

Psychotherapie: Praxis



Sonja Hollas

Psychotherapie der Misserfolgs- angst

Ein Training bei Insuffizienz-
erleben, Scham und
Therapieresistenz

 Springer

Psychotherapie: Praxis

Die Reihe Psychotherapie: Praxis unterstützt Sie in Ihrer täglichen Arbeit – praxisorientiert, gut lesbar, mit klarem Konzept und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/13540>

Sonja Hollas

Psychotherapie der Misserfolgsangst

Ein Training bei Insuffizienzerleben,
Scham und Therapieresistenz

Sonja Hollas
Rehabilitation psychisch kranker Menschen
AWO RPK gGmbH
Erfurt, Thüringen, Deutschland

ISSN 2570-3285

ISSN 2570-3293 (electronic)

Psychotherapie: Praxis

ISBN 978-3-662-61141-8

ISBN 978-3-662-61142-5 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-61142-5>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

© Brad Pict/stock.adobe.com

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Planung/Lektorat: Monika Radecki

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Misserfolgsangst ist die Angst vor Kritik, Scham und einem erniedrigten Selbstwert, wenn in Leistungssituationen die eigenen Standards nicht erreicht werden. Für Menschen mit einer ausgeprägten, generalisierten Misserfolgsangst sind die meisten Anforderungen im Alltag und im Beruf selbstwertbedrohlich. Die Folgen sind verminderte Selbstwirksamkeitserwartung, Sorgen, Ängste und Insuffizienzerleben bis hin zu erlernter Hilflosigkeit. Die Misserfolgsangst macht psychische Krankheiten wahrscheinlich und überschneidet sich von den Symptomen her mit einer depressiven Erkrankung und Angststörungen, ist aber keine neue, eigenständige psychische Krankheit.

Welche Probleme treten bei Versagensängsten gewöhnlich in der Psychotherapie auf?

Menschen mit Versagensängsten fühlen sich nicht hilflos, weil sie sich in einer an sich unkontrollierbaren Situation sehen, sondern weil sie sich als unfähige Menschen bewerten, die nicht in der Lage sind, die Situation zu kontrollieren. Diese Bewertung besteht oft über viele Jahre hinweg, auch zwischen eventuellen depressiven Episoden.

Bei der Therapie der Misserfolgsangst geht es um genau diese Bewertung: Jeder andere, nehmen Misserfolgsängstliche an, könnte diese Situation mit Leichtigkeit kontrollieren. Die – vermeintliche – eigene Unfähigkeit ist für sie zutiefst beschämend. Bei jeder Aufgabe, die sie bewältigen sollten, nehmen sie gedanklich Scheitern und Scham vorweg. Aus Angst vor der Scham vermeiden sie Aufgaben. Die Betroffenen versuchen, die Scham vor anderen (und vor sich selbst) zu verbergen. Sie verheimlichen ihre vermeintliche Unfähigkeit und gleichzeitig ihre Misserfolgsangst.

Scham ist eine Emotion, die davor schützt, aus Beziehungen ausgeschlossen zu werden. Die Beschämten tabuisieren den Grund für ihre Scham und die Scham selbst – wenn jemand als beschämt auffällt, könnten andere auf die Idee kommen, nach dem Grund dafür zu suchen. Mit der Scham hängt die Befürchtung zusammen, in irgendeiner Weise ausgeschlossen, aussortiert, zu werden. Misserfolgsängstliche tun auch in der Psychotherapie alles, um in ihrer tief empfundenen „Unfähigkeit“ nicht entdeckt zu werden – aus Angst vor

Beschämung und der Angst, dass die Therapie abgebrochen wird. Sie geben eher vor, unmotiviert zu sein, als ihre vermeintliche Unfähigkeit zu zeigen.

Patientinnen und Patienten mit starken Versagensängsten scheitern häufig an wichtigen Aufgaben, wenn sie sich gedrängt fühlen, sie anzugehen. Kognitive Vermeidungsstrategien, Sicherheitsverhalten und negative Selbstverbalisationen lassen sie Aufgaben in einer dysfunktionalen Weise angehen. Bei einer langjährigen generalisierten Misserfolgsangst sind die Menschen zusätzlich sehr ungeübt im Lösen von Problemen.

Ein Beispiel ist ein Patient in der Psychotherapie, der therapeutische Aufgaben gar nicht oder in sehr dysfunktionaler Weise angeht. Er kann in der Psychotherapie keine ermutigenden alternativen Gedanken erarbeitet wie etwa: „Ich kann das besser, das nächste Mal bereite ich mich gründlicher vor“, weil er weiß, dass er sich in einer ähnlichen Situation nicht einfach mehr Mühe geben oder sich besser vorbereiten kann. Er wird wieder scheitern, aber das sagt er aus Scham nicht. Er kann nicht sagen, warum er Aufgaben so angeht, dass es ihm im Nachhinein selbst lächerlich vorkommt. Das Scheitern misserfolgsängstlicher Menschen kann nicht durch unflexible Verhaltensmuster und starre Reaktionen, wie sie bei Persönlichkeitsstörungen vorkommen, erklärt werden. Eine Leistungsdiagnostik bleibt typischerweise unauffällig, der Antrieb ist reduziert, wenn es um Leistungen geht. Es bleibt die Möglichkeit, einen Krankheitsgewinn, ein Rentenbegehren oder schlicht mangelnde Motivation als Grund anzunehmen. Gleichzeitig sehen Therapeutinnen und Therapeuten, wie verzweifelt diese Menschen über ihre Hilflosigkeit sind. Manchmal entsteht schließlich der Eindruck, dass psychische Krankheiten auf irgendeine unbekannte Weise ganz und gar lebensuntüchtig machen können. Mit dieser Bewertung wird die dysfunktionale Bewertung der Betroffenen, unfähig zu sein, übernommen, ohne dass jemals darüber gesprochen wurde.

Die ausgeprägte Scham, die durch die Bewertung der Menschen mit Versagensängsten entsteht, lebensunfähige Personen zu sein, macht es ihnen in der Therapie schwer, Probleme offen anzusprechen. Es ist wahrscheinlich, dass ohne spezifische Interventionen bezüglich der Misserfolgsangst die Therapie der psychischen Erkrankung, die ursprünglich gebessert werden sollte, stagniert oder abgebrochen wird.

Worin besteht die Therapie der Misserfolgsangst?

Die Menschen mit Versagensängsten brauchen ein Störungsmodell der Misserfolgsangst und Strategien zur Aufgabenbewältigung, um die misserfolgsängstliche Herangehensweise an Aufgaben zu verändern. In der hier vorgestellten Therapie der Misserfolgsangst wird den Patientinnen und Patienten eine Erklärung für ihre Schwierigkeiten angeboten. Das Störungsmodell macht ihnen verständlich, warum sie so häufig an wichtigen Vorhaben scheitern. Sie werden erleichtert erfahren, dass sie nicht lebensuntüchtig sind, sondern dass ihr beständiges Scheitern durch ihre Angst zu erklären ist. Sie können ihr Sicherheits- und Vermeidungsverhalten und ihre dysfunktionalen Problembewältigungsstrategien

identifizieren und sie üben, wichtige Vorhaben in einer funktionalen Weise zu bewältigen. Wichtige Vorhaben sind verschiedene Aufgaben, die gerade anstehen und die bisher immer wieder vermieden wurden. Diese Vorhaben sind vor allem bisher vermiedene therapeutische Aufgaben für die diagnosebezogene Therapie. Die Therapie der Misserfolgsangst hilft, die diagnosebezogene Therapie besser zu bewältigen. Die psychologischen Grundbedürfnisse werden in der Therapie mit einbezogen. Die Patientinnen und Patienten sind dankbar, wenn sie Hilfe bei ihren Problemen erfahren, ohne erneut beschämt zu werden und wenn sie im Bemühen um Kompetenzen, Selbstbestimmung und Akzeptanz wahrgenommen werden.

Menschen mit Misserfolgsangst unterscheiden sich darin, wie sehr sie unabhängig von der Misserfolgsangst gleichzeitig von Hoffnung auf Erfolg bestimmt sind. Die misserfolgsängstlichen Menschen mit wenig Hoffnung auf Erfolg vermeiden Leistungssituationen allgemein. Die Patientinnen und Patienten mit starker Angst vor Misserfolg und starker Hoffnung auf Erfolg verfolgen sehr engagiert Therapieziele. Sie übernehmen sich ständig, geraten darüber in gesundheitliche und psychische Krisen und halten dabei starr an ihrem Verhaltensmuster fest. Sie leiden an der Angst zu versagen und sind sich ihrer Fähigkeiten sehr unsicher. Sie weisen in der Regel perfektionistische Tendenzen von sich, wenn Perfektionismus als Grund für ihr Verhalten vermutet wird.

Obwohl Menschen mit Angst vor Misserfolg sich auf einem Kontinuum zwischen wenig Hoffnung auf Erfolg und einer starken Hoffnungskomponente befinden, wird die Therapie dieser beiden Gruppen zur Verdeutlichung in zwei verschiedenen Kapiteln getrennt dargestellt.

Was sind die theoretischen Grundlagen der Therapie der Misserfolgsangst?

Es gibt bei der Misserfolgsangst große Überschneidungen mit dem Konzept der erlernten Hilflosigkeit Seligmans (1972). Die Grundlage der in diesem Buch vorgestellten Therapie bilden Erkenntnisse der Leistungsmotivationsforschung und Theorien über die zentrale Emotion Scham in Verbindung mit Selbstwert und psychologischen Grundbedürfnissen. Etablierte Motivtrainings aus der Arbeitspsychologie und der pädagogischen Psychologie werden mit Problemlösestrategien kombiniert. Die vorgestellte Therapie begründet sich auf der Annahme, dass sich die Motivtrainings in den klinischen Kontext übertragen und sich mit verhaltenstherapeutischen Bausteinen verknüpfen lassen. Die Wirksamkeit der hier vorgestellten Therapie wurde bisher nicht in klinischen Studien geprüft. Studien zu Problemen der Misserfolgsangst, die hier erwähnt werden, beziehen sich hauptsächlich auf den nicht-klinischen Kontext. Die Grundlagen dieser Therapie sind theoretisch untermauert, die Verknüpfung der verschiedenen Theorien und der etablierten Therapiebausteine ist dagegen neu. Die Tatsache, dass dieses Buch ein im klinischen Kontext noch wenig erforschtes Thema aufgreift, bringt mit sich, dass nicht auf umfangreiche Forschungsergebnisse zurückgegriffen werden kann.

Die Fallbeispiele in diesem Buch sind Beispiele aus der eigenen Berufspraxis in verschiedenen Settings – stationär, teilstationär und ambulant oder aus der medizinisch-beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen, einer

Rehabilitationsform, in der Menschen, die wegen psychischer Krankheiten in Ausbildung oder Beruf gescheitert sind, wieder an den ersten Arbeitsmarkt herangeführt werden. Bei den Falldarstellungen wurden alle Angaben, die auf eine bestimmte Person schließen lassen könnten, verändert.

Ich danke meinem Mann, dem Psychologen Christoph Hölting, und dem Psychologen Dr. Stefan Dilger dafür, dass sie Korrektur gelesen haben. Sie haben mir sehr wertvolle Anregungen und Rückmeldungen gegeben. Ohne sie hätte dieses Buch nicht entstehen können. Den Psychologinnen Vivien Richter und Annelie Schneider und dem Psychologen Elias Escher der Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) in Erfurt danke ich, dass sie das hier beschriebene Motiv- und Fertigkeitstraining in ihre Behandlungen integriert und mit ihren eigenen Konzepten verbunden haben. Sie haben ihre Erfahrungen, die sie damit gemacht haben, mit mir geteilt. Ich danke auch den Mitarbeiterinnen von Springer für die professionelle Begleitung des Buches, insbesondere Monika Radecki und Ina Conrad.

Erfurt,
den 11.02.2020

Sonja Hollas

Inhaltsverzeichnis

1	Misserfolgsangst	1
1.1	Theorien zur Leistungsmotivation	1
1.1.1	Fallbeispiel (Misserfolgsangst mit starker Vermeidung)	1
1.1.2	Das Risikowahlmodell	3
1.1.3	Leistungsmotivationsforschung aufbauend auf dem Risikowahlmodell	7
1.1.4	Das quadripolare Modell nach Covington und Roberts.	11
1.1.5	Fallbeispiel (Übermotivation)	15
1.1.6	Handlungs- und Lageorientierung	17
1.2	Psychotherapie als Leistungssituation	18
1.3	Wie lässt sich generalisierte Misserfolgsangst im Verhältnis zu psychischen Krankheiten oder anderen Problemkonstellationen abgrenzen?	22
1.3.1	Fallbeispiel (Misserfolgsangst nach schwerer psychischer Erkrankung)	26
1.4	Diagnostik der Misserfolgsangst	28
1.4.1	Beispiel für verhaltensnahe Diagnostik	30
1.5	Motivtraining	31
	Literatur	34
2	Misserfolgsangst, Scham, Selbstwert und Therapieresistenz	37
2.1	Scham als zentrales Vermeidungsziel bei Misserfolgsangst	37
2.1.1	Adaptive Funktion der Scham	38
2.1.2	Erhöhte Schambereitschaft bei Misserfolgsangst	41
2.1.3	Möglichkeit, Bindungen zu ersetzen und erhöhte Schambereitschaft	44
2.1.4	Scham und Misserfolgsangst	45
2.1.5	Entstehung der Misserfolgsangst in der Biographie	46
2.2	Der Zusammenhang zwischen Misserfolgsangst, Scham, Angst vor Zurückweisung und Selbstwert	47
2.2.1	Need-to-Belong-Theorie und Soziometertheorie	47
2.2.2	Selbstbestimmungstheorie	50
2.2.3	Folgerungen aus den dargestellten Theorien für die Psychotherapie	52

2.3	Therapieresistenz und Misserfolgsangst	61
2.3.1	Fallbeispiel (Therapieresistenz)	62
2.3.2	Therapieresistenz bei Misserfolgsvermeidung.	63
2.3.3	Therapieresistenz bei Übermotivation	64
2.3.4	Brüche des therapeutischen Arbeitsbündnisses	65
	Literatur.	68
3	Therapie der Misserfolgsvermeidung	71
3.1	Therapie der Misserfolgsangst als Kombination aus Motivtraining und Strategien zur Aufgabenbewältigung.	71
3.1.1	Fallbeispiel (Misserfolgsvermeidung)	72
3.2	Grundprinzipien der Therapie Misserfolgsvermeidender	74
3.2.1	Behandlungsübersicht	76
3.3	Psychoedukation bei Misserfolgsvermeidung	77
3.3.1	Teufelskreismodell der Misserfolgsvermeidung	78
3.3.2	Psychoedukation zur Scham	81
3.3.3	Beispiel des Störungsmodells anhand einer konkreten Aufgabe	81
3.3.4	Individuelles Störungsmodell	83
3.3.5	Vermittlung des Behandlungsrationalis.	84
3.4	Zielsetzung und Vorbereiten von relevanten Aufgaben bei Misserfolgsvermeidung	84
3.4.1	Ziel- und Wertklärung	85
3.4.2	Zielsetzungsstrategien, Wählen relevanter Aufgaben	85
3.4.3	Achtsamkeit für Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten aufbauen.	87
3.4.4	Abbau von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten	89
3.4.5	Achtsamkeit für negative Selbstverbalisationen aufbauen und Techniken zur Angstreduktion anwenden.	91
3.5	Strategien zur Aufgabenbewältigung bei Misserfolgsvermeidung	92
3.5.1	Umgang mit verstärkter Angst beim Problemlösen.	92
3.5.2	Problemlösestrategien	93
3.5.3	Anleitung zum Problemlösen (erster Teil).	96
3.5.4	Problemlösen zweiter Teil (Planung).	103
3.5.5	Festlegen von Erfolg oder Misserfolg	105
3.5.6	Vorbereiten und Bearbeiten der Aufgabe	106
3.5.7	Rücknahme der Entscheidung, die Aufgabe zu bearbeiten	107
3.6	Nachbereiten der Aufgabe	109
3.6.1	Ergebnisse mit funktionalen Attributionen bewerten.	109
3.6.2	Veränderung des Fähigkeitskonzeptes und der Selbstbewertungsemotionen	111
	Literatur.	115

4 Therapie der Übermotivation	117
4.1 Grundprinzipien der Behandlung Übermotivierter	117
4.1.1 Mangelnde Unterscheidung zwischen Wichtigem und Unwichtigem.	118
4.1.2 Behandlungsübersicht	119
4.2 Psychoedukation bei Übermotivation	120
4.2.1 Teufelskreismodell der Übermotivation.	120
4.2.2 Psychoedukation zur Scham	123
4.2.3 Fallbeispiel Übermotivation.	123
4.2.4 Beispiel des Störungsmodells anhand einer konkreten Aufgabe	124
4.2.5 Individuelles Störungsmodell	125
4.2.6 Vermittlung des Behandlungsrationals.	126
4.3 Zielsetzung und Vorbereiten relevanter Aufgaben bei Übermotivation.	127
4.3.1 Ziel- und Wertklärung	127
4.3.2 Unterscheidung zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen	127
4.3.3 Achtsamkeit für Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten aufbauen.	130
4.3.4 Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten abbauen	131
4.3.5 Funktionale Selbstverbalisationen und Techniken zur Angstreduktion anwenden	131
4.4 Strategien zur Aufgabenbewältigung bei Übermotivation.	132
4.4.1 Problemlösestrategien für Annäherungsziele.	133
4.4.2 Problemlösestrategien bei Übermotivation, 2. Teil (Planung)	142
4.4.3 Bearbeiten der Aufgabe	143
4.4.4 Festlegen von Erfolg oder Misserfolg	143
4.4.5 Vorbereiten und Bearbeiten der Aufgabe, Abbrüchen des Vorhabens vorbeugen.	144
4.5 Nachbereiten der Aufgabe	145
4.5.1 Ergebnisse mit funktionalen Attributionen bewerten.	145
4.5.2 Veränderung des Fähigkeitskonzeptes und der Selbstbewertungsemotionen	146
4.6 Verminderung der Misserfolgsangst über die psychologischen Grundbedürfnisse.	146
Literatur.	148
Stichwortverzeichnis	151

Über die Autorin

Sonja Hollas ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (VT) und Ärztliche Leiterin der AWO RPK Erfurt, einer Einrichtung zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen.

- ▶ Die Theorien zur Leistungsmotivation in diesem Kapitel helfen, die psychischen Probleme bei Misserfolgsangst zu verstehen. Strategien, sich Ziele zu setzen, Attributionen und Selbstbewertungsemotionen misserfolgsängstlicher Personen werden mit denen von Menschen mit Hoffnung auf Erfolg ohne relevante Misserfolgsangst verglichen. Anschließend wird beleuchtet, wie sich Misserfolgsangst in der Psychotherapie zeigt und wie Versagensängste mit psychischen Krankheiten zusammenhängen können. Ein Abschnitt widmet sich der Diagnostik der Misserfolgsangst im klinischen Kontext. Zuletzt werden die Prinzipien etablierter Motivtrainings in nicht-klinischen Kontexten zusammengefasst.

1.1 Theorien zur Leistungsmotivation

1.1.1 Fallbeispiel (Misserfolgsangst mit starker Vermeidung)

Frau D., 26 Jahre, Diagnosen zu Behandlungsbeginn:

- (ICD 10) F 40.1, Soziale Phobie
- (ICD 10) F33.1, Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- (ICD 10) F60.6, Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
- Leistungstests: Konzentration, Merkfähigkeit und Intelligenz leicht überdurchschnittlich.
- Multi-Motiv-Gitter (siehe 1.4): starke Angst vor Zurückweisung (Prozentrang 93), geringes Streben nach Erfolg (Prozentrang 6), grenzwertig starke Angst vor Misserfolg (Prozentrang 84), übrige Werte innerhalb der einfachen Standardabweichung.

Frau D. wurde vom Jobcenter aus eine Psychotherapie empfohlen, weil sie jede Arbeit mit der Begründung, dass sie Angst vor anderen Menschen habe, ablehnte. Aus Angst, dass ihre Leistungen ohne Psychotherapie gekürzt würden, bemühte sie sich ein halbes Jahr nach der Empfehlung durch das Jobcenter um einen Therapieplatz. Mit der Hilfe ihrer Hausärztin bekam sie einen Termin für ein Erstgespräch.

Frau D. berichtet im Erstgespräch über ausgeprägte soziale Ängste nach einer von Gewalt geprägten Kindheit mit verschiedenen prügelnden, alkoholkranken Stiefvätern und einer depressiven Mutter. In der Schule sei sie jahrelang gemobbt worden. Frau D. vermutet, sie habe ADHS: Sie sei unkonzentriert und vergesse „immer alles“. Sie habe deshalb trotz einer guten Intelligenz in der Schule kaum lernen können und sie habe die Abiturprüfung nicht bestanden. Im Fachhochschulstudium habe sie nur wenige Scheine erreicht. Bei der Ausbildung als Fachinformatikerin habe sie, auch ohne zu üben, mit dem Inhalt zunächst kaum Schwierigkeiten gehabt. Gegen Ende hätte sie jedoch „eigentlich“ lernen müssen. Diese Ausbildung habe sie kurz vor der Abschlussprüfung abgebrochen, weil sie in ihrer Klasse soziale Ängste gehabt habe. Sie lebe allein und habe den Kontakt zur Mutter abgebrochen. Freundschaften zu ehemaligen Mitschülerinnen seien „eingeschlafen“. Sie treffe sich nur mit einem ehemaligen Partner ihrer Mutter, der immer unterstützend gewesen sei, aber leider nur über zwei Jahre hinweg in der Familie gelebt habe. Er begleite sie, wenn er sich frei nehmen könne, zu Behörden-gängen und helfe ihr mit Formularen.

Als spontanes Therapieziel nennt Frau D., dass sie weniger Angst vor anderen haben und ein „normales“ Leben führen wolle, wozu auch eine Arbeit gehöre. Als die Therapeutin nach konkreteren positiven Zielen fragt, wird Frau D. unruhig. Ihre Hände zittern. Frau D. antwortet in der Therapie so stark verzögert, dass in einer Sitzung nur wenige Themen besprochen werden können. Weil sie während der Gesprächspausen oft mit den Händen zittert, legt sie ihre Hände in den Schoß, sodass sie vom Tisch verdeckt sind. Die Leistungsdiagnostik zeigt eine leicht überdurchschnittliche Intelligenz und keinen Anhalt für Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen.

Frau D. ist in der Lage, nach den in der Selbstmanagementtherapie (Kanfer et al. 2005) vorgeschlagenen imaginativen Übungen zur Wert- und Zielklärung Ziele zu erarbeiten. Sie will einige ehemalige gute Freundinnen kontaktieren und zum Frauenfußballtraining gehen. Außerdem würde sie gerne die Lehre zur Fachinformatikerin abschließen. Auffällig ist während der Therapie zum einen, dass Frau D. von ihren erarbeiteten Zielen phasenweise wieder zurücktritt und zum anderen, dass sie offensichtlich nicht einschätzen kann, ob ein Vorhaben für sie leicht oder schwer ist. Mal stellt sich eine Exposition während der Therapiestunde als zu wenig anspruchsvoll heraus, dann wieder ist eine geplante Übung zu stark herausfordernd, um sie in Angriff zu nehmen. Auch nach konkret vorbereiteten Rollenspielen für Telefongespräche ruft sie keine ehemalige Freundin an. Elektronische Nachrichten lehnt sie als zu unpersönlich ab. Auf die Frage, warum sie verschiedenste wichtige Vorhaben nicht erledigt hat, gibt sie meistens ihre Vergesslichkeit an. So vergisst sie monatelang sich zu erkundigen, ob sie ihre Aus-

bildung wieder aufnehmen kann. Die Frage nach der Ausbildung wirft sie selbst immer wieder in den Sitzungen auf und gibt an, sich zuzutrauen, per Mail bei ihrer ehemaligen Ausbildungsstelle nachzufragen. Häufig fällt in der Therapie auf, dass Frau D. sich an Geplantes offenbar wirklich nicht erinnern kann. Schließlich sagt sie, dass sie sich die Ausbildung ohnehin nicht zutraue. Eine andere Erklärung für versäumte therapeutische Vorhaben ist, dass ihr zu Hause klar geworden sei, dass sich das – gemeinsam erarbeitete – Vorhaben wohl doch nicht lohne. Sie sei beispielsweise zum Schluss gekommen, dass sie eine ehemalige langjährige Freundin nicht anrufen brauche, weil diese Freundin inzwischen verheiratet sei und deshalb keinen Bedarf an weiteren sozialen Kontakten mehr habe.

Dieses Fallbeispiel wird wahrscheinlich vielen Therapeutinnen und Therapeuten bekannt vorkommen. Die Motive der Patientin sind nicht klar – klar ist nur, dass sie alles, was sie vorhat, dann doch nicht umsetzt – und dass sie dafür die unterschiedlichsten Gründe nennt. Eine ähnliche Fallkonstellation könnte im beruflichen Alltag Verwirrung, Ärger oder therapeutische Selbstzweifel auslösen. Wenn dieses Fallbeispiel aus der Sicht der Leistungsmotivationsforschung betrachtet wird, klärt sich das scheinbar widersprüchliche und unzweckmäßige Verhalten der Patientin.

1.1.2 Das Risikowahlmodell

Je nach Studiengang könnten die klassischen Theorien zur Leistungsmotivation, die bis einschließlich 1.1.3 zusammengefasst werden, schon hinreichend bekannt sein. Fortführungen der klassischen Theorien, klinische Aspekte und Folgerungen für die Psychotherapie werden in diesem Kapitel ab 1.1.4 dargestellt.

Eine Person mit Misserfolgsangst hat Angst vor Kritik, Scham und einem erniedrigten Selbstwert, wenn sie in einer Leistungssituation befürchtet, ihren Standard nicht zu erreichen. Hoch misserfolgsängstliche Personen verknüpfen ihren Selbstwert stark mit ihrer Leistung. Sie gehen davon aus, dass ihre Fähigkeiten eingeschränkt sind. Sie nehmen viele Nachteile in Kauf, um die vermeintliche Unfähigkeit vor anderen und vor sich selbst zu verbergen: Sie vermeiden Anforderungen, widmen sich unangemessen leichten oder schweren Aufgaben und können auf diese Weise keine wichtigen Lebensziele erreichen. Sie geben schnell auf – oder aber sie überlasten sich und hoffen, mit viel Fleiß die mangelnden Fähigkeiten zu kompensieren.

Wenn man sich mit der Leistungsmotivationsforschung beschäftigt, kann man Patientinnen und Patienten mit starker Misserfolgsangst leichter verstehen und ihnen besser helfen. Die Theorien zur Leistungsmotivation bilden die Grundlage für das Motivtraining, das für die Therapie der Misserfolgsangst mit Strategien zur Aufgabenbewältigung verknüpft wird.

Atkinson beschrieb 1957 das Risikowahlmodell zur Leistungsmotivation. Er leitete her, wie das Leistungsmotiv (als Hoffnungs- oder Furchtkomponente) im Zusammenspiel mit dem Anreiz eines Ziels die Motivation bestimmt. Die Grundlage für diese Theorie ist das Erwartungs-mal-Wert-Modell. Nach diesem Modell

resultiert, vereinfacht beschrieben, die Motivation zum einen aus der Erwartung, ein Ziel zu erreichen und zum anderen aus dem Wert, den das Ziel für die Person hat: **Erwartung \times Wert = Motivation.**

Wenn ein Mann die Erwartung hat, bei einem Marathonlauf auf alle Fälle ins Ziel zu kommen, ist seine Erwartung hoch. Wenn er sich von dem Marathon viel verspricht – Stolz, Euphorie, Anerkennung und eine gute Fitness – ist der Wert hoch. Die hohe Erwartung und der hohe Wert multiplizieren sich zu einer hohen Motivation, sich beim Marathon anzumelden und dafür zu trainieren.

Allgemein gefasst: Ein starkes Leistungsmotiv, gepaart mit einer starken Hoffnung, ein Ziel zu erreichen (hohe Erwartung), führt bei einem starken Anreiz des Ziels (hoher Wert) zu einer hohen Motivation. Der Anreiz eines Ziels ist umso stärker, je schwieriger das Ziel zu erreichen ist, weil dann der Stolz auf die Leistung ebenfalls stark ausgeprägt ist.

Personen, die in Leistungssituationen davon ausgehen, die Aufgaben insgesamt gut zu bewältigen (Hoffnung auf Erfolg), antizipieren schon Freude und Stolz auf die Herausforderung, während sie die Aufgabe in Angriff nehmen. Menschen mit Hoffnung auf Erfolg empfinden häufig, stark und langanhaltend Freude und Stolz und dagegen nur selten, schwach und kurz Angst und Scham. Der Wert des Ziels wird durch die positiven Emotionen Freude und Stolz erhöht: Zu dem Wert des Ziels selbst werden die erwarteten positiven Selbstbewertungsemotionen addiert. Die antizipierten positiven Emotionen erhöhen auf diese Weise die Motivation zusätzlich.

Bei einfachen Aufgaben ist die Erfolgswahrscheinlichkeit (Erwartung) hoch, aber der Anreiz (Wert) ist nur gering. Daraus folgt eine niedrige Motivation, die Aufgabe zu wählen.

Der Marathonläufer würde sich ohne weitere Anreize nicht für eine Wanderung von zehn Kilometern Länge anmelden.

Bei zu schwierigen Aufgaben ist der Anreiz (Wert) hoch, die Erfolgswahrscheinlichkeit (Erwartung) aber gering, sodass ebenfalls eine niedrige Motivation resultiert.

Der Marathonläufer würde sich nicht für einen 24-h-Ultramarathon von 120 km Wegstrecke anmelden, wenn er glaubt, der Strecke nicht gewachsen zu sein.

Die Motivation ist bei mittelschweren Aufgaben am höchsten, weil bei solchen Aufgaben der Anreiz des Ziels (Wert) mittelhoch ist und die Erfolgswahrscheinlichkeit ebenfalls. Daraus folgt, dass Menschen mit Hoffnung auf Erfolg dazu tendieren, mittelschwere Aufgaben auszuwählen: **Mittelhohe Erwartung \times mittelhoher Wert = optimale Motivation.**

Bei anderen Personen liegt das Leistungsmotiv in der Furchtkomponente vor. Sie haben Angst vor einem Misserfolg. Die Erwartung, ein mittelschweres Ziel (mittelhoher Wert) zu erreichen, wird von ihnen als gering eingeschätzt. Daraus resultiert eine niedrige Motivation: **Sehr geringe Erwartung \times mittelhoher Wert = geringe Motivation.**

Wenn ein misserfolgsängstlicher Mann es wichtig fände, regelmäßig joggen zu gehen (Wert mittelhoch), sich aber nicht zutraut, sich dafür regelmäßig zu überwinden (Erwartung niedrig), ist seine Motivation zum Joggen gering.