, die das ängstliche Verhalten moduliert, vorliegt. Die Hypothese der Angst-Dysfunktion führt diese emotionale Beeinträchtigung psychopathischer Menschen auf ein Defizit im Angst-System, das durch eine eingeschränkte Funktion der Amygdala beeinflusst wird, zurück (Patrick, 1994). Psychopathen reagieren folglich nicht wie gesunde Menschen mit Angst auf Bestrafungen, was letztlich eine Vermeidung der dazu führenden Verhaltensweisen zur Folge hat, sondern zeigen dieses Verhalten weiterhin (Blair, 2005). Darüber hinaus konnten bei psychopathischen Menschen Beeinträchtigungen bei aversiver Konditionierung und passivem Vermeidungslernen (Lykken, 1957), bei autonomen Reaktionen in Folge antizipatorischer Angst (Hare, 1982) sowie bei einer Potenzierung des Blinzelreflexes auf bedrohende visuelle Stimuli (Levenston et al., 2000) nachgewiesen werden.

## Die Hypothese der Response Set Modulation (RM)

Ein drittes einflussreiches Modell zur Erklärung von Psychopathie ist die Hypothese der *Response Set Modulation* (RM) von Newman und Kollegen (Newman 1998; Patterson & Newman 1993). Response Modulation meint eine schnelle und relativ automatisierte Verlagerung der Aufmerksamkeit von der mühsamen Planung und Realisierung ziel-gerichteten Verhaltens hin zu seiner Bewertung. Diese Aufmerksamkeitsverlagerung ermöglicht die Aufnahme und gegebenenfalls Nutzung von Informationen, die für die eigentliche Reaktion unerheblich sind (Lorenz & Newman, 2002). Die Response Set Modulation ist folglich ein aufmerksamkeitsbasiertes Modell, gemäß welchem Impulsivität, geringe passive Vermeidung und Defizite in der Emotionsverarbeitung bei Menschen mit Psychopathie als eine misslungene Verarbeitung der Bedeutung von Information, die, bezogen auf ihren bewussten Aufmerksamkeitsfokus, unwichtig oder nebensächlich ist, zu verstehen sind (Lorenz & Newman, 2002). Newman (1998) betont in diesem Zusammenhang, dass nicht alle psychopathischen Individuen unfähig sind, ihr Verhalten zu regulieren, sondern, dass insbesondere die Selbstregulierung aufgrund des Mangels an den „verhältnismäßig automatisierten Prozessen“ (Newman, 1998) zur Handlungssteuerung, mit größerer Anstrengung verbunden ist. Eine Limitation der Hypothese der Response Set Modulation ist, dass sie in einer Zeit aufkam, in der viele interessante Paradigmen im Bereich

der Aufmerksamkeit entwickelt wurden. Aus heutiger Sicht ist abzuklären, inwiefern sie mit aktuellen Ansichten kompatibel ist (Blair et al., 2005).

Die Darstellung verschiedener Modelle und Theorien, die das Entstehen von Psychopathie zu erklären versuchen, ist erfolgt. Der folgende Abschnitt soll die Empathiefähigkeit psychopathischer Menschen genauer beleuchten.

#### 2.3.4 Empathie und Psychopathie

Wie in Abschnitt 2.2 erläutert, ist der Mensch als soziales Wesen meist darauf bedacht, seine Gedanken, Gefühle und Handlungen auf andere Menschen auszurichten (Batson, 1990). Daher ist empathisches Verhalten in sozialen Interaktionen und Gemeinschaften unabdingbar.

Eine bedeutungshaltige Komponente, die bei psychopathischen Menschen zu beobachten ist, ist ein abgeflachter Affekt („*deficient affect*“) (Hare et al., 1990). Der flache Affekt bewirkt, dass ein psychopathischer Mensch weniger stark emotional auf die Emotionen anderer Personen reagiert und einen eher gleichgültigen Eindruck vermittelt (Hare et al., 1990). So ist bei vielen Menschen mit Psychopathie ein Mangel an Empathie zu beobachten. Das bedeutet, dass sie nicht in der Lage sind, sich in die Gefühlslage anderer zu versetzen oder deren Perspektive zu übernehmen, selbst dann nicht, wenn sie selbst für das Leid eines anderen verantwortlich sind. Soderstrom (2003) spricht in diesem Kontext von einer „Empathie-Störung“ (*empathy disorder*), die spezifische Dysfunktionen in Bereichen wie Einfühlen, Emotion, Kohärenz und Kommunikation umfasst und mit Dysfunktionen im Kreislauf des „social brain“ verknüpft ist. Dies wiederum führt zu einer ungehinderten Entwicklung des Fehlverhaltens und psychosozialen Anpassungsproblemen. Ein etwas älterer Erklärungsansatz für die Verknüpfung von antisozialen Verhaltensweisen und fehlender Empathie stammt von Blair (1995). Bei gesunden Individuen führen wahrgenommene Ausdrücke von Distress bei anderen Menschen zu affektiven Reaktionen wie Empathie und Reue und inhibieren gleichzeitig aggressive Verhaltensweisen; hingegen reagieren Personen mit antisozialen Störungen nicht angemessen darauf. Ausgehend von neueren Studien postuliert Blair (2008a; 2008b), dass die beiden Komponenten der Empathie – kognitiv und affektiv – bei psychopathischen Personen intakt seien und lediglich die Verarbeitung angstvoller und trauriger Wörter gestört sei. Psychopathische Menschen besitzen nicht nur weniger Einfühlsamkeit hinsichtlich Trauer und Furcht (vgl. Kapitel 2.2.4 und Kapitel 2.3.3), sondern haben auch mehr Schwierigkeiten sich zu sozialisieren (Mitchell & Blair, 2000).

Wie bereits in Kapitel 2.2.4 und Kapitel 2.3.3 erwähnt, existieren Hinweise, dass Psychopathen eine verminderte Sensibilität gegenüber den Sorgen anderer

Menschen aufweisen. Weiter gehen Mitchell und Blair (2000) davon aus, dass die eingeschränkte Empathiefähigkeit bei psychopathischen Menschen in einem Zusammenhang mit der Funktionsweise der Amygdala steht. Bereits LeDoux (1998) bezeichnete dieses, für den neuralen Kreislauf der Emotionsvermittlung bedeutsame Hirnareal als „the emotional brain“ (vgl. Kapitel 2.1.2). Dieser Bereich des menschlichen Gehirns funktioniert bei Menschen mit Psychopathie bereits in jungen Jahren atypisch und führt letztlich zu einer emotionalen Störung. Insbesondere bei emotionalen Reaktionen auf traurige Gesichtsausdrücke ist die Amygdala involviert (Blair, Morris, Frith, Perrett & Dolan, 1999). Ihre Aktivierung ist dabei umso größer, je höher der Grad der Traurigkeit des Gesichtsausdrucks ist. Die Autoren (Mitchell & Blair, 2000) folgern daraus, dass ein wesentlicher Zusammenhang zwischen Empathie und der Amygdala-Funktion bestehen muss, weshalb bei Psychopathen vor allem die Prozesse gestört sind, die in unmittelbarer Beziehung zur Amygdala stehen. Somit ist eine Dysfunktion der Amygdala als Risikofaktor für die Entstehung einer Psychopathie nicht zu unterschätzen.

### Psychopathie und Theory of Mind

Wie bereits unter Kapitel 2.2.2 beschrieben ist der Zusammenhang zwischen kognitiver Empathie und der Theory of Mind in der Literatur umstritten. So liegen viele Studien vor, die explizit die Theory of Mind bei psychopathischen Menschen untersucht haben (beispielsweise Blair, Sellars, Strickland, Clark, Williams, Smith & Jones, 1996; Richell, Mitchell, Newman, Leonard, Baron-Cohen & Blair 2003; Dolan & Fullam, 2004; Blair 2005b). Diese kamen zu dem Ergebnis, dass bei Psychopathen zwar Defizite in der Empathie vorhanden sind, jedoch keinerlei Beeinträchtigung der Theory of Mind vorliegt. Mittels des von Baron-Cohen (2001) entwickelten „Reading the Mind in the Eyes Test“ bei dem die Probanden den mentalen Zustand einer Personen anhand der Augenregion beschreiben sollen, verglichen Richell und Kollegen (2003) die Fähigkeit der Perspektivenübernahme bei psychopathischen Personen mit der einer forensischen Kontrollgruppe. Dabei zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Stichproben. Die Autoren (Richell et al., 2003) begründen das Ergebnis mit der Gleichgültigkeit, mit der psychopathischen Personen ihren Mitmenschen gegenüberstehen, obgleich sie generell in der Lage wären, deren Perspektive einzunehmen.

Auch in Populationen mit antisozialen Tendenzen, die sie in „psychopaths“ und „non-psychopaths“ unterteilten und diversen Theory of Mind-Tests beziehungsweise mentalen Attributionsaufgaben unterzogen, konnten Dolan und

Fullam (2004) sowie Blair (2005b) nur wenige Hinweise auf Defizite in der Theory of Mind finden. Dies spricht gemäß Blair (2005b) für eine Unabhängigkeit der einzelnen Empathiekomponenten voneinander (vgl. Kapitel 2.2.2), da sich die Defizite insbesondere auf die emotionale Empathiekomponente beziehen. Richell et al. (2003) begründen diese Befunde neurobiologisch. Sie gehen davon aus, dass eine mögliche verminderte Aktivierung der Amygdala, die durch die Vermittlung von Emotionen indirekt auch an der Entstehung von Empathie beteiligt ist, durch andere Hirnareale kompensiert werden kann.

Dass psychopathische Menschen große Defizite im Bereich der emotionalen Empathie aufweisen, konnten zahlreiche Studien (vgl. Kapitel 2.3.4) belegen. Eine Beeinträchtigung der kognitiven Empathiekomponente beziehungsweise der Theory of Mind konnte hingegen keine Bestätigung erfahren (beispielsweise Richell et al., 2003, Dolan & Fullam, 2004; Blair, 2005b). Offensichtlich wurde in diesem Kontext bereits die Involviertheit der Amygdala und somit die Bedeutung der Emotionen bei der Entstehung von Empathie. Daran anknüpfend werden nun Befunde zur Emotionserkennung bei psychopathischen Personen vorgestellt. Darüber hinaus wird genauer auf den Aspekt der „Furchtlosigkeit“ in dieser Population eingegangen.

### 2.3.5 *Emotionserkennung bei psychopathischen Menschen*

Zahlreiche Studien berichten einen Zusammenhang zwischen Psychopathie und Defiziten in der Rekognition von Gesichtsausdrücken (zum Beispiel Hare, 1999; Blair et al., 2004; Blair et al., 2005; Eisenbarth et al., 2008), dennoch ist die Frage, ob psychopathische Menschen unfähig sind, die Emotionen in den Gesichtern ihrer Mitmenschen zu verstehen, in der Literatur umstritten. Mittels Meta-Analyse – basierend auf 22 Studien zu Emotionserkennung bei Psychopathen – konnten Wilson et al. (2011) eine Abhängigkeit der Ausprägung der Defizite vom Antwortstil (verbal versus non-verbal) nachweisen. So fielen die Defizite für die Emotionen Furcht, Traurigkeit und Ärger größer aus, wenn die Emotion verbal benannt werden sollte. Weiter detektieren die Autoren (Wilson et al., 2011) unabhängig vom Antwortstil geringe Defizite für alle sechs Basisemotionen. Sie schließen daraus, dass die Emotionserkennungsdefizite in psychopathischen Menschen dynamisch und von der Art des Antwortstils abhängig sind. Weiter indizieren die Befunde der Meta-Analyse keinen Einfluss des Alters oder der Herkunft der Population (zum Beispiel Forensik versus Allgemeinbevölkerung).

Eisenbarth et al. (2008) zeigen in einer Studie mit psychopathischen Frauen, dass bei psychopathischen Menschen nicht nur eine negativere Bewertung von Gesichtsausdrücken vorliegt, sondern ebenfalls ein niedrigeres Arousal. Weiter lassen die Ergebnisse von Eisenbarth et al. (2008) die Konklusion zu, dass psy-

chopathische Personen durch eine Missinterpretation von traurigen oder angstvollen Gesichtern als glücklich oder verärgert, nicht in der Lage sind, aggressives Verhalten zu unterdrücken. Richell et al. (2003) konnten belegen, dass bei Personen mit Psychopathie keinerlei generelle Störung der Theory of Mind vorliegt (vgl. Kapitel 2.3.4). Diese Annahmen werden von früheren Studien gestützt (z.B. Saß, 1988; Lykken, 1957, 1995), gemäß derer psychopathische Menschen in Gefahrensituationen weniger ängstlich reagieren als nicht-psychopathische Menschen. Neue Forschungsergebnisse (vgl. Fowles & Dindo, 2009) lassen neben der „*reactivity to fear*“ (Reaktivität gegenüber Furcht) auf ein weiteres Defizit bei erwachsenen psychopathischen Menschen schließen. Dieses besteht in einer geringfügig ausgeprägten Fähigkeit der Emotions- und Verhaltenskontrolle.

Die Verflachung der Gefühle bei Menschen mit Psychopathie im Vergleich zu Menschen ohne Psychopathie zeigt sich in verschiedenen physiologischen und psychologischen Korrelaten als Reaktion auf diverse emotionale Stimuli (vgl. Hare, 1978; Brantley & Sutker, 1984). So zeigen beispielsweise Christianson, Forth, Hare, Strachan, Lidberg und Thorell (1996), dass psychopathische Individuen in ihrer Gedächtnisperformanz zwischen negativen und neutralen Ereignissen unterscheiden und im Gegensatz zu nicht-psychopathischen Individuen, kein Vorteil zu Gunsten von negativen emotionalen Ereignissen besteht. Habel, Kühn, Salloum, Devos und Schneider (2002) stellen eine Dissoziation zwischen Selbst-Bericht und physiologischen Antworten fest.

Kosson, Suchy, Mayer und Libby (2002) postulieren keine generellen Defizite in der Emotionserkennung bei psychopathischen Menschen, sondern hauptsächlich für den Gesichtsausdruck Ekel. Außerdem sind spezifische Einflüsse sowie die Involviertheit der linken Hemisphäre ausschlaggebend. Die autonome Hyporeaktivität, die Psychopathen bei der Konfrontation mit ängstlichen Gesichtsausdrücken zeigen, führen die Autoren (Kosson et al., 2002) weniger auf die Unfähigkeit diese richtig zu interpretieren und zu benennen zurück, sondern vielmehr auf ein Defizit, eine angebrachte autonome Aktivität als Antwort darauf, einzuleiten. So finden beispielsweise Fairchild, Stobbe, van Goozen, Calder und Goodyer (2010) bei weiblichen Personen mit einer Störung des Sozialverhaltens Defizite in der Emotionserkennung für die Emotionen Ärger und Ekel. Eine Unterteilung derselben Stichprobe gemäß ihrer psychopathischen Ausprägungen weist für die hoch-psychopathische Subgruppe eine Benachteiligung bei der Erkennung der Emotion Trauer auf verglichen mit der niedrig-psychopathischen Subgruppe.

### Psychopathie und Furchtlosigkeit

Die immanente Furchtlosigkeit psychopathischer Menschen gehört zu den sichersten Annahmen innerhalb des Bereichs Psychopathie. Wie vorangehend

(vgl. Kapitel 2.2.4 und Kapitel 2.3.3) bereits erläutert, ist psychopathisches Verhalten auf ein fundamentales, durch die Amygdala vermitteltes, Defizit in Furchtlosigkeit zurückzuführen, das sozial konformes Verhalten untergräbt. Dieser Hypothese zufolge zeigen psychopathische Straftäter eine geringe Furcht-Konditionierung (Lykken, 1957), schwache elektrodermale Reaktionen bei der Erwartung aversiver Ereignisse wie laute Geräusche oder Elektroschocks (Hare, 1978), geringes passives Vermeidungslernen (Lykken, 1957; Newman & Kosson, 1986) sowie einen Mangel an *Startle Potenzierung* beim Betrachten unangenehmer versus neutraler Bilder (Levenston et al, 2000; Benning, Patrick & Iacono, 2005). Darüber hinaus existieren vorläufige Anhaltspunkte, dass psychopathische Straftäter während aversiver Konditionierungsverfahren weniger Amygdala-Aktivierung aufweisen als nicht-psychopathische Kontrollpersonen (Birbaumer, Veit, Lotze, Erb, Hermann, Grodd & Flor, 2005). Theoretiker (z.B. Patrick, 2001; Blair et al., 2005) haben diese Hinweise folgendermaßen gedeutet: *Primäre Psychopathie* beinhaltet ein grundlegendes Defizit in Furcht-Reaktivität und äußert sich beispielsweise in einer reduzierten defensiven Reaktivität gegenüber direkt und explizit dargeboten werden (Patrick, 2001). Diese Befunde wiederum indizieren eine Dysfunktion der Amygdala bei psychopathischen Menschen (Blair et al., 2005).

Die Response Set Modulation Theory (vgl. Kapitel 2.3.3) von Newman (Patterson & Newman, 1993; Newman & Lorenz, 2003; Newman, 1998) schlägt eine alternative, spezifischere Sichtweise auf das Konstrukt Psychopathie vor. Sowohl Defizite hinsichtlich der Furcht-Konditionierung als auch Defizite in Emotion und Verhalten, spiegeln eine Unzulänglichkeit psychopathischer Menschen bezüglich der Verarbeitung affektiver, inhibitorischer und anderer potentiell wichtiger Information wieder, sofern diese für ihr eigenes zielgerichtetes Verhalten nebensächlich ist (Patterson & Newman, 1993; Newman & Lorenz, 2003). Festzuhalten ist zudem die steigende Anzahl an Hinweisen, dass höhergeordnete kognitive Prozesse wie Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis die Amygdala-gesteuerten Antworten auf emotionale Auslösereize moderieren (vgl. Arnett, Smith & Newman, 1997; Davis & Wahlen, 2001). Die Studie von Newman, Curtin, Bertsch & Baskin-Sommers (2010) stützt diese Sichtweise und berichtet einen weit höheren Einfluss von Prozessen höherer Ordnung, als bislang angenommen. Die Autoren (Newman et al., 2010) sehen daher das Defizit in der Response Modulation als maßgeblichen Faktor für die eingeschränkte Furchtreaktion psychopathischer Personen an. Diese Befunde untermauern die These, die verminderte Reaktivität auf Angstreize und emotionale Auslösereize im Allgemeinen, finden bei Psychopathen ihre Veranlagung in der Aufmerksamkeit, wodurch ihr Verarbeitungsfähigkeit im Beug auf sekundäre Information einschränkt wird (Newman et al, 2010). Interessanterweise jedoch zeigen Psy-

chopathen bei der Konfrontation mit bedrohlichen visuellen Bildern – beispielsweise das eines Zähne fletschenden Hundes, einer ziel-gerichteten Waffe oder eines verstümmelten Körpers – dieselben elektrodermalen Reaktionen wie nicht-psychopathische Vergleichsgruppen (Levenston et al., 2000; Patrick et al., 1993). Dieses Ergebnis ist vor allem für diejenigen, die eine reduzierte Furcht und Ängstlichkeit in psychopathischen Populationen postulieren, überraschend (Lykken, 1995; Patrick, 1994).

Zusammenfassend bleibt somit die Frage offen, ob und inwiefern psychopathische Menschen ihre eigene Wahrnehmung realisieren können oder ob sie vielmehr versuchen sich entgegen ihrer Gefühle zu verhalten. Können sie das Verhalten anderer Menschen verstehen und nachvollziehen? Des Weiteren ist genauer zu untersuchen, ob und in welchem Ausmaß die beiden Empathiekomponenten beeinträchtigt sind und welche Folgen daraus für die Wahrnehmung der Betroffenen resultieren.

Die Frage, inwiefern sich soziale Ängstlichkeit auf die Emotionserkennung und Empathiefähigkeit auswirkt, wird im nachfolgenden Kapitel erläutert. Zuvor erfolgt eine detaillierte Beschreibung der sozialen Ängstlichkeit beziehungsweise sozialen Phobie.

## 2.4 Soziale Ängstlichkeit

Soziale Ängstlichkeit als ein Persönlichkeitskonstrukt ist eng verwandt mit dem Störungsbild der sozialen Phobie – auch Anthropophobie oder Soziale Angststörung genannt – und geht weit über Schüchternheit hinaus. Soziale Ängstlichkeit beschreibt eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen Situationen oder Leistungssituationen, welche aufgrund eines möglicherweise peinlichen oder demütigenden Verhaltens in diesen Situationen oft vermieden werden (American Psychiatric Association, 1994). Kernmerkmal ist dabei eine übertriebene und irrationale Angst vor negativer Bewertung durch andere. Mit ihren negativen Auswirkungen auf den Alltag kann die soziale Ängstlichkeit die persönliche und berufliche Entwicklung der Betroffenen erheblich beeinträchtigen (Fehm & Knappe, 2011).

### 2.4.1 *Soziale Ängste – vielfältige und weit verbreitete Persönlichkeitseigenschaften*

Soziale Ängste sind pleomorph. Deshalb besteht eine wesentliche Schwierigkeit im Umgang mit sozialen Angststörungen in der Abgrenzung von alltäglichen

(sogenannten subklinischen) sozialen Ängsten und pathologischen sozialen Ängsten. In einer Studie konnten Stein, Walker und Forde (1994) nachweisen, dass über 60% der Bevölkerungsstichprobe in mindestens einer sozialen Situation Angst empfindet. Aus diesem Grunde ist es wichtig, zu unterstreichen, dass die Ängste im Sinne einer sozialen Phobie zu einer deutlichen Beeinträchtigung der normalen Lebensführung im privaten beziehungsweise familiären und beruflichen Bereich führen und für die Betroffenen mit einem enormen Leidensdruck einhergehen. Neuere Befunde (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2009) zeigen einen Zusammenhang zwischen sozialen Angststörungen und massiven Beeinträchtigungen in der psychosozialen Funktionsfähigkeit. Dies äußert sich beispielsweise anhand von Problemen in der Partnerschaft und Ehe, Schwierigkeiten im Beruf oder einem niedrigen sozioökonomischen Status.

Als Auslöser wird ein vielschichtiges Bedingungsgefüge aus intraindividuellen und interindividuellen Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren angenommen. Soziale Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft erhöht das Risiko an psychischen Störungen wie zum Beispiel Abhängigkeitsproblemen, affektiven Störungen oder anderen Angststörungen zu erkranken (Fehm & Wittchen, 2004). Zudem besteht die Gefahr, dass sich eine soziale Phobie als psychische Störung entwickelt. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 7% bis 13% und 2% bis 4% für ein Einjahresintervall gehört die soziale Ängstlichkeit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, die zu deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktionsbereichen der betroffenen Person führt (Hofmann, Alpers & Pauli, 2008). Frauen sind mit einem 1,5- bis 2-fach höheren Risiko häufiger von einer sozialen Ängstlichkeit betroffen als Männer (Wittchen, 2000).

Zahlreiche Studien konnten belegen, dass sozial ängstliche Individuen mehr negative und selbst-ironische Kognitionen in sozial bedrohlichen Situationen zeigen, als gesunde Individuen (z.B. Clark & Wells, 1995; Hackman, Clark & McManus, 2000). Das kognitive Modell der sozialen Ängstlichkeit (vgl. Kapitel 2.4.2) verdeutlicht, dass sozial ängstliche Menschen, in sozialen Situationen in denen sie mit einer drohenden Gefahr konfrontiert werden, ihren Aufmerksamkeitsfokus nach innen auf negative selbst-bezogene Kognitionen richten, was letztlich zu einer stärkeren sozialen Ängstlichkeit und einem anschließenden Vermeidungsverhalten führt (Clark & Wells, 1995). In sozial gefährdevollen Situationen, wie zum Beispiel beim öffentlichen Sprechen, erhöhen negative Kognitionen die selbst-berichtete Ängstlichkeit der Personen, unabhängig von deren Trait-Ängstlichkeit (Schulz, Alpers & Hofman, 2008). Das bedeutet, dass sich Personen mit sozialer Ängstlichkeit meist für eine Vermeidung sozialer Interaktionen und anderer sozialer Situationen entscheiden und bereit sind, daraus resultierende negative Konsequenzen zu billigen, obwohl diese wiederum das alltägliche Leben der Betroffenen stark einschränken können.

Im nachfolgenden Abschnitt (Kapitel 2.4.2) sollen nun ausgehend von bisherigen Darlegungen, die pathologischen Ausprägungen der sozialen Ängstlichkeit, die soziale Phobie beschrieben werden

#### 2.4.2 *Beschreibung des Störungsbildes der sozialen Phobie*

Soziale Phobien sind sehr häufig auftretende psychische Störungen, die in ihrem Erscheinungsbild vielfältig und in der Praxis deutlich unterdiagnostiziert (Heidenreich, Noyon & Stangier, 2010) sind. Zentrales Merkmal ist dabei die Überzeugung, dass das eigene Verhalten oder körperliche Symptome von anderen als negativ oder peinlich bewertet werden (Stangier et al., 2009). Diese Überzeugung zeigt sich insbesondere in starken Gefühlen von Angst und Scham, körperlicher Anspannung und Vermeidungsverhalten. Das heißt, Betroffene vermeiden beispielsweise öffentliches Reden oder das Schreiben, Essen und Trinken vor anderen, da hierbei eine Konfrontation mit negativer Bewertung möglich ist. Die Ängste können dabei sowohl in Situationen, in denen das eigene Handeln von anderen beobachtet und bewertet werden könnte (Leistungssituationen), als auch in Interaktionssituationen, in denen eine wechselseitige Beziehung zwischen dem eigenen Verhalten und den Reaktionen anderer besteht auftreten (Stangier, et al., 2009). Neben öffentlichem Essen, Trinken, Schreiben und Reden werden als weitere denkbare Leistungssituationen Prüfungen, Äußern in Gesprächen mit anderen, Betreten eines Raumes, in dem bereits andere Personen sitzen, Spielen eines Musikinstruments oder aber Telefonieren in der Öffentlichkeit genannt (Brunello, den Boer, Judd, Kaspers, Kelsey, Lader, Lecrubier, Lepine, Lydiard, Mendlewicz, Montgomery, Racagni, Stein & Wittchen, 2000; Stangier et al., 2009). Als typische Interaktionssituationen führen Stangier et al. (2009) Unterhaltungen mit Fremden, Autoritätspersonen oder am Telefon, Besuche von Veranstaltungen (Meetings, Feiern), das Äußern der eigenen Meinung, Flirten oder Reklamationen in Geschäften an. Ferner sind soziale Ängste nicht ausschließlich an kritische Situationen gebunden, sondern treten auch im Vorfeld, vor kritischen sozialen Ereignissen (antizipatorische Angst) auf und können sich somit zu einer Angst vor der Angst potenzieren. Selten suchen die Betroffenen einen Arzt oder Psychotherapeuten primär wegen ihrer sozialen Ängste auf, sondern vielmehr wegen der daraus resultierenden Folgen wie zum Beispiel Einsamkeit, depressive Symptome oder Suchtverhalten, Versagensängste oder Überforderung (Stangier et al., 2009). Meist sind die Auslöser psychische Belastungen und Beeinträchtigungen, die mit Veränderungen der persönlichen Lebenssituation (beispielsweise neuer Arbeitsplatz, Beförderung, Umzug) einhergehen und neue Anforderungen an das Verhalten stellen (Wittchen & Beloch, 1996).

Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler (1996) fanden in einer Befragung heraus, dass nur etwa 15% bis 20% der Personen mit sozialer Phobie einen Arzt oder Psychotherapeuten und nur 5% eine ambulante psychotherapeutische Behandlung aufsuchen. Häufig haben die Betroffenen bereits einen langen Leidensweg hinter sich, wenn sie mit der Behandlung beginnen. Das Alter der Erstmanifestation einer sozialen Phobie liegt in drei Viertel der Fälle vor dem 16. Lebensjahr (Heidenreich et al., 2010). Der Verlauf ist in der Regel chronisch. Liegen weitere psychische Erkrankungen vor, verschlechtert sich der Zustand der Patienten mit der Zeit; nur selten ist eine spontane Besserung zu finden (Stangier et al., 2009).

Abgesehen davon erschweren Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen die Diagnostik der sozialen Phobie (Helbig & Petermann, 2008). So ist derzeitigen Schätzungen zufolge, bei 56% - 90% der Personen mit einer generalisierten sozialen Phobie, eine vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung nachzuweisen (Heidenreich & Stangier, 2002). Rund 60% der Betroffenen erfüllen die Kriterien einer weiteren Angststörung, ungefähr 41% leiden an einer affektiven Störung und knapp 40% an Alkoholabhängigkeit und Schlaflosigkeit (Stangier et al., 2009). Lediglich bei einem Fünftel der Personen mit sozialer Phobie lässt sich ausschließlich eine soziale Phobie nachweisen (Magee et al., 1996).

### Symptome der sozialen Phobie

Die Symptome der sozialen Phobie treten nach Stangier et al. (2009) *auf vier Ebenen* zu Tage: (1) Kognitive Ebene, (2) Emotionale Ebene, (3) Verhaltensebene und (4) Physiologische Ebene. Die *kognitive Ebene* steht dabei im Vordergrund und beinhaltet neben automatischen Gedanken Grundüberzeugungen, die mit einem negativen Selbstbild, Perfektionismus und einer erwarteten Abwertung einhergehen. Den inhaltlichen Kern der automatischen Gedanken bilden zwei Aspekte: Zum einen, die Überzeugung unakzeptables Verhalten oder unakzeptable Symptome zu zeigen und die damit verbundene Erwartung gesellschaftlich geltenden Bewertungsstandards nicht zu genügen, zum anderen die Überzeugung, dass andere dieses Verhalten oder diese Symptome wahrnehmen und deshalb zu einer negativen Bewertung kommen. *Zentrale emotionale Kennzeichen* der sozialen Phobie sind Angst und Schamgefühl. Wird hierbei zwischen Angst und Furcht unterschieden, sind bei sozial phobischen Menschen beide Reaktionsmuster zu beobachten: eine fluktuierende Angstreaktion, die von Kognitionen gesteuert wird sowie eine konstante intensive Furcht, die von einer starken physiologischen Erregung begleitet wird. Auch das Schamgefühl ist im Ver-

gleich zu Personen ohne soziale Phobie exzessiver ausgeprägt und wird vor allem durch eine massive Selbstabwertung verursacht, was letztlich zu einem verminderten Anpassungs- und einem gesteigerten Rückzugsverhalten führen kann. Daneben sind Verlegenheit, Sorgen und Verletzlichkeit sowie affektive Störungen (Depression) zu nennen. Häufig ist zu beobachten, dass sozial phobische Menschen ein sozial inadäquates Verhalten zeigen. Dies kann entweder auf eine überhöhte Selbstaufmerksamkeit, die Inhibition angemessener Verhaltensweisen oder auf mangelnde soziale Kompetenzen zurückgeführt werden. Auf *Verhaltenzebene* offenbart sich in bedrohlichen Situationen somit vielfach ein Vermeidungs- beziehungsweise Fluchtverhalten, das analog zur Verhaltenshemmung genetisch bedingt ist. Nicht selten resultiert aus diesem Verhalten eine Verhaltensblockade, das sogenannte „freezing“. Ein wesentliches Problem, das mit dem Vermeidungsverhalten oder Sicherheitsverhalten (eine Subform des Vermeidungsverhaltens) einhergeht, ist die Aufrechterhaltung der Angststörung, da eine Widerlegung der kognitiven Überzeugungen nicht möglich ist. Die vierte Ebene, die *physiologische Ebene*, unterliegt dem Einfluss vielerlei körperlicher Symptome wie Zittern, Schwitzen, Erröten, Muskelanspannung, Mundtrockenheit und Stottern, die von anderen Personen wahr genommen werden können und die die Betroffenen als äußerst stark und unangenehm erleben. Teilweise können diese vegetativen Symptome denen einer Panikattacke (beispielsweise Herzrasen und Schwindel) ähneln oder sich zu einer Panikattacke aufschaukeln.

## Historische Entwicklung und Definition

Anhand der vorangegangenen Abschnitte wird deutlich, dass soziale Phobie ein vielfältiges Störungsbild repräsentiert, das nicht leicht zu beschreiben ist. Diese Komplexität spiegelt sich auch in der Schwierigkeit, eine entsprechende Definition zu finden, wider. Obwohl Marks und Gelder bereits im Jahre 1966 den Versuch unternahmen, das Störungsbild der sozialen Phobie zu deskribieren, wurde sie erst 14 Jahre später in der dritten Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-III; APA, 1980) als eigene Störungskategorie innerhalb der spezifischen Störungen mit einem Schwerpunkt auf „performance situations“ aufgenommen. So definieren Marks und Gelder (1966) soziale Phobie als

„Phobias of social situations, expressed by variably as shyness, fears of blushing in public, of eating meals in restaurants, of meeting men or women, of going to dances or parties, or of shaking when in the center of attention“ (Marks & Gelder, 1966, p. 228).

In der revidierten Form (DSM-III-R; APA, 1987) wurde die Definition auf „Generalisierte Soziale Phobien“ ausgedehnt, die sich auf diverse sozialphobische Situationen erstrecken können, um schließlich im DSM-IV (APA, 1994) ihre Erweiterung und Spezifität für soziale und Leistungssituationen zu erlangen. Da soziale Phobien meist im Kindes- und Jugendalter beginnen und die gesamte Lebensspanne umfassen können, wurden die Kriterien für Kinder ergänzt um den Verlauf der Störung kontinuierlich und lückenlos beschreiben zu können. Des Weiteren wurde als Alternative zur sozialen Phobie der Begriff „Soziale Angststörung“ eingeführt um den jeweiligen generalisierten Erscheinungsformen der Störung besser Rechnung tragen zu können (Stangier et al., 2009). Zudem unterscheidet der DSM-IV (APA, 1994) beziehungsweise DSM-IV-TR (APA, 2000) zwischen einer generalisierten und einer nicht-generalisierten Form der sozialen Phobie. Die generalisierte Form bezieht sich auf beinahe alle sozialen Situationen, wohingegen bei der nicht-generalisierten Form nur in ein bis zwei konkreten Situationen wie zum Beispiel das Halten einer Rede in der Öffentlichkeit, starke Angst empfunden wird.

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten, ICD-10, beinhaltet die Störungskategorie der sozialen Phobie zum ersten Mal in ihrer 10. Revision (WHO, 1991) und weist weitestgehend starke Überschneidungen mit den Kriterien des DSM-IV (APA, 1994) auf. Gemäß der aktuellen ICD-10-WHO-Version (2011) wird die soziale Angststörung wie folgt definiert:

„Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zu Vermeidung sozialer Situationen führt. Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Hände zittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen äußern.“ (DIMDI-ICD-10-WHO-Version, 2011, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen. F. 40.1).

Das Aufzeigen ihrer historischen Entwicklung und die Definition der sozialen Angststörung sind hiermit erfolgt. Anschließend (Kapitel 2.4.3) werden Modelle und Ansätze die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer sozialen Phobie beitragen, erläutert.

### 2.4.3 Theorien und Erklärungsmodelle der sozialen Phobie

Im Hinblick auf die Ursachen, die zur Entstehung einer sozialen Phobie beitragen wurden in der vergangenen Jahrzehnten vielfältige Modelle und Theorien postuliert. Die Schwerpunkte der einzelnen Theorien beziehen sich dabei auf Faktoren, die die Entstehung einer sozialen Phobie (Vulnerabilitätsfaktoren oder

dispositionale Faktoren) begünstigen und solche, die für ihre Aufrechterhaltung sorgen. Insbesondere das kognitive Modell von Clark und Wells (1995) hat sich dabei als ein geeigneter Erklärungsansatz zur Aufrechterhaltung der sozialen Phobie qualifiziert. Im Folgenden werden die Theorien kurz skizziert sowie das kognitive Modell von Clark und Wells (1995) genauer erläutert.

### Lerntheorien

Hierzu zählen Konditionierungstheorien und Modelle zu sozialen Kompetenzdefiziten. Ausgehend von der Konditionierungstheorie Pawlows (1972) führt Salter (1949) soziale Ängste auf eine Hemmung des spontanen Gefühlsausdrucks und der Bedürfnisse zurück. Turner, Beidel und Townsley (1992) konnten nachweisen, dass Konditionierungsprozesse bei nicht-generalisierten sozialen Phobien (60%) häufiger zu finden sind als bei generalisierten (40%). In Anlehnung an die Lerntheorie entwickelten Trower, Bryant und Argyle (1978) das *Modell der sozialen Kompetenzdefizite*. Sie sahen dabei Defizite in den sozialen Fähigkeiten einer Person und damit einhergehende Probleme in sozialen Interaktionen als maßgeblich für die Entstehung einer Angst vor negativer Bewertung, die wiederum aus dem Nichterfüllen sozialer Anforderungen resultiert.

Dieser Ansatz ist jedoch umstritten, da zum einen soziale Kompetenzen an sich nicht messbar sind und zum anderen nicht alle Personen mit einer sozialen Phobie Defizite in ihrer sozialen Kompetenz aufweisen (Marks & Gelder, 1966). Aus diesem Grunde wird vielmehr davon ausgegangen, dass die sozialen Ängste zu einer Unterdrückung von sozial kompetentem Verhalten beitragen (Stangier et al., 2009).

### Bindungstheoretische und interpersonelle Theorien

Der bindungstheoretische (Bowlby, 1969) beziehungsweise interpersonelle (Benjamin, 1996) Ansatz gehen davon aus, dass die Entwicklung einer sozialen Phobie auf frühkindliche, problematische Beziehungserfahrungen, die durch einen ungünstigen Erziehungsstil der Eltern wie zum Beispiel ängstlich-protektiv, gleichgültiges oder ablehnendes Erziehungsverhalten verursacht werden, zurückzuführen ist. Ungeklärt ist hierbei die Frage, ob ein spezifischer oder genereller Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung einer unsicheren Bindung vorliegt (Bogels, van Oosten, Muris & Smulders, 2001).

### Psychodynamische Theorien

In psychoanalytischen Ansätzen der sozialen Phobie ist vor allem der Aspekt des Schamgefühls relevant. Scham wird in der Psychodynamik als Protektion gegenüber unerwünschten Einwirkungen aus der Umwelt gesehen (Joraschky, 1998). Additiv postuliert Bassler (1997) einen narzisstischen Perfektionismus sozial phobischer Menschen, der wiederum auf das soziale Umfeld übertragen wird.

### Entwicklungspsychologische Theorien

Entwicklungspsychologische Theorien basieren auf zwei wesentlichen Aspekten: Der biologischen Disposition sowie der Verhaltenshemmung und Schüchternheit. Aufgrund des frühen Auftretens sozialer Phobien und einer in Zwillingsstudien (Kendler, Karkowski & Prescott, 1999) nachgewiesenen Heritabilität von 30% bis 50% stellt die biologische Disposition eine wichtige Komponente in der Entstehung einer sozialen Phobie dar. Wie bereits in Kapitel 2.4.1 expliziert wurde, spielt die Verhaltensinhibition auf Verhaltensebene eine essentielle Rolle. Gemäß der Theorie der „behavioral inhibition“ (Kagan, Reznick & Snidman, 1988) wird sowohl auf neuartige Stimuli, als auch auf Stimuli, die auf Bestrafung oder Frustration schließen lassen, mit Flucht, Vermeidung beziehungsweise Verhaltenshemmung reagiert, was mit starken vegetativen Reaktionen verbunden ist. Schüchternheit ist eng verwandt mit dem Konzept der Verhaltenshemmung (Zimbardo, 1977) und meint ein stabiles, genetisch verankertes Persönlichkeitsmerkmal, das im Extremfall bis hin zu sozialen Ängsten reichen kann. Gemäß Stangier et al. (2009) können Verhaltenshemmung und Schüchternheit nicht als ursächlich für die Entstehung einer sozialen Phobie wohl aber als generelle Bereitschaft betrachtet werden.

### Neurobiologische und evolutionäre Theorien

Neurobiologische Forschung und mit ihr neurobiologische Theorien haben in jüngster Vergangenheit stark zugenommen. Dies gilt auch für den Bereich der Angststörungen (LeDoux, 2001). Vor allem dem limbischen System (vgl. Kapitel 2.1.2) sowie dem serotonergen Neurotransmitter-System werden in der Rekognition und Verarbeitung gefährvoller Stimuli eine entscheidende Rolle zugeschrieben. So ist davon auszugehen, dass eine Hypersensitivität der postsynaptischen Rezeptoren serotonerger Neurotransmitter besteht, welche die neuronalen Erregungsmuster vom Hirnstamm zur Amygdala und weiter zum frontalen Kor-

tex beeinflussen und folglich zu einer verstärkten Angstreaktion führen (vgl. Kapitel 2.1.2). Ob die Entstehung von sozialen Ängsten allerdings wesentlich auf das Neurotransmitter-System, das zum Beispiel auch im Zusammenhang mit Panikstörungen oder depressiven Störungen eine Dysfunktion aufweist, zurückzuführen ist, ist bisweilen umstritten (Stangier et al., 2009). Jüngste Befunde (Oler, Fox, Shelton, Rogers, Dyer, Davidson, Shelledy, Oakes, Blangero & Kalin, 2010) zeigen, dass die zentrale Kernregion der Amygdala und der anteriore Hippocampus als Schlüsselkomponenten des neuronalen Schaltkreises ängstliche Veranlagungen vorhersagen. Ferner postulieren die Wissenschaftler um Oler (Oler et al., 2010) eine signifikante Vererblichkeit bezüglich der metabolischen Aktivität derjenigen hippocampalen Regionen, die mit ängstlichem Temperament assoziiert sind. Für die Aktivität der relevanten Amygdala-Region konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Oler et al. (2010) ziehen daraus die Konklusion, dass, obwohl die beiden Hirnstrukturen eng miteinander verbunden sind, unterschiedliche Gen- und Umwelteinflüsse auf diese einwirken, die wiederum für ein ängstliches Temperament sowie das Risiko eine Angststörung oder Depression zu entwickeln, verantwortlich sind. Diese Ergebnisse werden beispielsweise auch von Bandelow, Charimo Torrente, Wedekind, Broocks, Hajak und Rüther (2004) belegt, die den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, Erziehungsstilen, psychischen Erkrankungen in der Familie sowie Risikofaktoren bei der Geburt und der Entwicklung einer sozialen Angststörung untersuchten. Die Autoren (Bandelow et al., 2004) kamen dabei zu dem Ergebnis, dass die Ätiologie sozialer Angststörungen multifaktoriell ist, wobei psychische Erkrankungen in der Familie und Trennungserfahrungen den größten Beitrag bei der Entstehung einer sozialen Phobie leisten.

Im Hinblick auf neurobiologische Einflüsse auf die Wahrnehmung von emotionalen Gesichtsausdrücken bei sozial phobischen Menschen, sei an dieser Stelle auf Kapitel 2.4.4 verwiesen.

## Kognitive Theorien

Wie Kapitel 2.4.1 und Kapitel 2.4.2 bereits implizieren sind negative Kognitionen, die auf das eigene Verhalten und die Bewertung des Selbst bezogen sind, bei sozialen Ängsten von großer Bedeutung. Die Besonderheit in der Aufmerksamkeit und Interpretation bezüglich sozialer Stimuli, Situationen und Ereignisse steht im Fokus der post hoc dargestellten Modelle:

- Das kognitive Modell von Beck
- Das kognitive Modell von Clark und Wells

### Das kognitive Modell von Beck

In ihrem kognitiven Modell zur sozialen Phobie gehen Beck, Emery & Greenberg (1985) davon aus, dass vor allem negative Erfahrungen und zu hohe Erwartungen in der frühen Adoleszenz, in der die sozialen Kompetenzen noch nicht vollständig ausgreift und entwickelt sind, und in den Übergängen zwischen einzelnen Entwicklungsphasen, die Entstehung einer sozialen Phobie fördern können. Des Weiteren stehen in Becks Modell neben *negativen Gedanken, konditionale Annahmen* – Wenn-dann-Verknüpfungen – und *unkonditionale Annahmen* – sogenannte Grundüberzeugungen – im Zentrum, als diese die negativen Kognitionen beeinflussen. Diese Annahmen besitzen in der Therapie der sozialen Phobien eine besondere Relevanz und stellen für den Therapeuten eine große Herausforderung dar, insofern, dass sie in der Regel generalisiert werden und einer unflexiblen Logik folgen. Nach Beck löst ergo eine (*aktuelle*) *Situation* wie zum Beispiel die Vorbereitung einer Präsentation für ein Seminar negative Gedanken aus („Die anderen werden mich auslachen, weil ich keinen Ton herausbringen werde“). Die negativen Gedanken werden von konditionalen Annahmen („Wenn meine Präsentation nicht perfekt wird, werden die anderen mich für unfähig halten“) beeinflusst, auf die wiederum Grundüberzeugungen („Ich bin ein Versager“) einwirken. Letztlich äußern sich die kognitiven Verarbeitungsprozesse auf drei Ebenen: *Emotion* (zum Beispiel Schamgefühl und Angst), *Physiologie* (zum Beispiel Angstsymptome wie Zittern, Schwitzen, Herzrasen) und *Verhalten* (beispielsweise Vermeidungs- oder Fluchtverhalten). Da die Bedeutsamkeit negativer kognitiver Schemata zur Vorhersage der Entstehung einer sozialen Phobie mittels empirischer Studien noch nicht hinreichend überprüft ist, wurde das Modell von Beck dahingehend modifiziert, dass Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse stärker fokussiert werden (Stangier et al., 2009).

### Das kognitive Modell von Clark und Wells

Auf der Basis des Modells von Beck et al. (1985) entwickelten Clark und Wells (1995) „die bislang umfassendste Konzeption der sozialen Phobie auf kognitiver Grundlage“ (zitiert nach Stangier et al., 2009, S. 29). Im Zentrum ihres Modells (vgl. Abbildung 3) steht die *kognitive Repräsentation des Selbst*, die mit einer *erhöhten Selbstaufmerksamkeit* einhergeht. Demnach konstruieren soziale Phobiker ein Bild von sich selbst, gemäß ihrer Vorstellung wie sie auf andere Personen wirken und wie andere sie sehen. Die Repräsentation erfolgt dabei meist akustisch und visuell und ist durch negative Erwartungen verzerrt. So stellt sich ein sozial phobischer Mensch beispielsweise vor, wie er bleich, unbeholfen,

mit Schweißperlen auf der Stirn und stammelnd vor einer Menschenansammlung steht, um eine Rede zu halten, und die Zuhörer über ihn lachen und flüstern wie bedauernswert sein Auftreten doch sei. Die *Selbstfokussierung der Aufmerksamkeit* ist bei Sozialphobikern stark ausgeprägt und äußert sich in nachhaltigem self-monitoring, das heißt, sie beobachten ständig ihr eigenes Verhalten auf mögliche Fehler und Peinlichkeiten hin was letztlich zu einer *Fehlattribution* der Angstsymptome führt. Diese Fehlattribution von Angstsymptomen attribuieren sozial phobische Personen wiederum als Indiz für eine negative Bewertung durch ihre Mitmenschen und konkludieren damit ex-*consequentia*. Häufig entsteht hieraus ein Teufelskreis für die Betroffenen, da sich physiologische Exaltation und Fehlattribution in einem positiven Feedback-Mechanismus gegenseitig verstärken (Clark, 1995b, nach Stangier et al., 2009) und durch eine Aktivierung des sympathischen Nervensystems zu einer Intensivierung der körperlichen Symptome führen können. Anders als in Vorläufermodellen sehen Clark und Wells (1995) in ihrem Modell soziale Fertigkeiten nicht als einen zentralen Aspekt an, der zur Entstehung einer sozialen Phobie beiträgt, sondern vielmehr als ein Resultat des *Sicherheitsverhaltens* (*safety behaviors*). Mit Hilfe von Sicherheitsverhaltensweisen versuchen sozial phobische Menschen ihre Angst in kritischen Situationen, die sie nicht umgehen können, zu reduzieren und gleichzeitig negative Bewertungen durch andere zu verhindern (Clark, 1995a, nach Stangier et al., 2009). Insgesamt werden fünf Formen von Sicherheitsverhalten unterschieden (zitiert nach Stangier et al., 2009, S. 29):

- Antizipatorisch: Übermäßige Vorbereitung auf eine Situation, um eine akzeptable Leistung zu zeigen, oder Versuche zur Reduktion von Angst (z.B. durch Alkohol)
- Versuche, das Auftreten der befürchteten Körpersymptome zu verhindern (bei Angst vor Schwitzen z.B. durch Kühlen)
- Versuche, die befürchteten Symptome zu verstecken (bei Angst vor Erröten z.B. durch Tragen von Make-up)
- Versuche, negativer Bewertung vorzubeugen (z.B. Schwitzen durch Hitze zu entschuldigen)
- Versuche, das eigene Verhalten oder die eigene Wirkung auf andere zu kontrollieren (z.B. durch eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit)

Ferner stellen die antizipatorische sowie die nachträgliche Verarbeitung zwei wesentliche Komponenten in dem Modell von Clark und Wells (1995) dar (vgl. Abbildung 3).

Unter *antizipatorischer Verarbeitung* werden automatische Gedanken, Sorgen und Befürchtungen verstanden, die sich die Betroffenen bereits lange Zeit im

Voraus machen und detailliert ausmalen und die oft zu entsprechendem Maßnahmen des Sicherheitsverhaltens oder gar einer Vermeidung der Situation führen. Lässt sich eine soziale Situation nicht vermeiden, liegt der Aufmerksamkeitsfokus der Betroffenen ganz bei ihnen und sie sind sich einer negativen Bewertung und Blamage ganz sicher. Im Gegensatz dazu bezieht sich die nachträgliche Verarbeitung auf die automatischen Gedanken nach einem Ereignis, wobei das Ereignis mit all seinen Gefühlen, Bildern und Empfindungen gedanklich noch einmal durchgegangen wird. Die Schwierigkeit besteht hier – wie auch bei der antizipatorischen Verarbeitung – in der negativen Verzerrung der Eindrücke, die mit früheren ähnlichen Situationen verglichen werden. In der Regel führt ein Vergleich der Eindrücke zu dem Schluss, sich ein weiteres Mal unangemessen und peinlich verhalten zu haben.

Das Modell wurde anhand zahlreicher empirischer Studien überprüft und konnte in seinen Hauptmerkmalen bestätigt werden (vgl. Alden & Beiling, 1998; Amir, Foa & Coles, 1998; Hackman, Surawy & Clark, 1998; Mansell & Clark, 1999; Hackman et al., 2000; Mellings & Alden, 2000; Chen, Ehlers, Clark & Mansell, 2002).

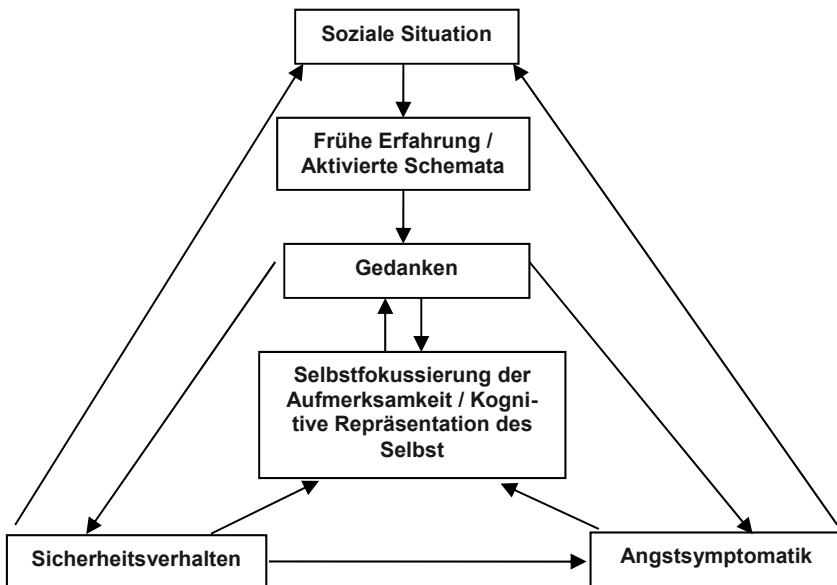


Abbildung 3: Kognitives Modell der sozialen Phobie nach Clark und Wells (1995)

### Das kognitiv-behaviorale Modell von Rapee und Heimberg (1997)

Rapee und Heimberg (1997) gehen in ihrem kognitiv-behavioralen Modell davon aus, dass sozial phobische Personen ihre Mitmenschen als äußerst kritisch betrachten und aber ständig darauf bedacht sind, von diesen positiv bewertet zu werden. Bei sozialen Ereignissen konzentrieren sie sich deshalb meist auf zwei Aspekte: zum einen auf, wie sie meinen, hervorstechende, negative Seiten ihrer Person und zum anderen auf negative Bewertungen aus ihrem Umfeld. Die Wahrscheinlichkeit einer negativen Beurteilung durch das Umfeld hängt dabei von der Diskrepanz zwischen der perzipierten Bewertung und den angenommenen Standards der Zuschauer ab. Die prophezeite negative Beurteilung führt zu Angst, die ihrerseits wiederum die mentale Repräsentation, die die Betroffenen von sich selbst haben negativ beeinflusst.

### Ein integratives Modell der sozialen Phobie: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Auf Basis der vorab skizzierten Theorien vereint das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (vgl. Abbildung 4) einzelne Annahmen und Grundlagen und integriert diese in einem Vulnerabilitätsmodell der sozialen Phobie (vgl. Stangier et al., 2009). Dabei werden vier Komponenten als ursächlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer sozialen Phobie angesehen:

- Auslösende Faktoren
- Psychologische Vulnerabilitäten
- Biologische Vulnerabilitäten
- Aufrechterhaltende Faktoren

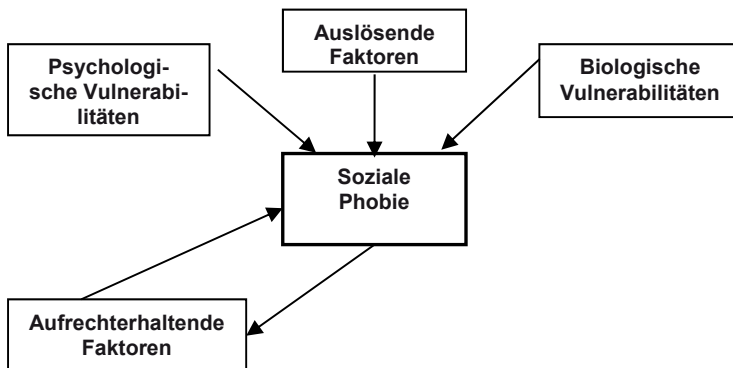


Abbildung 4: Vereinfachtes Vulnerabilitätsmodell zur sozialen Phobie

Gemäß den Autoren (Stangier et al., 2009) existieren auslösende Faktoren wie kritische Lebensereignisse, erhöhte soziale Anforderungen oder soziale „Traumata“, die zusammen mit psychologischen (zum Beispiel Grundüberzeugungen, Kompetenzdefizite, Bindungsstil, Perfektionismus) und biologischen Vulnerabilitäten (zum Beispiel Amygdala-Dysfunktion, Neurotransmitter, Verhaltenshemmung, preparedness) zur Entwicklung einer sozialen Phobie beitragen können. Faktoren wie kognitive Verzerrungen, erhöhte Selbstaufmerksamkeit, Sicherheits- oder Vermeidungsverhalten wirken auf die soziale Phobie, die mittels Rückkopplung ihrerseits wieder auf die aufrechterhaltenden Faktoren einwirkt, und tragen somit zu deren Aufrechterhaltung bei.

Hiermit ist die Darstellung diverser Erklärungsansätze und Theorien zur sozialen Phobie erfolgt. Im Anschluss werden Befunde zur Emotionserkennung bei sozialen ängstlichen und sozial phobischen Menschen erläutert (Kapitel 2.4.4).

#### 2.4.4 *Die Auswirkungen sozialer Ängstlichkeit auf die Emotionserkennung*

Bisherige Studien (z.B. Öhman, Dimberg & Öst, 1985; Tillfors, Furmark, Marteinsdottir, Fischer, Pissioti, Långström & Fredrikson, 2001; Furmark, Tillfors, Marteinsdottir, Fischer, Pissioti & Langstrom, 2002; van Peer, Spinhoven, van Dijk & Roelofs, 2009) auf der Basis bildgebender Verfahren haben gezeigt, dass Personen mit einer sozialen Angststörung besonders auf ärgerliche und aggressive Gesichter mit starker Ablehnung und negativer Bewertung reagieren, was mit einer erhöhten Aktivierung der Amygdala einhergeht. Somit könnte eine niedrigere Erregungsschwelle neuronaler Angstschaltkreise sowie eine damit verbundene leichtere Konditionierbarkeit als ursächlich für soziale Phobien angesehen werden (Hermann, 2002), da Personen mit sozialer Phobie neutrale soziale Stimuli als bedrohlich wahrnehmen. Öhman et al. (1985) erklären die Bereitschaft sozial phobischer Menschen, auf aggressive Gesichter mit Angst zu reagieren, mit Hilfe einer phylogenetisch bedingten „preparedness“. Sie gehen in ihrer evolutionstheoretisch-basierten Sichtweise davon aus, dass die „preparedness“ die Überlebenschancen erhöht, indem sie niedrig gestellten Gruppenmitgliedern eine flexible Anpassung an sich verändernde Hierarchiestrukturen ermöglicht. Übertragen auf sozial phobische Menschen bedeutet dies, eine Disposition, auf aggressive, ärgerliche oder kritische Gesichtsausdrücke mit Rückzugs- und Vermeidungsverhalten zu reagieren (Öhman et al., 1985).

Neuere Studien (beispielsweise Montagne, Schutters, Westenberg, van Honk, Kessels und de Haan, 2006; Bell, Bourke, Colhoun, Carter, Frampton & Porter, 2011) detektieren neben Ärger eine generell niedriger ausgeprägte Sensibilität für negative Gesichtsausdrücke (Angst, Ekel und Trauer) bei Personen mit

einer generalisierten sozialen Angststörung. Die schlechteste Leistung zeigte sich dabei für Ärger und Ekel. Für die positiven emotionalen Gesichtsausdrücke Freude und Überraschung liegen hingegen keine Unterschiede im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden vor (Montagne et al., 2006). Die Autoren (Montagne et al., 2006) versuchen diese Befunde, in Anlehnung an das kognitive Modell von Clark und Wells (1995), wie folgt zu erklären: Soziale Phobie könnte als Konsequenz des Defizits in der Emotionserkennung entstehen, was nahelegen würde, dass ein spezifisches Defizit in der Emotionserkennung der sozialen Angststörung an sich unterliegen könnte. Die Unfähigkeit ärgerliche oder angeekelte Gesichter zu erkennen könnte somit in einem Mangel an Selbstvertrauen resultieren. Der Mangel an Selbstvertrauen könnte demnach eine Rolle bei der Entstehung einer sozialen Angststörung spielen, da sozial phobische Menschen glauben, schwach ausgeprägte soziale Fertigkeiten zu besitzen und eine größere Diskrepanz hinsichtlich der Selbst- und Fremdbewertung ihrer Leistungen aufweisen, als Personen ohne soziale Phobie. Dieser Ansatz verdeutlicht jedoch nicht, weshalb sozial phobische Menschen bei anderen emotionalen Gesichtsausdrücken nicht auch mit weniger Sensibilität reagieren. Eine neurophysiologische Studie mit Event-Related-Potentials (ERPs) (Tempesta, Riccardi, Stratta, Marrelli, Aloisi, Cerroni & Rossi, 2008) zeigt signifikante Differenzen in der Amplitude zwischen positiven und negativen emotionalen Ausdrücken auf.

In einer aktuellen Rezension basierend auf 40 Studien aus den Jahren 1995 bis 2009 beschreiben, vergleichen und diskutieren Machado-de-Sousa, Arrais, Alves, Chagas, Meneses-Gaya, de S. Crippa & Hallak (2010) bislang angewendete Methoden, um die Verarbeitung emotionaler Gesichter bei sozial ängstlichen Personen zu untersuchen. Sie detektieren dabei einen hohen Grad an Konkordanz hinsichtlich der eingesetzten Aufgaben und Stimuli. Weiter konnten Sie eine beträchtliche Übereinstimmung der Ergebnisse verschiedener Studien nachweisen, gemäß denen soziale Ängstlichkeit durch einen negativen Bias beeinflusst wird. Das bedeutet, betroffene Personen haben die Tendenz, eine sonderbare Verarbeitung von Bildern auf denen negative Gesichtsausdrücke abgebildet sind, zu offenbaren. Hierbei scheint das Hypervigilanz/Vermeidungs-Modell von Garner, Mogg und Bradley (2006) die zufriedenstellendste Antwort auf die Frage, ob bei sozial ängstlichen Menschen die Verarbeitung emotionaler Gesichter gestört oder beeinträchtigt ist, zu geben. Das Modell basiert auf der Annahme, sozial ängstliche Personen sind durch eine frühe Hypervigilanz gegenüber emotionalen Gesichtern und einer unmittelbar darauffolgenden Vermeidung dieser Reize, die anschließend als bedrohlich wahrgenommen werden, charakterisiert. Eine weitere wichtige Erkenntnis der Wissenschaftler (Machado-de-Sousa, et al., 2010) besteht in der Ähnlichkeit der Resultate zwischen nicht-klinischen Stichproben mit sozialer Ängstlichkeit und sozial phobischen im

klinischen Sinne. Diese Feststellung spricht für die Auffassung, soziale Ängstlichkeit entsteht vielmehr als ein Kontinuum des Schweregrades und weniger als eine klar umschriebene nosologische Entität (Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius & Frederikson, 2000).

Eine nicht-klinische Studie mit hoch und niedrig sozial ängstlichen Personen unterstreicht die Auffassung, soziale Ängstlichkeit ist bei der Einstufung von Angst, nicht aber von Ärger involviert (Richards et al., 2002). So zeigen hoch trait-ängstliche Personen erwartungsgemäß eine höhere Sensibilität für die Emotion Angst als niedrig trait-ängstliche. Des Weiteren ordneten die Probanden ambivalente Gesichtsausdrücke häufiger der Emotion Angst zu. Unter der Kondition der Stimmungs-Manipulation wird dieses Resultat repliziert. Die verstärkte Zuordnung von Gesichtern als verärgert, war in stressvollen Situationen, welche mit Hilfe der Stimmungs-Manipulation herbeigeführt wurden, sowohl in der Subgruppe der Hoch-Ängstlichen, als auch in der Subgruppe der Niedrig-Ängstlichen offensichtlich. Die Trait-Ängstlichkeit hatte hierbei keinerlei abschwächenden Einfluss auf die Klassifikation von Gesichtsausdrücken als verärgert. Differenzen zwischen Hoch- und Niedrig-Trait-Ängstlichen bestehen unter der Bedingung Stimmungs-Manipulation für die Emotion Freude, zugunsten der Niedrig-Trait-Ängstlichen und für die Emotion Ärger, zugunsten der Hoch-Trait-Ängstlichen. Die Autoren (Richards et al., 2002) folgern daraus, dass ängstliche Gesichter, im Gegensatz zu verärgerten, nicht unmittelbar als bedrohlich empfunden werden und dass Stimmungs-Manipulation, nicht aber State-Ängstlichkeit an sich die Klassifikation von Gesichtsausdrücken als verärgert oder angstvoll beeinflusst. Van Peer et al. (2009) postulieren in diesem Kontext, auch in Studien zur Verarbeitung von Emotionen bei Personen mit sozialer Phobie stets den Schweregrad der Erkrankung zu berücksichtigen.

Im vorherigen Abschnitt (Kapitel 2.4.4) erfolgte die Darstellung der Auswirkungen von sozialer Ängstlichkeit auf das Erkennen emotionaler Gesichtsausdrücke. Als Abschluss (Kapitel 2.4.5) wird der bislang nur wenig untersuchte Zusammenhang zwischen sozialer Ängstlichkeit und Empathie umrissen.

#### 2.4.5 Soziale Ängstlichkeit und Empathie

Im Zusammenhang mit Empathie wurde soziale Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft oder klinisch relevantes Störungsbild bislang nur wenig untersucht. Trotz umfassender Recherche konnten kaum veröffentlichte Studien in diesem Kontext gefunden werden. Nachfolgend werden zwei neuere Studien, die eine Verbindung zwischen sozialer Ängstlichkeit und der Theory of Mind (vgl. auch Kapitel 2.2.2) nachweisen konnten, skizziert.

Tibi-Elhanany & Shamay-Tsoory (nach Shamay-Tsoory, 2009) detektieren mittels “Eyes Gaze Task” anhand derer sie die kognitive und affective Theory of Mind bei hoch sozial ängstlichen Personen zu dissoziieren versuchten, einen starken Zusammenhang zwischen sozialer Ängstlichkeit und affektiver Theory of Mind sowie einen etwas schwächeren mit kognitiver Theory of Mind.

Für einen Zusammenhang zwischen Fähigkeiten bezüglich der Theory of Mind und Emotionsrekognition, sozialer Kompetenz sowie sozialer Ängstlichkeit plädieren Ribeiro und Fearon (2010). Die Fähigkeit mentale Zustände anderer zu erfassen setzt ein Augenmerk für feinsinnige Kommunikationssignale wie zum Beispiel emotionale Ausdrücke im Allgemeinen und negative Expressionen im Besonderen, als essentielle Fertigkeiten für eine erfolgreiche soziale Interaktion voraus. Ist die Theory of Mind nur geringfügig ausgeprägt, so sind nach Ribeiro und Fearon (2010) auch die Fähigkeiten in Emotionserkennung und sozialer Kompetenz beeinträchtigt und die Wahrscheinlichkeit für eine soziale Ängstlichkeit steigt.

Ausgehend von den bisherigen Ausführungen stellt sich die Frage nach der Ausprägung der kognitiven und affektiven Komponente der Empathie bei sozial ängstlichen Personen, sowie deren Einfluss auf das Erleben und Verhalten der Betroffenen. Ziel dieser Arbeit ist es daher, Empathiefähigkeit und emotionale Defizite bei sozial ängstlichen Menschen genauer zu überprüfen.

## **2.5 Die Beziehung der beiden Persönlichkeitsmerkmale zueinander und Formulierung von Forschungsdesideraten**

In den vergangenen Jahrzehnten konnten zahlreiche Studien den negativen Zusammenhang zwischen Psychopathie und Ängstlichkeit belegen (vgl. Lykken, 1995; Patrick, 1994; Verona, Patrick & Joiner, 2001). Schmitt und Newman (1999) wiederum postulieren eine Unabhängigkeit der beiden Persönlichkeitsmerkmale, Psychopathie und soziale Ängstlichkeit, voneinander. Andere Studien fanden eine positive Korrelation zwischen Ängstlichkeit und antisozialem Verhalten bei Kindern (z.B. Pine, Cohen, Cohen & Brook, 2000; Marmorstein, 2006) und Erwachsenen (Robins, Tipp & Pryzbeck, 1991; Sareen, Stein, Cox & Hassard, 2004). Mit anderen Worten: ein höheres Angstniveau geht mit einem höheren Grad an antisozialem Verhalten einher. Blair et al. (2005) sehen den Grund für diese kontroversen Ergebnisse in der jeweiligen Beziehung von Psychopathie und Ängstlichkeit mit antisozialem Verhalten. So tragen Blair et al. (2005) zufolge zwei Gruppen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von stark ausgeprägtem antisozialem Verhalten: Zum einen psychopathische Personen mit geringer Ängstlichkeit und zum anderen hoch-ängstliche, nicht-psychopathische,

Personen. Tillfors, El-Khoury, Stein & Trost (2009) detektieren in einer Studie mit männlichen Jugendlichen, dass im Falle einer generalisierten sozialen Angststörung entgegen ihrer Annahme, antisoziale Verhaltenstendenzen anstelle der vermuteten empathischen Fähigkeiten mit den Angstsymptomen einhergehen. Sie (Tillfors et al., 2009) konnten bei einer generalisierten sozialen Angststörung generell eine erhöhte Wahrscheinlichkeit feststellen, komorbide Symptome wie störende problematische Verhaltensweisen beziehungsweise eine depressive Symptomatik zu entwickeln. Wird die Unterscheidung zwischen Psychopathie erster (ausnützerisch) und zweiter (impulsiv) Dimension (vgl. Hare et al., 1990) zur Klärung herangezogen, so wird traditionell davon ausgegangen, dass Psychopathie der ersten Dimension von vererbten affektiven Defiziten untermauert ist, wohingegen Psychopathie der zweiten Dimension eine durch die Umwelt bedingte affektive Störung widerspiegelt (Coid & Ullrich, 2010). Bereits Karpman (1941, 1948) beschrieb Psychopathen, die der ersten Dimension zuzuordnen sind, als niedrig-ängstlich, Psychopathen, die unter die zweite Dimension fallen dagegen als hoch-ängstlich. Hettema, Neale & Kendler (2001) stellten die Hypothese auf, die Komorbidität zwischen Ängstlichkeit und antisozialen Diagnosen ist in der Vererbung besonderer Genotypen begründet, die sowohl das Risiko für antisoziale Störungen, als auch für Angststörungen übertragen. Coid und Ullrich (2010) und Ullrich und Coid (2010) berichten, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung doppelt so viele Personen mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung an einer Angststörung leiden. Bestanden bei den Personen mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung in den vergangenen Jahren zusätzlich nervliche oder emotionale Probleme aufgrund derer sie sich in Behandlung begeben hatten, stieg der Prozentsatz der Probanden mit komorbider Angststörung auf 70% an. Darüber hinaus war die Angststörung mit zunehmendem Schweregrad des labilen Verhaltens unabhängig assoziiert (Ullrich & Coid, 2010). Letztlich konnte in der Literatur die Frage nach dem Zusammenhang von Psychopathie und Ängstlichkeit bislang noch nicht zufriedenstellend geklärt werden.

Deutlich werden, trotz oder gerade wegen der Gegensätzlichkeit der beiden Persönlichkeitskonstrukte, Psychopathie und soziale Ängstlichkeit, dass sowohl psychopathische als auch sozial ängstliche Personen einen gewissen Mangel an Empathie aufweisen und insbesondere negative Emotionen sehr intensiv wahrnehmen. Inwiefern die Wahrnehmung dabei durch verzerrte Kognitionen beeinträchtigt und somit verfälscht wird, ist bislang noch ungeklärt. Inwiefern verhalten sich sozial ängstliche Menschen konträr zu psychopathischen? Sind die Überschneidungen der beiden Persönlichkeitseigenschaften doch größer als bislang angenommen? Mit der vorliegenden Arbeit soll diesen Fragen gezielt nachgegangen werden.

In den vorangestellten Kapiteln (Kapitel 2.1 bis Kapitel 2.4) wurden ausgehend von begrifflichen Definitionen die Entwicklungslinien der psychologischen Emotions- und Empathieforschung skizziert. Dabei wurde gezeigt, dass im Gegensatz zu normativen Disziplinen Emotion und Empathie in der empirischen Disziplin Psychologie anders verstanden werden. Emotion und Empathie werden in der empirischen Psychologie zum einen als soziale Konstrukte in Abhängigkeit von Person, Situation, sozialem Kontext, et cetera konzeptualisiert, die inter- und intraindividuelle Varianz aufweisen und zum anderen als relationales Konstrukt, das individuellen und sozialen Maßstäben unterliegt. Im Hinblick auf Psychopathie und soziale Ängstlichkeit werden im Folgenden aus den theoretischen Ausführungen der vorherigen Kapitel Forschungsdesiderate für die empirische Psychologie und insbesondere für die Emotions- und Empathieforschung abgeleitet.

Die Forschung, die bisher im Bereich der Psychopathie und sozialen Ängstlichkeit erfolgt ist, liefert zahlreiche Erkenntnisse über die Charakteristika der beiden Konstrukte (vgl. Kapitel 2.3 und Kapitel 2.4). Konsens besteht darüber, dass sowohl psychopathische als auch sozial ängstliche Menschen eingeschränkte Fähigkeiten im Sozialverhalten (zum Beispiel in der sozialen Interaktion) sowie hinsichtlich ihrer sozialen Kompetenzen aufweisen (vgl. Trower et al., 1978; Mitchell & Blair, 2000; Stangier et al., 2009; Ribeiro & Fearon, 2010). Weiter zeigen psychopathische Menschen in der Regel eine stark ausgeprägte Furchtlosigkeit (beispielsweise Lykken, 1957; Patterson & Newman, 1993; Newman & Lorenz, 2003; Newman, 1998).

- 1) *Die empirische Forschung zur Psychopathie und sozialen Ängstlichkeit muss ausgehend von bisherigen Erkenntnissen und unter dem Einsatz zweckmäßiger Messinstrumente versuchen, eine Übersicht über die Facetten und die theoretische Konzeption der beiden Konstrukte zu erhalten. Des Weiteren ist die Beziehung zwischen Psychopathie und sozialer Ängstlichkeit näher zu spezifizieren und deren Beziehung zueinander beziehungsweise Abgrenzung voneinander sowie mögliche kulturell und geschlechtlich bedingte Differenzen zu präzisieren.*

Ausgeführt wurde, dass zahlreiche Studien (beispielsweise Saß, 1988; Hare et al., 1990; Lykken, 1995; Mitchell & Blair, 2000; Kosson et al., 2002; Eisenbarth et al., 2008; Fowles & Dindo, 2009) unter anderem der Frage nach emotionalen und empathischen Fähigkeiten bei psychopathischen beziehungsweise sozial ängstlichen Menschen nachgingen und dabei sowohl in der Art der Defizite als auch in Bezug auf deren Ausprägung keine Einigkeit besteht (vgl. Kapitel 2.3 und Kapitel 2.4). Generell erfährt der existierende Zusammenhang zwischen

Psychopathie und eingeschränkten empathischen Fähigkeiten vielfach Bestätigung (Blair, 1995; Soderstrom, 2003; Blair 2005). Hingegen wurde der Zusammenhang zwischen sozialer Ängstlichkeit und Empathie bislang nur wenig untersucht. Es ist zu fordern, dass sich empirische Analysen innerhalb verschiedener Bereiche der Psychologie, mit Emotionen und Empathie befassen und bestehende Zusammenhänge, Abgrenzungen und Überschneidungen transparent machen. In der empirischen Forschung zu Psychopathie und sozialen Ängstlichkeit besteht Uneinigkeit darüber, welche Defizite hinsichtlich Emotionserkennung und Empathiefähigkeit vorliegen. Was die Emotionserkennung anbelangt, weisen psychopathische und sozial phobische Personen Schwierigkeiten bei der Rekognition negativer Emotionen – insbesondere der Emotion Ärger, die in bei beiden Störungsbildern eine wichtige Rolle spielt, auf. Dabei ist jedoch der Schweregrad der Erkrankung zu berücksichtigen (van Peer et al., 2009) und gegebenenfalls differenziert zu betrachten.

- 2) *Defizite in Emotionserkennung und Empathiefähigkeit als unabdingbare Komponenten sozialer Interaktion und Kommunikation in alltäglichen Situationen sind bei psychopathischen und sozial ängstlichen Menschen genauer zu untersuchen und in Beziehung zueinander zu setzen.*

Empathie als ein seit über 100 Jahren diskutiertes Konstrukt in der Psychologie, führt nach wie vor zu heftigen Diskussionen innerhalb der Forschung. Obwohl mittlerweile eine beachtliche Anzahl validierter Messinstrumente, die fortwährend angepasst werden, zur Verfügung stehen, liegen bislang keine eindeutigen, allgemein gültigen Ergebnisse zum „Phänomen“ Empathie (vgl. Kapitel 2.2) vor. Ebenso wenig sind ihre Struktur, deren Entwicklung und mögliche Einflussfaktoren ausreichend geklärt. Um die faktorielle Struktur des Konstrukts Empathie zu klären, müssen eine genaue Festlegung der einzelnen Komponenten und deren explizite Operationalisierung erfolgen. Insbesondere sind die beiden Komponenten der Empathie, die kognitive und die affektive Komponente, genauer zu präzisieren und deren wechselseitige Abhängigkeit beziehungsweise Überschneidungen insbesondere im Hinblick auf deren explizite und implizite Erhebung zu untersuchen. Bereits validierte Skalen (z.B. Dziobek et al. 2006 und 2008) sind kritisch zu prüfen und an den Kontext anzupassen. Gegebenenfalls sind neue Skalen zu entwickeln. Kapitel 2.2.4 und nachfolgend Kapitel 3.3 erläutern den Zusammenhang zwischen Empathie und Emotionserkennung anhand des von Nichols (2001) postulierten hypothetischen Prozesses der „concern mechanisms“. Erforderlich ist hierbei, dass im Rahmen der Forschung zur Empathie, emotionale Aspekte wie Emotionswahrnehmung, Emotionserkennung, Emotionsausdruck und mögliche relevante Defizite beachtet werden.

- 3) *Es ist die Frage zu erörtern, aus welchen und wie vielen Komponenten sich Empathie zusammensetzt. Zudem müssen genaue Abgrenzungen zu anderen Begrifflichkeiten sowie einheitliche Operationalisierungen erfolgen, welche die indirekte und direkte Erhebung berücksichtigen. Sowohl in der Empathie-, als auch in der Emotionsforschung bedarf es weiterer Studien in denen beide Konstrukte parallel bei gesunden und pathologisch auffälligen Personen beiderlei Geschlechts und jeglichen Alters erhoben werden. Relevant ist dies insbesondere für die beiden Störungsbilder Psychopathie und soziale Ängstlichkeit, die beide mit großen Beeinträchtigungen im Sozialverhalten einhergehen.*

Die aus den Forschungsdesideraten für diese Studie abgeleiteten Hypothesen werden im nachfolgenden Kapitel vorgestellt und anhand von drei empirischen Studien ermittelt. Vorab erfolgt eine Darstellung der gewählten Untersuchungsmethoden.

Emotionserkennung und Empathie

Eine multimethodale psychologische Studie am Beispiel  
von Psychopathie und sozialer Ängstlichkeit

Fuchs, K.A.

2014, XVIII, 253 S. 17 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-05395-6