

Prokrastination

Anna Höcker
Margarita Engberding
Fred Rist

Ein Manual zur Behandlung
des pathologischen Aufschiebens

2., aktualisierte und ergänzte Auflage

Prokrastination

**Anna Höcker
Margarita Engberding
Fred Rist**

Prokrastination

Ein Manual zur Behandlung des pathologischen Aufschiebens

2., aktualisierte und ergänzte Auflage



Dr. Anna Höcker, geb. 1981. 2000–2005 Studium der Psychologie in Münster. 2005–2009 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin am Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung Münster (IPP). 2005–2006 Mitarbeiterin in der Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie in Remscheid. Seit 2006 Mitarbeiterin der Psychotherapie-Ambulanz der Universität Münster, dort verantwortlich für die Prokrastinationsambulanz. 2009 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin. 2010 Promotion. Seit 2010 zusätzlich Leitende Psychologin der Psychotherapeutischen Ambulanzen an der Universität Bielefeld und seit 2015 Leiterin der Psychotherapeutischen Ambulanz des Bielefelder Instituts für Psychologische Psychotherapieausbildung (BIPP).

Dipl.-Psych. Margarita Engberding, geb. 1947. 1967–1974 Studium der Psychologie in Münster. 1974–1987 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Erziehungsberatungsstelle des Psychologischen Instituts der Universität Münster. Seit 1987 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Münster. 1993–2012 Geschäftsführende Leiterin der Psychotherapie-Ambulanz der Universität Münster. 1999 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin und als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Seit 1999 als Dozentin und Supervisorin am Institut für Psychologische Psychotherapie-Ausbildung (IPP-Münster) und anderen Ausbildungsinstituten tätig.

Prof. Dr. Fred Rist, geb. 1947. 1967–1973 Studium der Psychologie in Konstanz. 1977 Promotion. 1987 Habilitation. 1988–1990 Professur für Klinische und Differentielle Psychologie an der Universität Konstanz. 1991 Umhabilitation an die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg. 1993 apl.-Professur für Klinische Psychologie an der Universität Heidelberg. 1996–2013 Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Münster. Seit 2013 Tätigkeit als Senior-Professor an der Universität Münster.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

2., aktualisierte und ergänzte Auflage 2017
© 2013 und 2017 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2842-0; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2842-1)
ISBN 978-3-8017-2842-7
<http://doi.org/10.1026/02842-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 2. Auflage	7
Kapitel 1: Beschreibung der Störung	9
1.1 Aufschieben und Prokrastination	9
1.2 Kennzeichen von Prokrastination	10
1.3 Fall-Illustrationen zur Prokrastination	11
1.4 Häufigkeit von Prokrastination	12
1.5 Akademische Prokrastination versus Alltags-Prokrastination?	14
1.6 Die systematische Erfassung der Prokrastinationstendenz	14
1.7 Prokrastination und Persönlichkeitsmerkmale	14
1.8 Prokrastination und Depressivität	17
1.9 Abgrenzung der Prokrastination von bekannten psychischen Störungen	18
1.10 Diagnostische Kriterien für Prokrastination	22
Kapitel 2: Störungstheorien und Erklärungsansätze	24
2.1 Die verhaltensbezogene Perspektive	24
2.2 Die motivational-volitionale Perspektive	25
2.2.1 Das Rubikonmodell: Vom Wünschen zum Handeln	25
2.2.2 Phasen und Phasenübergänge des Rubikonmodells	26
2.2.3 Anmerkungen zum Rubikonmodell	27
2.2.4 Phasenspezifische Probleme von Prokrastinierenden	28
2.3 Die kognitive Perspektive	29
2.4 Aufschieben als Versuch der Emotionsregulation	31
2.5 Vergleich der kognitiv-verhaltenstherapeutischen und der psychodynamischen Perspektive	32
Kapitel 3: Behandlungsansätze: Übersicht	34
3.1 Behandlungsansätze aus der Literatur	34
3.2 Wirksamkeit der hier vorgestellten Behandlung	38
Kapitel 4: Diagnostik und Indikation	44
4.1 Diagnostischer Ablauf	44
4.2 Standarddiagnostik bei Prokrastination	44
4.3 Differenzialdiagnostik	45
4.3.1 Hinweise auf weitere Störungs- und Problembereiche	45
4.3.2 Zusatzmodule zur weiterführenden Diagnostik	46
4.4 Fragebögen zur Messung von Prokrastination	48
4.5 Exploration	53
4.6 Verhaltens- und Bedingungsanalyse	54
4.7 Erarbeitung eines Störungsmodells für Prokrastination	56
4.7.1 Welches Modell ist am besten geeignet?	56
4.7.2 Störungsmodell Prokrastination (einfaches Arbeitsmodell)	57
4.7.3 Allgemeines Bedingungsmodell für Prokrastination (komplexeres Modell)	59
4.8 Indikationsprüfung und Therapiezielbestimmung	64

Kapitel 5: Behandlung	65
5.1 Übersicht über die Therapiebausteine und Aufbau der Behandlung	66
5.2 Selbstbeobachtung mit Hilfe des Münsteraner Arbeitstagebuchs	68
5.3 Der Masterplan: Erstellung eines Arbeitsplans	70
5.4 Modul K – Kognitive Therapie bei Prokrastination	71
5.4.1 Einführung des kognitiven Rationals	71
5.4.2 Identifizierung individueller prokrastinationsfördernder Gedanken	72
5.4.3 Überprüfung zentraler prokrastinationsfördernder Kognitionen und Entwicklung alternativer Gedanken	73
5.4.4 Auswertung der bisherigen kognitiven Arbeit und Motivierung zur kontinuierlichen Weiterführung	75
5.5 Modul A – „Pünktlich Beginnen“	77
5.5.1 Modul A – Sitzung A1	77
5.5.2 Modul A – Sitzung A2	86
5.6 Modul B – „Realistisch Planen“	90
5.6.1 Modul B – Sitzung B1	90
5.6.2 Modul B – Sitzung B2	98
5.6.3 Abschlusssitzung für die Module A, B oder für die Kombination A und B	102
5.7 Intervention C – „Arbeitszeitrestriktion und Bedingungsmanagement“	105
5.7.1 Intervention C – Sitzung C1	108
5.7.2 Intervention C – Sitzung C2	116
5.7.3 Intervention C – Sitzung C3	120
5.7.4 Intervention C – Sitzung C4	125
5.7.5 Intervention C – Sitzung C5: Abschlusssitzung für Modul C oder Kombinationen mit C (AC, BC oder ABC)	130
5.8 Umgang mit Besonderheiten und schwierigen Therapiesituationen	135
5.9 Abschließende Empfehlung	137
Literatur	138
Anhang	143
Übersicht über die Materialien im Anhang und auf der CD-ROM	145
Benötigte Materialien bei der Durchführung der einzelnen Sitzungen im Gruppensetting	146
Arbeitsmaterialien	148

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Arbeitsmaterialien, die zur Durchführung des Trainingsprogrammes verwendet werden können. Alle Arbeitsmaterialien befinden sich zusätzlich im Anhang des Manuals.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Vorwort zur 2. Auflage

Wir freuen uns, dass sich die erste Auflage dieses Manuals so großer Beliebtheit erfreut hat, dass wir schon so kurz nach ihrer Veröffentlichung eine 2. Auflage herausbringen können. In diesem Manual wollen wir unsere Erfahrungen mit der Diagnose und Behandlung einer Störung weitergeben, die die gängigen Kataloge psychischer Störungen noch gar nicht kennen: Weder in der „International Classification of Diseases (ICD)“ der Weltgesundheitsorganisation, noch im „Diagnostic and Statistical Manual (DSM)“ der American Psychiatric Association wird Prokrastination – im Sinne pathologischen Aufschiebens – als eine eigenständige Störung aufgeführt; allenfalls wird Aufschieben als Symptom oder Konsequenz anderer Störungen genannt. Warum meinen wir also, dass Prokrastination als eine eigene Störung verstanden, speziell diagnostiziert und gezielt behandelt werden sollte?

Unsere klinischen Beobachtungen und vor allem unsere Forschungsbefunde aus den letzten Jahren haben uns in dieser Überzeugung bestärkt. In unserer klinischen Arbeit wurden wir auf das Thema aufmerksam, als immer wieder Menschen aus verschiedenen beruflichen Kontexten in unserer Psychotherapie-Ambulanz vorstellig wurden, die essenziell darunter litten, chronisch und exzessiv aufzuschieben. Ihr gemeinsames Problem bestand vor allem in einem chronischen stark ausgeprägten Aufschieben von wichtigen oder sogar unerlässlichen Arbeiten, aber ihre Primär Diagnosen waren unterschiedlich und konnten in der Regel diesen Mangel an Selbststeuerung nicht erklären. In manchen Fällen gab es trotz klinisch signifikanten Leidens aufgrund des Aufschiebens darüber hinaus keine spezifische Diagnose obwohl die Betroffenen nicht nur Beeinträchtigungen durch die Konsequenzen des Aufschiebens, sondern auch extreme psychische und körperliche Symptome schilderten.

In der Folgezeit recherchierten wir zu diesem Phänomen und führten selbst wissenschaftliche Untersuchungen in unterschiedlichen studentischen und nicht studentischen Stichproben durch. Dabei fanden wir bedeutsame Zusammenhänge beispielsweise mit ADHS, Depression und Versagensangst. Es wurde deutlich, dass Prokrastination in allen Berufsgruppen vorkommt, dass sie sich auf eine

Vielzahl persönlich wichtiger Aufgaben und alltäglicher Verrichtungen erstreckt, und dass sie nicht selten eine lebensbeherrschende Beeinträchtigung darstellt.

Offensichtlich ist das Problem Prokrastination so universell und mit so viel Leid und schädlichen beruflichen und privaten Folgen für die Betroffenen verbunden, dass der Behandlungsbedarf unübersehbar ist. Wie können wir den Betroffenen helfen, diese Störung ihrer Selbststeuerung zu überwinden? Diese therapeutische Herausforderung war für uns seit Beginn unserer Beschäftigung mit dem Thema die zentrale Frage, und unsere Antworten darauf stellen wir in diesem Manual vor.

Unsere Leitprinzipien bei der Entwicklung des Behandlungsrationalen waren Verhaltensnähe, Einfachheit und Zeitökonomie; die kontinuierliche Evaluation aller hier vorgestellten Behandlungsmethoden war und ist uns ein zentrales Anliegen. In der Fachliteratur finden sich etliche Behandlungsvorschläge, in denen entweder in eklektizistischer Manier viele unterschiedliche mehr oder weniger spezifische Behandlungskomponenten zusammengestellt sind oder in denen aus einer pädagogischen Perspektive vor allem die Arbeitsmotivation verbessert werden soll. Der hier vorgestellte Ansatz weicht von beiden Traditionen durch die Konzentration auf wenige spezifische und verhaltensnahe Elemente ab, die von Therapeuten gut erlernt und den Betroffenen gut vermittelt werden können, und deren Wirkprinzip leicht nachzuvollziehen ist. Die von uns entwickelten Behandlungsmodulare können in reguläre kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiepläne bruchlos eingebaut werden.

Im Dezember 2016 ist zudem unser Ratgeber „Heute fange ich wirklich an!“ im Hogrefe-Verlag erschienen, den Patienten auch parallel zur Behandlung oder zur Rückfallprophylaxe lesen können, um ihr Wissen bezüglich Entstehung und Aufrechterhaltung sowie Behandlungsmethoden zu festigen und aufzufrischen, und der sich ebenso für ein eigenverantwortliches Veränderungsprojekt eignet. Unseren jetzigen Forschungs- und Kenntnisstand zur Diagnostik und zur Behandlung von Prokrastination haben wir in Zusammenarbeit mit vielen Kolleginnen und Kollegen sowie Stu-

dierenden erreicht. Ihnen wollen wir hier danken für ihr Interesse am Thema Prokrastination, für die intensiven Diskussionen bei den Treffen unserer Forschungsgruppe und für ihren Einsatz bei der Beantwortung unserer vielen Fragen zum Bedingungsmodell und zur Behandlung der Prokrastination in ihren empirischen Abschlussarbeiten – sie alle haben zur Entstehung dieses Manuals beigetragen!

Danksagung

Wir danken unseren früheren und aktuellen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Prokrastinationsambulanz der Universität Münster: v. a. Eva Frings, Lena Reinken (geb. Beck), Karoline Krumm, Katrin Hönen, Julia Beumler und Stephan Förster.

Wir danken unseren Diplomandinnen, die gemeinsam mit uns die einzelnen Behandlungsmodule entwickelt und in ihren Diplomarbeiten erstmals durchgeführt und evaluiert haben: Julia Beißner, Sarah Nieroba, Nicole Samberg und Maike Wildt.

Wir danken allen Diplomanden bzw. Master- und Bachelorstudierenden die für ihre Abschlussarbeiten eine Fragestellung aus unserer Forschungsgruppe zur Prokrastination übernommen haben: Inga Opitz, Julia Patzelt, Björn Deters, Dina Menke, Birthe Jaensch, Karoline Krumm, Dorothee Brückner, Meike Braukmann, Lena Reinken (geb. Beck), Anita Bandalo, Eva Frings, Sarah Rossa, Sonja Westermann, Dorothee Müller, Sophie

Bischoff, Ruth Haferkamp, Andrea Daemen, Marijke Hullegie, Anna Engberding, Milena Mentgen, Carolin Spieker, Inez Frank, Laura Engelke, Michaela Lues, Johanna Schulte, Cornelia Scheuerle, Nicole Paßlick, Johanne Wolf, Hannah Wittmann, Carola Schmidt, Christian Wolff, Melanie Lindenberger, Nele Hannig und Verena Jurilj.

Wir danken den Korrektorinnen des Manuskripts: Imke Pudritz, Johanna Schulte und Janna von Beschwitz.

Wir danken der Psychotherapie-Ambulanz des Fachbereichs Psychologie und Sportwissenschaften der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, dem An-Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung (IPP), der Christoph-Dornier-Stiftung (CDS) Münster und der Universitätsgesellschaft Münster e.V. für die Unterstützung unserer Forschungsarbeiten.

Wir danken Frau Prof. Dr. Marianne Ravenstein, Prorektorin für Lehre im Rektorat der Westfälischen Wilhelms-Universität dafür, dass sie die Arbeit unserer Prokrastinationsambulanz in ihrer Bedeutung für das Wohlergehen der Studierenden, die Verkürzung der Studienzeiten und die Verhinderung von Studienabbrüchen gewürdigt und wirkungsvoll unterstützt hat.

Münster, Januar 2017

*Anna Höcker,
Margarita Engberding
und Fred Rist*

Kapitel 1

Beschreibung der Störung

1.1 Aufschieben und Prokrastination

Mit dem Begriff „Aufschieben“ bezeichnen wir die Verlagerung einer Entscheidung oder einer Aktivität von einem früheren auf einen späteren Zeitpunkt. Das englische Verb „to procrastinate“ bzw. das deutsche „prokrastinieren“ geht auf das lateinische „procrastinare“ zurück, das ohne negative Konnotation als „aufschieben“, „vertagen“ (crastinum = morgen, der morgige Tag) zu übersetzen ist. Ursprünglich war damit also eine eher positiv bewertete Verhaltensweise gemeint, nämlich das reflektierte Aufschieben von schwerwiegenden Entscheidungen bis zu einem günstigen Zeitpunkt, der einer Handlung mehr Erfolg sichert. Im Sprachgebrauch der Gegenwart überwiegt jedoch die negative Konnotation von Prokrastination im Sinne von „zögern“, „zaudern“, „eine Sache nicht in Angriff nehmen, obwohl das längst fällig wäre“, gegenüber der ursprünglichen Interpretation von Aufschieben als Gegenteil ungestümen und unüberlegten Handelns.

Im Alltag bestimmt eine Vielzahl von Faktoren, welche Aktivität wann, wie und zugunsten welcher alternativen Tätigkeit aufgeschoben wird. In dem Maße, wie Arbeitsabläufe frei gestaltet werden können, müssen zu einem bestimmten Zeitpunkt immer wieder Entscheidungen zwischen verschiedenen gerade durchführbaren Aktivitäten getroffen werden. Das Aufschieben von Tätigkeiten ist deshalb häufig, alltäglich und nicht primär dysfunktional, sondern entspricht einer flexiblen Handlungskontrolle, mit der spontan auf aktuellen Handlungsbedarf reagiert werden kann. Oft sind die vorgezogenen Tätigkeiten solche, die kurzfristig anfallen und schnell zu erledigen sind oder deren vorgezogene Erledigung durch ihre Dringlichkeit begründet werden kann. Solche Entscheidungen sind jedoch nicht allein durch die objektive Wichtigkeit und Dringlichkeit der zu wählenden Aktivitäten bestimmt, sondern immer auch durch psychische Einflussfaktoren. Die Entscheidung, was aufgeschoben wird und was weitergeführt wird, steht in Zusammenhang mit der momentanen Stimmung, der Antizipation von Erfolg und Misserfolg, dem erwarteten Einfluss der Tätigkeit auf die Stimmung und generell der Abwä-

gung von Kosten und Nutzen einer unmittelbaren im Vergleich zu einer späteren Ausführung. Die Stärke und Richtung des Einflusses solcher Faktoren wird durch die Konstellation von situationsübergreifenden Persönlichkeitsmerkmalen eines Menschen noch weiter modifiziert.

Nur wenige Personen werden von sich sagen können, dass sie sich bei freier Wahlmöglichkeit in solchen Entscheidungssituationen immer zugunsten des wichtigeren Ziels und zu Ungunsten der alternativen, aber momentan attraktiver oder dringlicher erscheinenden Aktivitäten entscheiden. Aufschieben wird jedoch dann zum Problem, wenn persönlich wichtige Tätigkeiten überwiegend zugunsten weniger wichtiger Tätigkeiten aufgeschoben werden, wenn also die tatsächlich durchgeführten Handlungen anhaltend nicht den eigenen Absichten zur Erreichung wichtigerer Ziele entsprechen. Ein Thema für die Klinische Psychologie wird Aufschieben erst dann, wenn ein solches Verhalten habituell wird und trotz bereits gravierender negativer Folgen nicht eingeschränkt werden kann. Tätigkeiten zur Erreichung persönlich wichtiger Ziele werden dann so oft oder in so vielen Bereichen aufgeschoben, dass der Lebensvollzug beeinträchtigt ist und das Aufschieben zu persönlichen Nachteilen von erheblichem Ausmaß führt. Diese Nachteile umfassen sowohl objektive Leistungseinbußen (z. B. schlechte Noten, verlängerte Ausbildungszeiten, nicht erreichte Ausbildungsabschlüsse), Belastungen zwischenmenschlicher Beziehungen (Ärger und Enttäuschung anderer über nicht eingehaltene Leistungsversprechen), als auch Beeinträchtigungen des eigenen Wohlbefindens (z. B. Stressgefühle, Schlafstörungen, reduziertes Selbstwertgefühl, Depressivität bis zur manifesten Depression). Ein derart chronisches und exzessives Aufschieben wird in der Ausbildung, im Beruf und auch im privaten Leben zum Problem für die Betroffenen selbst und ihre Interaktionen mit anderen. Das immer wieder praktizierte Vermeiden der Arbeit für ein persönliches Ziel, obwohl dieses als wichtig angesehen wird und obwohl Zeit dafür zur Verfügung steht, erscheint den Betroffenen dabei oft selbst so rätselhaft wie den Menschen, die mit ihnen zu tun haben. Dieses dysfunktionale, mit Leid, negativen

Konsequenzen für das eigene Leben und Risiken für die Entwicklungen weiterer Störungen verbundene Verhalten ist von gewöhnlichem Aufschieben abzugrenzen. Im Folgenden sprechen wir hier von pathologischem Aufschieben oder Prokrastination.

1.2 Kennzeichen von Prokrastination

Prokrastination findet sich als Thema in der wissenschaftlichen Literatur etwa seit 1970, verstärktes Interesse an Prokrastination ist aber erst ab ca. 1990 festzustellen. Viel Verdienst für die Festlegung und Ausgestaltung des Forschungsthemas Prokrastination hatte das Buch „Procrastination and Task Avoidance“ von Ferrari, Johnson und McCown (1995). Wichtige weitere Sammelveröffentlichungen sind ein Sonderheft zum Thema Prokrastination („Procrastination: Current issues and new directions“) im „Journal of Social Behavior and Personality“, herausgegeben von Ferrari und Pychyl (2000), sowie ein Sammelband zu ersten Behandlungsansätzen bei Prokrastination, herausgegeben von Schouwenburg, Lay, Pychyl und Ferrari (2004). Mittlerweile sind hunderte von Einzelarbeiten zum Thema Prokrastination zumeist im englischen Sprachraum erschienen. Im Vergleich zu anderen problematischen Verhaltensweisen oder Persönlichkeitsmerkmalen ist Prokrastination jedoch noch immer erstaunlich wenig erforscht. Insbesondere verwundert der Mangel an einschlägigen Arbeiten im deutschen Sprachraum, obwohl in der deutschen Psychologie vielfach zu motivationalen und volitionalen Modellen des Lernens und Arbeitens publiziert wird (vgl. Heckhausen & Heckhausen, 2010). Der Großteil der einschlägigen Untersuchungen betrifft „akademische Prokrastination“, womit Prokrastination speziell bei Schülern, Studierenden oder wissenschaftlich Tätigen in akademischen Einrichtungen gemeint ist: Zumeist wird in solchen Untersuchungen bei Schülern oder Studierenden das Ausmaß der selbstberichteten Aufschiebetendenz erfasst und mit anderen Persönlichkeits- oder Situationsmerkmalen in Beziehung gesetzt. Selten werden dabei jedoch klinisch bedeutsame und behandlungsbedürftige Ausprägungen der Aufschiebetendenz – also der Prokrastination im von uns vorgeschlagenen engeren Sinn – gesondert erfasst und beschrieben. Entsprechend findet sich in der Literatur zum Aufschiebeverhalten eine ganze Reihe von Definitionen von Prokrastination, die aber nicht speziell klinisch formuliert sind (vgl. Kasten 1).

Kasten 1: Definition von Prokrastination

„Procrastination ...

- ... manifests itself in frequent delays in starting and/or completing tasks to deadline.“ (Ferrari et al., 1995)
- ... is the act of needlessly delaying tasks to the point of experiencing subjective discomfort.“ (Solomon & Rothblum, 1984)
- ... can be typified as avoidance behaviour and can be seen as the avoidance of the execution of an intended action. The action is (cognitively) important to the individual but is anticipated as something (affectively) unattractive, causing an approach-avoidance conflict. It presents an intrapersonal conflict between what one should do and what one wants to do and losing it instead of solving it.“ (van Eerde, 2003)
- ... [means] putting the tasks off past the optimal time it should be initiated to guarantee the maximal likelihood of its successful completion.“ (Silver, 1974)
- ... [means] voluntarily delaying an intended course of action despite expecting to be worse off for the delay.“ (Steel, 2007)

Diese Definitionen nennen zwar unterschiedliche Aspekte des Aufschiebens, stimmen aber in einem Kern von Merkmalen überein. Gemeinsam ist allen Definitionen, dass Aktivitäten, die zur Erreichung wichtiger Ziele nötig sind, zugunsten anderer Aktivitäten aufgeschoben werden. Zusätzlich werden folgende Merkmale von Prokrastination herausgestellt: dass dieses Verhalten die Qualität der schließlich erbrachten Leistung gefährdet oder tatsächlich mindert, dass die aufgeschobene Tätigkeit selbst aversiv ist und die Beschäftigung damit Unbehagen auslöst, aber auch, dass das Aufschieben selbst wiederum Unbehagen auslöst. Betont wird, dass sowohl der Akt des Aufschiebens bewusst geschieht als auch die Konsequenzen der Handlung den Betroffenen bewusst sind. In der Kombination beschreiben diese Definitionen Prokrastination als eine komplexe Störung der Handlungskontrolle, an der affektive, kognitive und motivationale Faktoren beteiligt sind.

Implizit ist jedoch allen Definitionen, dass mit Prokrastination habituelles Aufschiebeverhalten bezeichnet wird, und nicht vereinzelt auftretendes, auf bestimmte Ziele beschränktes Aufschieben. Keine der vorgestellten Definitionen enthält jedoch eine Aussage zur Häufigkeit oder Intensität

des Aufschiebens – lediglich Ferrari et al. (1995) beziehen Prokrastination auf „häufige Verzögerungen“. Ferrari et al. (1995) hatten die Hoffnung, dass für pathologische Prokrastination ähnlich wie z. B. für Depression oder Panikstörung Kriterien für eine kategoriale Diagnose entwickelt würden. Dies ist bisher noch nicht geschehen: Weder Häufigkeit und Intensität des Aufschiebens noch Zeiträume für das Bestehen der Problematik noch das Ausmaß der damit verbundenen persönlichen negativen Konsequenzen wurden bislang für Prokrastination so festgelegt, wie dies bei anderen psychischen Störungen nach der Logik der ICD und des DSM geschehen ist. Vielleicht ist dieser Mangel der Grund, warum das Forschungsgebiet Prokrastination in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bisher so wenig bearbeitet wurde. Erinnern wir uns daran, dass auch die Panikstörung als Forschungsgebiet erst bedeutsam wurde, nachdem erstmalig im DSM-III diagnostische Kriterien dafür festgelegt worden waren. Trotz zahlreicher Untersuchungen zum Aufschieben mangelt es an Untersuchungen von Menschen, die Aufschieben in selbstschädigendem Ausmaß betreiben, also Kriterien für Prokrastination oder ein „Prokrastinationssyndrom“ (Ferrari et al., 1995) erfüllen könnten. Das veranlasste uns dazu, einen unserer Forschungsschwerpunkte auf die Erforschung von Kriterien für Prokrastination zu legen: In Kapitel 1.10 finden Sie unsere vorläufigen Kriterien für Prokrastination, die wir nach einer Reihe wissenschaftlicher Studien an der Prokrastinationsambulanz der Universität Münster formuliert und aufgrund weiterer empirischer Untersuchungen optimiert haben.

1.3 Fall-Illustrationen zur Prokrastination

Als ein indirektes Kriterium für pathologisches Aufschieben kann das Nachfragen nach Rat und die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten wegen habituellen Aufschiebens angesehen werden. Starke Ausprägungen des Aufschiebens, die dazu motivieren, Rat und Behandlungsmöglichkeiten zu suchen, können wir anhand von Beschreibungen von Studierenden aus unseren Behandlungsgruppen illustrieren (vgl. Kasten 2). Sie behandeln jeweils unterschiedliche thematische Schwerpunkte des Aufschiebens, wie z. B. Prüfungsvorbereitung, Hausarbeiten und Examensarbeit. Im Einklang mit den zuvor vorgestellten Definitionen ist allen Beschreibungen gemeinsam, dass die wichtige Aufgabe klar erkannt wird, auch für bewältigbar gehalten wird und sozusagen ständig in greifbarer Nähe bleibt, dass sie aber anhaltend bzw. jeden Tag aufs Neue vermieden wird. Gemeinsam ist auch allen Schilderungen, dass sich die Betroffenen der Diskrepanz zwischen der dadurch erzwungenen Lebensführung und einer besseren, mit ihren Vorstellungen mehr im Einklang stehenden Lebensgestaltung bewusst sind, ein erheblicher Leidensdruck und das Gefühl der Ohnmacht gegenüber diesem Defizit der eigenen Handlungssteuerung.

Wenn Aufschieben anhaltend und umfassend das Erreichen von Arbeitszielen verhindert, dann sind negative Folgen für den Beruf und die Lebensgestaltung unvermeidlich. Bei Menschen, die unter

Kasten 2: Fallbeispiele

Prüfungsvorbereitung

„... bei mir hat bislang eigentlich immer alles geklappt, aber es war zum Schluss immer totaler Stress: Nachts lange lernen die letzten Tage vor der Prüfung, sodass ich da dann noch ordentlich was tun musste, obwohl ich mir vorher schon vorgenommen hatte, pünktlich anzufangen und auch die Zeit dafür da war und es dann immer wieder nicht gemacht habe ... auch jetzt wieder ... ich komme einfach nicht mehr hinterher und hänge wieder hinter meinem Zeitplan, sodass ich wieder kurz vorher da sitzen werde und die Nächte zum Tag werden.“

Zeitmanagement I

„... bei mir wird dann auch alles auf den letzten Drücker gemacht, ich bin dann jenseits von Gut und Böse. Ich bin dann total manisch und ich krieg gar nichts mehr hin. Der Berg von Dingen, die ich machen soll, ist dann total riesig, auch der ganze Kleinkram fällt mir dann ein, dass ich zuhause anrufen sollte oder wieder mal zum Zahnarzt sollte zum Beispiel. Das wird alles eine riesige Belastung und ich weiß überhaupt nicht, wo ich überhaupt anfangen soll ... Ich entwickle jeden Monat mindestens eine neue Methode, wie ich anders an das Problem herangehen könnte. Von A, B, C, D-Prioritäten bis auf großes Plakat gemalt und im Zimmer aufgehängt und dann habe ich Zettel und Tagespläne gemacht ...“

Kasten 2: Fallbeispiele (Fortsetzung)*Schriftliche Leistungen*

„... ich bin quasi scheinfrei bis auf Kleinigkeiten, die ich liegengelassen habe, weil ich keine Deadline hatte. Es wurde gesagt: ‚Geben Sie es irgendwann im Laufe des Studiums ab‘. Und das heißt für mich, ich lass es erstmal liegen. Mache ich dann in 2 Monaten. Das Praktikum habe ich vor 3 Jahren gemacht, der Bericht steht noch aus, die Dozentin ist aber immer noch da ... Und dann ist da noch ein ganz einfaches Protokoll, was ich einfach nur hätte schreiben müssen. Der Dozent hat gesagt: ‚Geben Sie es Anfang der Semesterferien ab.‘ Anfang ist aber relativ, irgendwann war Mitte der Semesterferien und ich dachte, das kann man immer noch zum Anfang rechnen. Und dann war das Semester da und ich hatte andere Sachen zu tun und ich habe es irgendwann ganz liegen lassen und hoffe darauf, dass ich das dann noch nachträglich einreichen kann.“

Examensarbeit

„... ich muss mich jetzt endlich zur Examensarbeit anmelden, weil meine Eltern Druck machen und ich selbst langsam das Gefühl habe, ich krieg nichts mehr gebacken. Aber ich schiebe es immer wieder vor mir her, weil mir immer wieder irgendwelche anderen Dinge einfallen. Hauptgrund ist auch das Arbeiten nebenher. Es ist schön, wenn man Kohle auf dem Konto hat, da kann man schön shoppen gehen, was dann auch wieder ablenkt ... Ich kann mich noch nicht wirklich aufraffen, damit anzufangen. Und damit ich genug Geld habe, muss ich ja auch ordentlich arbeiten gehen und das übertreibe ich dann halt, um mein schlechtes Gewissen zu beruhigen, wenn ich nichts mache. Das ist ein kleiner Teufelskreis irgendwie ...“

Zeitmanagement II

„... jeden Sonntagabend mache ich so eine Wochenbilanz für mich im Kopf. Montag fängt die neue Woche an und dann merke ich, ich habe nichts geschafft und bin vielleicht noch leicht verkatert, da ich am Wochenende weg gewesen bin. Das schlägt natürlich auf die Stimmung. Das ist immer ganz schlimm alles. Ich durchbreche das dann aber trotzdem nicht. Dann ist Montag und ich denke, ich fange Dienstag an, und dann ist Mittwoch und die Woche ist schon wieder fast vorbei. Dann ist eh wieder alles gelaufen. Dann schiebe ich es am Sonntag wieder auf Montag. So geht das jetzt wirklich schon seit 4 bis 5 Monaten ...“

chronischem exzessiven Aufschieben leiden, stellen sich massive Zweifel am eigenen Wert und ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit ein, das bis zur Stärke einer Depression anwachsen kann. Bei jemandem, der in einem solchen Ausmaß betroffen ist, beschränkt sich das Aufschieben allerdings nicht mehr auf einzelne, ungeliebte Tätigkeiten. Aufschieben beherrscht dann das ganze Leben und führt zu existenziell ausweglosen Situationen. In mittlerweile zahlreichen Internetforen zum Thema Prokrastination wird dieses häufig klagsam, ironisch oder mit Selbstärger behandelt. Es finden sich aber immer wieder auch tragische Berichte über Prokrastination. Beispiele dafür sind im Kasten 3 aufgeführt. Es handelt sich dabei nicht um ungewöhnliche Einzelfälle, sondern sie entsprechen typischen Schilderungen von Menschen, die unsere Prokrastinationsambulanz aufgesucht haben.

1.4 Häufigkeit von Prokrastination

Überraschend viele Menschen geben an, die Erledigung wichtiger Dinge trotz daraus resultierender Nachteile aufzuschieben, und auch, dass sie diese Gewohnheit gerne ablegen würden, ihnen eine Veränderung aber schwer fällt: In Umfragen bei US-amerikanischen College-Studenten bezeichnen sich bis zu 75 % als Aufschieber, ca. 50 % davon haben dadurch Probleme im Studium. In einer anderen Befragung verwendeten Studierende im Durchschnitt etwa ein Drittel ihres Alltags auf Aufschieben und nicht zielführende Tätigkeiten (Pychyl, Lee, Thibodeau & Blunt, 2000). In unseren eigenen Untersuchungen an der Universität Münster fanden wir je nach Studienfach zwischen 7 und 14,6 % Studierende, die Prokrastination in bedenklichem Ausmaß angeben (Deters, 2006; Krumm et al., 2011). Aber auch in der

Kasten 3: Beispiele für pathologisches Aufschieben aus Internet-Foren*Aufschieben als existenzielle Gefährdung*

„... Ich neige dazu, essenziell wichtige Tätigkeiten, die mir Unbehagen bereiten, vor mir her zu schieben. Z. B. Kunden zurückrufen, Überweisungen schreiben, Post öffnen, Steuererklärung machen, Job suchen. etc. Ich schiebe so stark auf, bzw. erledige Dinge in einem Maße gar nicht, dass ich mich dabei existenziell gefährde. Mein Studium scheiterte vor einigen Jahren daran. Jetzt ist meine Selbstständigkeit daran gescheitert. Statt mir zu überlegen, wie es weitergeht, sitze ich seit 8 Wochen im Büro und surfe im Internet herum. Ich bin jetzt 32. Wenn ich nicht bald die Kurve kriege, habe ich wenig Hoffnung auf ein langes Leben ...“

Selbstbeobachtung beim Aufschieben

„... Wie kann man nur so U-N-produktiv sein wie ich? Ich hab so einen riesigen Berg zu lernen. Für die Zwischenprüfung. Das ist unglaublich viel. Aber im Prinzip doch irgendwie überschaubar. Eigentlich ist mir komplett klar, was ich machen muss. Und ganz im Prinzip bin ich auch motiviert. Und trotzdem verbringe ich Tage und Tage und Tage mit wirklich komplett sinnlosem Rumsitzen, mich von einer Internetseite zur nächsten treiben lassen, zwischendurch essen und sonst einfach mal den ganzen Tag lang nichts von dem machen, was ich machen müsste. Und am nächsten Tag das Gleiche. Weggehen geht auch nicht, weil „ich muss schließlich lernen“. Dann, wenn’s wirklich zu schlimm wird, bin ich im Kopf absolut so weit zu sagen „Okay – jetzt los. Jetzt machst du einfach das und das und das und los geht’s.“. Und nichts passiert. Ich bin absolut bereit, loszuarbeiten und mein Körper bewegt sich nicht. Der Zeigefinger klickt einfach auf die linke Maustaste und schiebt mich zur nächsten www-Seite. Oder mein Appetit meldet sich. Das klappt auch immer. Nur Lernen geht nicht. Nicht mal das Anfangen geht, danach würde es wahrscheinlich ganz einfach sein ...“

Allgemeinbevölkerung ist Prokrastination häufig: In US-amerikanischen Untersuchungen bezeichneten sich ca. 20 % der Bevölkerung als „chronische Aufschieber“. Ähnliche Zahlen wurden auch beim Vergleich von Stichproben aus den USA, Australien, England, Spanien und Peru anhand normierter Fragebögen zur Erfassung von Prokrastination ermittelt (Ferrari, O’Callaghan & Newbigin, 2005). Zu den ebenfalls erfragten Konsequenzen gehörten Leistungsbeeinträchtigungen und anhaltende Unzufriedenheit mit sich selbst.

Einschränkend muss jedoch zu diesen Prävalenzschätzungen gesagt werden, dass die Feststellung, wer prokrastiniert und wer nicht, davon abhängt, was genau gefragt wird oder wie Prokrastination operationalisiert wird, und daher zumeist recht willkürlich ist: In Ferrari et al. (2005) wurde in einzelnen Ländern ermittelt, wie viel Prozent der Probanden außerhalb des Bereichs von einer Standardabweichung über dem Mittelwert der Gesamtstichprobe lagen. Hier wurde also nur eine statistische Norm verwendet. Für unsere Prävalenzangaben für Prokrastination bei Studierenden verwendeten wir als Kriterium den Mittelwert der Antworten der anschließend behandelten Studierenden in einem Fragebogen zur Erfassung der

Aufschiebetendenz. Die Überlegung dabei ist, dass die Fragebogenwerte der behandelten Studierenden zum Ausmaß ihres Aufschiebens einen Hinweis auf Behandlungsbedürftigkeit geben können. Bei anderen Studierenden mit Werten, die über dem Mittelwert der behandelten Studierenden liegen, sollte mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ebenfalls Behandlungsbedarf bestehen.

Die Festlegung eines kritischen Wertes in einem Prokrastinationsfragebogen ohne Angaben zu der damit verbundenen Sensitivität und Spezifität bezüglich eines externen Prokrastinationskriteriums, z. B. materielle und emotionale Folgen, ist recht beliebig. Ein Indikator für eine beachtliche Prävalenz von Prokrastination und Aufschieben in der Bevölkerung ist jedoch die große Zahl von Ratsgebern zum „Zeitmanagement“, die in den Buchhandlungen und im Internet angeboten werden. Demnach ist die Unzufriedenheit mit der eigenen Zeiteinteilung in der Bevölkerung weit verbreitet. Manche Autoren fürchten, dass als Folge der zunehmenden Verfügbarkeit von Ablenkungsmöglichkeiten durch elektronische Medien, die vor einigen Jahrzehnten noch gar nicht denkbar waren, die Häufigkeit von Prokrastination zunehmen wird (Steel, 2007).

1.5 Akademische Prokrastination versus Alltags-Prokrastination?

Untersuchungen zur Prokrastinationstendenz erfassen Prokrastination als eine Verhaltensdisposition analog zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen wie Dominanzstreben, Aggressivität oder Offenheit. Menschen unterscheiden sich beträchtlich darin, wie oft und wie intensiv sie mit Aufschieben in Situationen reagieren, in denen sie sich zwischen unangenehmen, aber wichtigen (weil zielführenden) Tätigkeiten und angenehmeren oder dringenderen, aber unwichtigeren (weil nicht zielführenden) Tätigkeiten entscheiden können. Gefragt wird in diesen Untersuchungen nach den kritischen Persönlichkeitsmerkmalen, deren Zusammenspiel die Ausprägung der Prokrastinationstendenz vorhersagt. Wie bereits erwähnt, stammen etwa 90 % der einschlägigen Untersuchungen aus dem englischsprachigen Raum und von diesen befassen sich wiederum etwa 90 % mit „akademischer Prokrastination“, d. h. dem Aufschiebeverhalten bei Studierenden. Untersuchungen im akademischen Bereich überwiegen nicht deshalb, weil hier Prokrastination häufiger ist oder schlimmere Folgen hat als im Berufsleben. Den wenigen Untersuchungen bei Angestellten von Unternehmen zufolge ist bei diesen die Prokrastinationstendenz nicht weniger ausgeprägt als in anderen Stichproben (Ferrari et al., 2005). Prokrastination ist bei Studierenden lediglich leichter festzustellen und zu untersuchen, da diese als Probanden für Forscher leichter verfügbar sind und da die Anforderungen des Lernens und des Schreibens wissenschaftlicher Arbeiten vergleichsweise standardisierte Bedingungen herstellen, in denen Prokrastination leicht erkennbar ist.

Häufig wird zwischen akademischer Prokrastination und Alltags-Prokrastination, wovon andere Ziele und Aktivitäten betroffen sind, unterschieden. Diese Differenzierung scheint nahezuliegen und entsprechend könnte generell zwischen Aufschieben im Beruf und im Privatleben unterschieden werden. Es stellte sich jedoch heraus, dass bei Prokrastinierenden in der Regel beide Bereiche betroffen sind: In einer Untersuchung an Studierenden und deren Eltern war die Prokrastinationstendenz bei alltäglichen Aufgaben hoch korreliert mit der Prokrastinationstendenz bei akademischen Aufgaben, und zwar sowohl bei den Studierenden ($r = .65$) als auch bei ihren Eltern. Die beiden für die inhaltlich verschiedenen Bereiche erfassten Prokrastinationstendenzen waren auch gleicher-

maßen mit Unbehagen verbunden (Milgram, Meytal & Levison, 1998). Menschen, die nur in einem der beiden Bereiche eine Prokrastinationstendenz aufweisen, sind offensichtlich selten. Deshalb sehen wir keinen Anlass zur qualitativen Unterscheidung zwischen akademischer Prokrastination und Prokrastination bei Tätigkeiten im Berufsleben und im privaten Bereich. Studierende, die wegen ihres Aufschiebens Prüfungen nicht bestehen, und Journalisten, die ihren Beitrag immer erst nach Redaktionsschluss abliefern, verhalten sich gleichermaßen im Sinne einer ausgeprägten Prokrastinationstendenz. Deshalb können Ergebnisse aus Untersuchungen mit Studierenden durchaus auf Prokrastination in anderen Lebenssituationen übertragen werden.

1.6 Die systematische Erfassung der Prokrastinationstendenz

In den letzten 20 Jahren sind einige Fragebögen zur Erfassung der Prokrastinationstendenz im englischen Sprachraum entwickelt worden, aber nur wenige davon wurden auch im deutschen Sprachraum implementiert. Zum Teil handelt es sich dabei um sehr spezielle Inventare, die auf eine bestimmte Leistungssituation bezogen sind, etwa für die Untersuchung von Arbeitsstörungen bei Studierenden bestimmter Fächer. In solchen Fragebögen wird das Aufschieben von Leistungen erfasst, die für diesen Kontext spezifisch sind, wie etwa das Anfertigen schriftlicher Hausarbeiten oder die Vorbereitung auf mündliche und schriftliche Prüfungen. Die Prokrastinationstendenz kann aber auch mit Fragen, die allgemein auf jede Arbeitssituation anwendbar sind, gut erhoben werden. Menschen mit Prokrastinationstendenz stimmen typischerweise solchen Aussagen zu: „Ich zögere den Beginn von Aufgaben bis zum letzten Moment hinaus.“, „Auch wenn ich mir vornehme, mit einer Arbeit anzufangen, schaffe ich es nicht.“ und „Durch mein Aufschieben leiste ich weniger, als ich eigentlich leisten könnte.“ In Kapitel 4 stellen wir diagnostische Verfahren zur Erhebung der Prokrastinationstendenz vor.

1.7 Prokrastination und Persönlichkeitsmerkmale

Die überwiegende Zahl der Untersuchungen zur Prokrastination ist als Querschnittsuntersuchung bei Studierenden und Schülern angelegt. Häufig

wird dabei nach dem Zusammenhang zwischen der Prokrastinationstendenz und allgemeinen Persönlichkeitsmerkmalen (z. B. Neurotizismus) sowie für den Leistungsbereich spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen (z. B. Leistungsmotivation) gefragt. Die zahlreichen einschlägigen Untersuchungen wurden in mehreren Metaanalysen zusammengefasst. Wir beziehen uns im Folgenden auf die umfassende Analyse von Steel (2007). Die wichtigsten dort berichteten Zusammenhänge sind in Tabelle 1 zusammengestellt und nach der Stärke des Zusammenhangs mit der Prokrastinationstendenz und anderen Indikatoren für habituelle Prokrastination (z. B. die durchschnittlich vergangene Zeit von der Absicht bis zur Ausführung einer Aufgabe) geordnet.

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen Prokrastination und verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen nach der Metaanalyse von Steel (2007)

Persönlichkeitsmerkmal	Stärke des Zusammenhangs (Korrelation)
Gewissenhaftigkeit	-.62
Selbstkontrolle	-.58
„Self-handicapping“	.46
Ablenkbarkeit	.45
Impulsivität	.41
Aufgabenaversivität	.40
Selbstvertrauen	-.38
Organisiertheit	-.36
Leistungsmotivation	-.35
Depressivität	.28
Selbstwert	-.27
Neurotizismus	.24
Leistungsmaße	-.19
Intelligenz	.03

Die stärksten Zusammenhänge bestehen mit Gewissenhaftigkeit und Selbstkontrolle. Das ist intuitiv einleuchtend – nach unserem Vorverständnis von Selbstdisziplin und Gewissenhaftigkeit schließen diese Persönlichkeitsmerkmale Prokrastination geradezu aus. Gewissenhaftigkeit, Selbst-

kontrolle und auch Organisiertheit ($r = -.36$) sind Facetten des Selbstmanagements oder der Handlungssteuerung. Zum Teil ist ihre Assoziation mit Prokrastination allerdings trivial, da zur Operationalisierung dieser Persönlichkeitsmerkmale Fragen nach der genauen und gründlichen Erledigung von Aufgaben gehören, die inhaltlich – mit umgekehrter Polung – denen in Prokrastinationsfragebögen entsprechen. Der funktionale Erklärungswert dieses Variablenkomplexes, etwa als Schutzfaktor gegen die Entwicklung habitueller Prokrastination, ist deshalb nicht hoch einzuschätzen. Im Big-Five-Modell der Persönlichkeit mit den Faktoren Neurotizismus, Introversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit finden sich neben dem starken negativen Zusammenhang zwischen Prokrastination und Gewissenhaftigkeit auch Zusammenhänge mit anderen Faktoren, insbesondere mit Neurotizismus. Der Einfluss dieser übrigen Faktoren auf die Ausprägung von Prokrastination scheint aber völlig durch den Faktor Gewissenhaftigkeit vermittelt zu sein (Steel, 2007), sodass auch Neurotizismus nur über seine ebenfalls negative Assoziation mit Gewissenhaftigkeit die Prokrastinationstendenz fördert. Weitere Variablen aus dem Bereich der Selbststeuerung, die im mittleren Bereich mit der Prokrastinationstendenz korrelieren, sind Impulsivität und Ablenkbarkeit. Beide Konstrukte beschreiben eine Disposition auf spontan intern oder extern auftretende Reize zu reagieren und dadurch ggf. einen anderen, wichtigeren Handlungsablauf zu unterbrechen.

Es ist naheliegend, dass auch die allgemeine Motivation, Leistungen zu erbringen, mit Prokrastination zusammenhängt. Dieser Zusammenhang ist allerdings mit $r = -.35$ weniger stark als man gemeinhin vermutet: Prokrastination kann demnach durchaus auch bei hoher Leistungsmotivation vorliegen. Der Zusammenhang zwischen Prokrastinationstendenz und Leistungsmotivation ist sogar noch geringer, wenn diese in Bezug auf ein spezielles Ziel erfragt wird. Egal ob es sich dabei um Studierende zu Beginn der Prüfungsvorbereitung oder Wissenschaftler beim Abfassen von wissenschaftlichen Publikationen handelt, den Prokrastinierenden ist es genauso wichtig wie den Nichtprokrastinierenden, ihr Ziel zu erreichen. Häufig planen sie sogar – solange das Ziel noch weit entfernt ist – mehr Arbeit zu investieren als Nichtprokrastinierende. Ein rein pädagogischer Ansatz zur Stärkung der Motivation zur Zielerreichung als zentrales Prinzip zur Prävention oder

Behandlung von Prokrastination erscheint deshalb wenig erfolgversprechend.

Wir können aus eigenen Befragungen von Studierenden der Universität Münster die bisher in US-amerikanischen Untersuchungen ermittelten Zusammenhänge bestätigen und in einigen Aspekten ergänzen. Insbesondere interessierte uns der Zusammenhang zwischen Prokrastinationstendenz und Perfektionismus sowie Versagens- und Bewertungsangst. Wir haben dazu 939 Studierenden aus insgesamt 45 Studiengängen befragt (vgl. Kasten 4).

Hohe Standards für die eigene Leistung – mit anderen Worten das Streben nach Perfektion – werden in der populärwissenschaftlichen Literatur über Zeitmanagement häufig als Erklärung für Prokrastination diskutiert. Dabei wird angenommen, dass Prokrastinierende bei jeder Beschäftigung mit einer wichtigen Sache ein Ergebnis antizipieren, das diesen extrem hohen Standards nicht genügt. Das sollte derartige Beunruhigung und Angst auslösen, dass damit zusammenhängende Tätigkeiten vermieden würden, was zu einem Rückgang der Angst führen, aber wiederum das Aufschieben verstärken würde. In unserer Untersuchung (vgl. Kasten 4)

Kasten 4: Prokrastinationstendenz bei Studierenden: Perfektionismus, Versagensangst und Depressivität

Hintergrund: Hängt Prokrastination mit besonders hohen Ansprüchen an sich selbst (Perfektionismus) und der Angst, diese Ansprüche nicht erfüllen zu können (Versagensangst), zusammen? Wie hängen Niedergeschlagenheit und Antriebsschwierigkeiten (Depressivität) mit der Prokrastinationstendenz zusammen? Der Zusammenhang solcher Persönlichkeitsmerkmale mit der Prokrastinationstendenz sollte bei Studierenden untersucht werden. Da noch keine so umfangreiche Untersuchung an einer größeren Stichprobe von Studierenden deutscher Universitäten durchgeführt worden war, sollte auch geklärt werden, mit welchen demografischen bzw. studienbezogenen Merkmalen die Prokrastinationstendenz zusammenhängt. Diese Untersuchung wurde in zwei Diplomarbeiten durchgeführt (Opitz, 2004; Patzelt, 2004).

Methode: Verschiedene Fragebögen zur Erfassung von Prokrastination, Versagensangst, Perfektionismus und Depressivität wurden von Studierenden der Universität Münster anonym beantwortet. Die Studierenden wurden in Lehrveranstaltungen und Mensen auf die Internetseite aufmerksam gemacht, auf der sie die Fragebögen ausfüllen konnten. Insgesamt 939 Studenten (50 % weiblich) aus 45 Fächern beteiligten sich. Sie waren im Durchschnitt 23 Jahre alt und studierten im 5. Semester. Die Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitskonstrukten und der Prokrastinationstendenz wurden mit Korrelationen und Regressionsmodellen statistisch geprüft.

Ergebnisse:

- Perfektionismus: Fremdbestimmte hohe Standards (Erwartungen der Umwelt) können Prokrastination fördern ($r = .27$). Eigene hohe Standards hängen nicht mit Prokrastination zusammen ($r = -.10$).
- Angst vor Versagen und Angst vor negativer Bewertung durch andere hängen beide stark mit Prokrastination zusammen ($r = .58$ und $r = .38$).
- Je höher die Prokrastinationswerte waren, desto stärker war auch die Depressivität ausgeprägt ($r = .65$); Näheres zu diesem Zusammenhang siehe Kapitel 1.8.
- In unstrukturierten Studiengängen wird mehr prokrastiniert als in strukturierten (19 % vs. 14 %).
- In höheren Semestern wird mehr prokrastiniert als in Anfangs- und mittleren Semestern (21 % vs. 15 bzw. 13 %).
- Männern fällt es eher schwer, ihr Pensum zu planen und damit anzufangen, Frauen sind eher unsicher und ängstlich beim Lernen.

Schlussfolgerungen: Aufschiebeverhalten ist auch bei deutschen Studierenden verbreitet und mit einer Einschränkung der Lebensqualität und der Bewältigung von Studienanforderungen verbunden. Zum Teil hängt das Auftreten von Prokrastination mit der Organisation von Studiumsanforderungen zusammen (Vergleich strukturierte – unstrukturierte Studiengänge), zum überwiegenden Teil aber mit Persönlichkeitsmerkmalen, die Schwierigkeiten beim Selbstmanagement mitbedingen. Studierenden sollte bereits früh im Studium geholfen werden, solche Schwierigkeiten bei sich zu erkennen und zu überwinden.

prokrastinieren aber eher jene Studierenden, die der Umwelt hohe Erwartungen an die eigenen Leistungen unterstellen ($r = .27$). Eigene hohe Standards sind dagegen nicht mit Prokrastination assoziiert ($r = -.10$). Versagensangst hängt jedoch unabhängig vom eigenen Perfektionismus stark mit der Prokrastinationstendenz zusammen: Prokrastinierende haben Angst, eine Leistung nicht zufriedenstellend erbringen zu können. Die Angst vor Versagen war besonders stark mit der Prokrastinationstendenz assoziiert ($r = .58$).

Wie zu erwarten beeinträchtigen Prokrastinationstendenzen die Leistung ($r = -.19$); dieser Zusammenhang ergab sich über unterschiedliche Varianten von Prüfungsleistungen und Aufgabebearbeitungen hinweg (Steel, 2007). Dabei ist wichtig festzuhalten, dass kein Zusammenhang zwischen Intelligenzmaßen und der Prokrastinationstendenz gefunden wurde ($r = -.03$). Prokrastinierende und Nichtprokrastinierende unterscheiden sich also nicht hinsichtlich ihrer intellektuellen Voraussetzungen, Aufgaben zu erledigen, wohl aber in der Leistung, die sie schließlich zustande bringen.

Insgesamt gesehen scheint die Prokrastinationstendenz demnach überwiegend durch innerpsychische Vorgänge und Bewertungsprozesse, die mit den Persönlichkeitsmerkmalen verbunden sind, und weniger durch Aspekte der objektiven Aufgabenschwierigkeit bestimmt. Dies schlägt sich im Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Aufgaben als aversiv und der Prokrastinationstendenz nieder ($r = .40$): Prokrastination geht systematisch mit einer Einschätzung der zu erledigenden Aufgaben als unangenehm, lästig und frustrierend einher. Die dominanten Gefühle, die Prokrastinierende bei deren Erledigung erfahren, sind Ärger, Frustration und Langeweile (Blunt & Pychyl, 2000). Bedeutsame Zusammenhänge werden auch zwischen Prokrastination und Ablenkbarkeit ($r = .45$) und Prokrastination und Impulsivität ($r = .41$) berichtet. Diese Korrelationen legen einen Zusammenhang zwischen Prokrastination und Arbeitsstörungen als Folge einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nahe. Darauf werden wir im Abschnitt zur Differenzialdiagnose eingehen.

Diese Befunde aus Querschnittsuntersuchungen können allerdings keine Auskunft über die Kausalrichtung zwischen den erfassten Merkmalen der Persönlichkeit, der Leistung, der Leistungsorien-

terung und dem Prokrastinieren geben. Sie sagen uns aber, welche Merkmale, die nicht direkt auf das Aufschieben bezogen sind, mit Prokrastinieren einhergehen. Darüber hinaus wurden in einzelnen Untersuchungen mit dem Ziel der Typologisierung verschiedene Formen der Prokrastination differenziert, die sich je nach Arbeitssituation und Persönlichkeit unterscheiden lassen sollen. Vor allem eine Einteilung in zwei Typen wird immer wieder vorgeschlagen und hat auch eine erhebliche populärwissenschaftliche Attraktivität (Ferrari et al., 1995; Chu & Choi, 2005): Beim ersten Typ liegt der Schwerpunkt der Prokrastination auf der Vermeidung und dem Nichterledigen von Aufgaben („avoidant procrastinators“ oder „passive procrastinators“). Prokrastinierende vom zweiten Typ werden dadurch charakterisiert, dass sie absichtlich bis zur letzten Minute warten, um dann äußerst aktiv bis zum Endtermin durchzuarbeiten und dabei von der damit verbundenen Anspannung für ihre Leistung profitieren („arousal procrastinators“ oder „active procrastinators“). Bei näherem Hinsehen jedoch verschwindet die Evidenz für trennbare Typen (Rist, Engberding, Patzelt & Beißner, 2006): Die Tendenz zum aktiven Prokrastinieren korreliert nämlich hoch mit der Tendenz zum passiven Prokrastinieren ($r = .68$; Ferrari et al., 2005). Der Zusammenhang der Tendenz zum passiven Aufschieben mit der Tendenz zum aktiven Prokrastinieren erscheint plausibel: Wer anfangs stark vermeidet, bei dem steigt die Wahrscheinlichkeit, dass er kurz vor dem Termin in hektische Aktivität verfällt. Aber weder in einer Metaanalyse zur Frage der Differenzierungsmöglichkeit der beiden Typen, noch in einer eigenen dimensionsanalytischen Untersuchung an einer Stichprobe von $N = 4.000$ Befragten konnte Steel (2010) Evidenz für die Differenzierung dieser beiden traditionellen Subtypen der Prokrastination finden. Allerdings ist es klinisch nachvollziehbar, dass Betroffene anfänglich versuchen, ein Selbstbild als „arousal procrastinator“ aufrecht zu erhalten, da es selbstwertschützend verwendet werden kann, im Unterschied zu der Feststellung, ein „avoidance procrastinator“ zu sein. Wenn überhaupt, dann könnte man also von verschiedenen Ausprägungen der Prokrastination im Zeitverlauf statt von verschiedenen Typen sprechen.

1.8 Prokrastination und Depressivität

Wir haben herausgestellt, dass Prokrastination eine dysfunktionale Form der Selbstregulation ist, die negative Konsequenzen für die Lebensführung

hat, aber auch erheblichen psychischen Aufwand zur Aufrechterhaltung fordert. Prokrastination kann dadurch selbst zur Ursache für psychische Beeinträchtigungen von Krankheitswert werden.

In Querschnitts-Untersuchungen wird regelmäßig ein starker Zusammenhang zwischen der Prokrastinationstendenz und der Unzufriedenheit mit sich selbst und dem Vorliegen depressiver Symptome festgestellt (Steel, 2007). Diesen Zusammenhang finden wir sogar noch ausgeprägter bei den von uns befragten Studierenden (vgl. Kasten 4). Damit ist jedoch nichts über den ursächlichen Zusammenhang gesagt und die Störung des Arbeitsverhaltens könnte auch die Folge einer Depression sein. Nur eine Längsschnittstudie könnte die Richtung der Kausalität klären. In einer weiteren Befragung von Studierenden unterschiedlicher Semester sahen wir jedoch, dass der Zusammenhang zwischen Depressivität und Prokrastination systematisch mit der Semesterzahl zunimmt (Deters, 2006): Die höchsten Werte von Depressivität und Prokrastination und auch den stärksten Zusammenhang zwischen beiden Variablen fanden wir bei Studierenden, die sich zum Zeitpunkt der Befragung bereits außerhalb der Regelstudienzeit befanden. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass Prokrastination Depressivität nach sich zieht, denn mit zunehmender Semesterzahl werden die Folgen des Aufschiebens von Prüfungen und Abschlussarbeiten für die Studierenden immer gravierender.

1.9 Abgrenzung der Prokrastination von bekannten psychischen Störungen

Wir stellen in diesem Manual ein Diagnose- und Behandlungsrational für Prokrastination vor. Damit setzen wir voraus, dass das Aufschieben von wichtigen Tätigkeiten mit wiederholten oder anhaltenden Nachteilen für das berufliche, soziale und private Leben eines Menschen tatsächlich ein eigenständiges Syndrom darstellt. Das Nichterledigen wichtiger Aufgaben kann als eigenständige Störung, aber auch als Symptom einer auf Achse I oder Achse II des DSM kodierten psychischen Störung auftreten. Unmittelbar einsichtig ist dies für affektive Störungen und die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), zu deren Leitsymptomen auch Störungen des Arbeitsverhaltens gehören. Aus der Beschreibung des Problemverhaltens auf der kognitiven, der emotionalen und

der Verhaltensebene und durch die Berücksichtigung von Informationen über den Beginn, die Variation und den zeitlichen Zusammenhang mit Symptomen anderer psychischer Störungen lässt sich jedoch Prokrastination als eigenständige Störung von Aufschieben als Symptom oder Folge bekannter Achse-I-Störungen abgrenzen.

Zur Erleichterung differenzialdiagnostischer Entscheidungen haben wir in Tabelle 2 für eine Reihe bekannter Störungen sowohl die Symptome aufgeführt, die ähnliche Störungen des Arbeitsverhaltens bewirken wie Prokrastination, als auch Merkmale dargestellt, die helfen, Prokrastination von solchen Störungen abzugrenzen. Die hier vorgestellten Überlegungen entsprechen unserer klinischen Erfahrung, sie basieren nicht auf systematischen Untersuchungen dieser Überschneidungen – eben deshalb, weil Prokrastination bisher nicht als eigene abgrenzbare Störung im Zusammenhang mit den anderen Störungen untersucht wurde. Zur Differenzialdiagnose zwischen Prokrastination und anderen Störungen muss natürlich immer auch geprüft werden, inwieweit die diagnostischen Kriterien für eine in Frage kommende Störung erfüllt sind.

Depressive Störung. Die zentralen Merkmale einer mittelschweren bis schweren Depression sind Niedergeschlagenheit, Interessen- und Antriebsverlust, Hoffnungslosigkeit und eine Reihe körperlicher Symptome, wie Appetitverlust und Schlafstörungen. In der Abgrenzung der Prokrastination von Depression ist darauf zu achten, ob ein allgemeiner Verstärkerverlust vorliegt, ob die Antriebsstörung sich auf alle Interessenbereiche erstreckt und ob weitere Symptome einer Depression vorhanden sind, insbesondere im vegetativen Bereich. Zur Störungsentwicklung ist zu explorieren, ob die Arbeitsstörung schon vor dem Beginn der depressiven Veränderung bestanden hat oder ob sie über die Zeit synchron mit den Stimmungsänderungen variierte.

Prüfungsangst. Auch Patienten mit Prüfungsangst berichten in der Regel, dass ihnen die Auseinandersetzung mit dem Lernstoff und das systematische Vorbereiten auf eine Prüfung schwer fallen. Kennzeichen dieser Vermeidungssituation ist jedoch eine ängstliche Anspannung und eine kognitive Vorwegnahme von Aspekten der Prüfungssituation beim Lernen. Die Aufgabe wird also dadurch aversiv, dass bereits beim Denken an das zu erledigende Pensum ständig Gedanken

Tabelle 2: Differenzialdiagnostische Hinweise für die Abgrenzung von Prokrastination von anderen psychischen Störungen der Achsen I und II

Differenzialdiagnose	Überlappung mit Prokrastination	Unterscheidungsmerkmale
Depressive Störung	Schnelle Erschöpfung, verminderter Antrieb, Tätigkeiten sind aversiv	<ul style="list-style-type: none"> – Ausmaß der Depressivität – Verlauf – bei depressiven Störungen zusätzlich Verlust von Interesse und Initiative, Verstärkerverlust (eingeschränkte Lebensfreude)
Prüfungsangst	Vermeiden von Konfrontation mit Prüfungsstoff	<ul style="list-style-type: none"> – ängstliche Vermeidung, spezifisch auf Prüfungssituationen gerichtet
Sozialphobie Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung	Versagensangst, Insuffizienzerleben, Selbstabwertung, soziale Anforderungssituation	<ul style="list-style-type: none"> – Beschäftigung mit Bewertung durch andere – nicht auf Leistungssituationen beschränkt, bei der Selbstunsicheren Persönlichkeit zusätzlich Beziehungsangst
Problematischer Substanzgebrauch	Fehlende Struktur, scheinbar mangelnde Anstrengungsbereitschaft, mangelnder Belohnungsaufschub	<ul style="list-style-type: none"> – Substanzkonsummuster, Wirkungen, Folgen
Prodromalstadium einer Psychose	Mangel an Organisiertheit, unregelmäßiger Tagesvollzug, ggf. veränderter Tag-Nacht-Rhythmus	<ul style="list-style-type: none"> – Leistungsknick, Positiv- und Negativsymptomatik, unspezifische Anhedonie, bizarre Verhaltensweisen
Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung	Reaktanz, Nichterledigung	<ul style="list-style-type: none"> – keine positive Zielformulierung bei der passiv-aggressiven Persönlichkeit, fehlende Vorsatzbildung
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung	Verlieren in Details, nicht abschließen können	<ul style="list-style-type: none"> – eher entscheidungs- als tätigkeitsbezogen, generalisiert auf alle Lebensbereiche; Schwierigkeiten, weitgehend fertige Arbeiten abzuschließen
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	Leichte Ablenkbarkeit, schlechte Impulskontrolle, Konzentrationsmangel	<ul style="list-style-type: none"> – ADHS: eher Schwierigkeiten beim Durchhalten als beim Beginnen – schlecht organisiert in allen Lebensbereichen – u. U. ständiges Gefühl der inneren Unruhe – Symptome einer ADHS sind seit Kindheit vorhanden

an die bevorstehende Prüfungssituation auftauchen. Die Kriterien „ängstliche Anspannung“ und „kognitive Vorwegnahme der Prüfungssituation“ helfen, Prüfungsangst von Prokrastination zu unterscheiden.

Selbstunsichere Persönlichkeit und Sozialphobie. Ähnlichkeiten zur Prokrastination ergeben sich aus dem Vorherrschen von Versagensangst, Insuffizienzerleben, Selbstabwertung und dem Vermeiden von Leistungssituationen, z. B. ein Referat halten

oder an einer Diskussion teilnehmen. Dieses Vermeidungsverhalten und diese Aspekte des Erlebens sind sowohl bei selbstunsicheren und sozialphobischen als auch bei prokrastinierenden Personen festzustellen, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung und mit unterschiedlicher Begründung. Bei der selbstunsicheren Persönlichkeit und bei der sozialphobischen Störung werden primär soziale Situationen wegen der damit verbundenen Angst vor Bewertung gemieden. Auch in Leistungssituationen ohne die Gegenwart von anderen ist bei diesen beiden Störungen die gedankliche Beschäftigung mit der Bewertung durch andere vorherrschend. Personen mit Prokrastination dagegen vermeiden Vortragssituationen meist schlicht deshalb, weil sie fürchten, es aufgrund des Aufschiebens nicht zu schaffen, sich angemessen darauf vorzubereiten.

Problematischer Substanzgebrauch. Ein schädlicher oder abhängiger Gebrauch von psychotropen Substanzen beeinträchtigt das Arbeitsverhalten, sodass Pflichten und Aufgaben, die zur Rollenerfüllung gehören, vernachlässigt werden. Patienten mit z. B. langzeitigem Cannabisabusus fehlt oft eine feste Struktur im Tagesablauf, Anstrengungsbereitschaft und damit zusammenhängend auch die zum Belohnungsaufschub notwendige Selbstdisziplin. Differenzialdiagnostisch wichtig ist hier vor allem die eindeutige Abklärung des Substanzkonsums nach Häufigkeit und Menge, mit den Auswirkungen auf die Tagesorganisation und generell der Folgen des Substanzkonsums für den Lebensvollzug des Patienten.

Prodromalstadium einer Psychose. Charakteristische Merkmale dieser Phase sind ein Mangel an Organisiertheit, eine schlechte Strukturierung des Tages und ein erratischer Tag-Nacht-Rhythmus; diese gehen in der Regel einher mit der weitgehenden Vernachlässigung von wichtigen, aber auch alltäglichen Aufgaben. Differenzialdiagnostisch ist es wichtig, Symptome aus dem Bereich der Positiv- und Negativsymptomatik zu prüfen, einschließlich einer allgemeinen Anhedonie und bizarrer Lebens- und Verhaltensgewohnheiten. Die Entwicklung in den letzten Jahren ist sorgfältig zu berücksichtigen.

Passiv-aggressive Persönlichkeit. Mit einer Akzentuierung dieser Persönlichkeitsdimension bis zum Ausmaß einer Störung geht die Reaktanz gegen von außen auferlegte Anforderungen, das

Aufschieben der Erfüllung derselben oder auch das Nichterledigen und Boykottieren solcher Anforderungen einher. Zur differenzialdiagnostischen Beurteilung muss erfasst werden, wie allgemein diese Form der Arbeitsstörung ist: Zeigt sie sich auch in anderen Bereichen, die nicht fremdbestimmt sind? Ein Unterscheidungsmerkmal ist auch, dass Patienten mit einer derart akzentuierten Persönlichkeit typischerweise keine positiven Zielformulierungen erstellen. Anders als bei der Prokrastination werden auch kaum gute Vorsätze zur Erledigung von Aufgaben formuliert. Ebenso fehlt die Anspruchshaltung der eigenen Person gegenüber, obwohl häufig eine geradezu masochistische Selbstabwertung für die Nichterfüllung oder Verzögerung wichtiger Aufgaben verbalisiert wird.

Zwanghafte Persönlichkeit. Personen mit zwanghaften Zügen haben oft Schwierigkeiten, Aufgaben fertig zu stellen bzw. berichten auch davon, dass die Aufgaben ihnen erst im längeren Zeitverlauf aversiv geworden sind. Allerdings äußert sich Zwanghaftigkeit im Allgemeinen eher bereits bei Entscheidungen als beim Beginn von Tätigkeiten, über deren Wichtigkeit nicht mehr entschieden werden muss. Diese Entscheidungsunsicherheit beeinträchtigt in einer Vielzahl von Entscheidungssituationen das Handeln. Die Fertigstellung von Aufgaben kann bei Personen mit zwanghaften Zügen durch ihre rigiden Anforderungen an eigene Leistungen extrem verzögert und erschwert werden, z. B. bis hin zur Nicht-Abgabe einer bereits fertiggestellten Arbeit.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In Darstellungen der ADHS bei Erwachsenen wird häufig eine enge Beziehung zwischen ADHS und Störungen des Arbeitsverhaltens beschrieben. Im Kindesalter tritt ADHS entweder als motorische Hyperaktivität, als Unaufmerksamkeit in vielen Situationen oder in einer gemischten Form auf. Im Erwachsenenalter ist die Störung schwieriger festzustellen: Die hyperaktive Variante ist bei Erwachsenen selten, dagegen überwiegt die aufmerksamkeitsgestörte Form. Allerdings ist die Literatur in der phänomenologischen Beschreibung der Störung uneinheitlich, da es bislang immer noch keine expliziten Kriterien für ADHS bei Erwachsenen gibt, sondern nur Extrapolationen der für das Kindesalter formulierten Kriterien in das Leben Erwachsener (vgl. Retz-Junginger, Sobanski, Alm, Retz & Rösler, 2008).

Als wesentliche Kennzeichen gelten jedoch die leichte Ablenkbarkeit, der Konzentrationsmangel und die mangelnde Impulskontrolle in dem Sinne, dass unterschiedliche Tätigkeiten häufig unterbrochen, nicht sorgfältig zu Ende geführt und auch nicht rechtzeitig begonnen werden. Hieraus ergibt sich aber auch ein zentrales Unterscheidungskriterium zur Prokrastination als eigenständige Störung: Prokrastinierende sind weniger hinsichtlich des Durchhaltens einer Tätigkeit beeinträchtigt, sondern insbesondere bzgl. des Anfangens. Es finden sich bei Prokrastination auch weniger Hinweise für eine Unaufmerksamkeit in vielen Situationen: Wenn mangelnde Konzentration beklagt wird, dann vor allem bei der ungeliebten Tätigkeit. Ein weiterer Hinweis ist ein ständiges Gefühl der inneren Unruhe, das Erwachsene mit ADHS häufiger berichten.

Wegen der Ähnlichkeit der Arbeitsstörung bei Prokrastination und bei ADHS wäre zu erwarten, dass im Querschnitt bei einem bestimmten Prozentsatz von Prokrastinierern auch ADHS-Kriterien erfüllt sind und umgekehrt auch bei Patienten mit ADHS häufig Prokrastination vorliegt. In einer eigenen Untersuchung (Deters, 2006) gaben wir Studierenden in einer Onlinebefragung zum einen ein Instrument zur Erfassung der Prokrastination (Aitken Procrastination Scale (APS); Helmke & Schrader, 2000; Schouwenburg, 1995; Patzelt & Opitz, 2005a) vor, zum anderen zwei Instrumente zum Screening von ADHS: die ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB; Rösler et al., 2004) zur Einschätzung der aktuellen Symptomatik im Erwachsenenalter und die Wender-Utah-Rating-Skala in einer Kurzform (WURS-k; Retz-Junginger, et al., 2002) zur retrospektiven Einschätzung der Symptomatik im Kindesalter. Wir wählten die Kombination dieser beiden ADHS-Instrumente, da eine ADHS-Diagnose nach den aktuellen Klassifikationskriterien nur dann vorliegen kann, wenn die Symptomatik bereits im Kindesalter bestanden hat. Tatsächlich fanden wir mit dieser Kombination der ADHS-SB und der WURS-k, dass 4 % aller befragten Studierenden einen Summenwert erreichten bzw. überschritten, bei dem ein Verdacht auf eine ADHS-Diagnose naheliegt. Bei der Hälfte dieser Probanden fanden wir zusätzlich hohe Prokrastinationswerte in der APS, die dem Mittelwert unserer wegen Prokrastination behandelten Patienten entsprachen oder sogar noch höher lagen. Umgekehrt erfüllten nur 20 % der Studierenden mit hohen Prokrastinationswerten auch die

Kriterien für ADHS nach der WURS-k und der ADHS-SB. Diese Befunde machen zwar eine bestimmte Komorbidität deutlich, zeigen aber genügend Unabhängigkeit der beiden Störungen, die eine Differenzierung im Einzelfall nötig macht. Eine eingehendere Diskussion zum Vergleich der beiden Störungen findet sich in Rist, Pedersen, Höcker und Engberding (2011).

Konsequenzen von Komorbidität für die Behandlung. Bei Überlegungen, ob im individuellen Fall das Aufschieben von wichtigen Tätigkeiten als Symptom oder Folge einer bekannten psychischen Störung oder doch als eigenständige Störung vorliegt, sollte auf Folgendes geachtet werden: Prokrastinationstendenzen können auch deshalb zusammen mit anderen psychischen Störungen festgestellt werden, weil die Prokrastinationstendenzen schon vor deren Entstehung bestanden haben. In Kombination mit einer psychischen Störung erschweren Prokrastinationstendenzen die Lebenssituation zusätzlich. Die individuelle Entscheidung über den Einsatz der in diesem Manual vorgestellten Behandlungsmodule sollte auf der Grundlage differenzialdiagnostischer Überlegungen erfolgen. Dazu müssen unterschiedliche diagnostische Informationsquellen berücksichtigt werden und der Zusammenhang der Prokrastinationssymptomatik mit aufrechterhaltenden Faktoren muss sowohl aktuell als auch in der Anamnese betrachtet werden. Eine Verhaltensanalyse ist erforderlich, um die kognitiven und emotionalen Elemente der Arbeitsvermeidung und der Suche nach Alternativtätigkeiten in der alltäglichen Anforderungssituation zu erfassen. Fragebogenverfahren und strukturierte Interviews können die Akzentuierungen der Persönlichkeit darstellen, die einer funktionalen Selbststeuerung in Arbeitssituationen abträglich sind. Für einige der differenzialdiagnostischen Abgrenzungen, insbesondere gegenüber einer depressiven Störung oder einer ADHS, ist die Prüfung des Zusammenhangs von Prokrastination mit der Entwicklung des jeweiligen Symptomkomplexes über die Zeit unerlässlich.

Auch bei Vorliegen einer komorbiden Störung ist es möglich, das Ausmaß der Prokrastination durch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen zu reduzieren. Verhaltensnahe Interventionen wie das hier vorgestellte Training haben auch dann Erfolg, wenn die Arbeitsstörung Symptom einer anderen Störung ist.

1.10 Diagnostische Kriterien für Prokrastination

Weder im DSM-IV noch in der ICD-10 werden diagnostische Kriterien für Prokrastination aufgeführt. Prokrastinieren wird dort bisher lediglich als Symptom bei anderen Störungen genannt. Dagegen haben wir ausgeführt, dass Prokrastination auch als eigenständige Störung auftreten kann, die klar von anderen psychischen Störungen abzugrenzen ist.

Das Fehlen von Diagnosekriterien für die Störung Prokrastination hat gravierende Nachteile, sowohl für die klinische Betrachtung von Prokrastination als auch für die Forschung zu Prokrastination. Interessanterweise wurde trotzdem zuvor nie der Versuch unternommen, diagnostische Kriterien für Prokrastination aufzustellen und empirisch abzusichern, obwohl das Fehlen einer Falldefinition bereits 1995 von Ferrari bemängelt wurde. Ohne kategoriale Falldefinition kann über das Vorliegen von Prokrastination als eigenständiger Störung im individuellen Fall nur anhand klinischer Erfahrung entschieden werden, auch wenn diese Entscheidung durch einschlägige Messinstrumente gestützt wird. Ohne Kriterien für das Vorliegen von Prokrastination ist es nur schwer möglich, Forschungsergebnisse zu Merkmalen von oder zu Behandlungsergebnissen bei Prokrastinatoren aus verschiedenen Studien miteinander in Beziehung zu setzen, da die Vergleichbarkeit der untersuchten Stichproben nicht gesichert werden kann.

Aus diesem Grund haben wir erstmals einen Vorschlag für diagnostische Kriterien auf Basis unserer wissenschaftlichen Untersuchungen an mehreren großen Stichproben sowie auf Basis der Symptomatik unserer Patienten in der Prokrastinationsambulanz und unserer klinischen Erfahrung für Prokrastination entwickelt, schrittweise empirisch geprüft und mehrfach auf der Basis der statistischen Ergebnisse optimiert und schließlich mithilfe der „best subset regression“ die inhaltlich und statistisch beste Kombination von Kriterien mit dem besten Vorhersagewert zusammengestellt (Frings, 2008; Wolf, 2011). Das Ergebnis dieser Forschung sind unsere vorläufigen Kriterien für Prokrastination (DKP; vgl. Kasten 5). Analog zu anderen Achse-I-Falldefinitionen im DSM unterscheiden wir zwischen zwei notwendig zu erfüllenden Kriterien (A und B), sechs weiteren hinreichenden Kriterien (C) und einem Ausschlusskriterium (D). Von den sechs hinreichenden

Kriterien müssen drei erfüllt sein, damit die Diagnose Prokrastination vergeben werden kann. Wie im DSM ist mit einem halben Jahr auch eine Mindestdauer der Störung als notwendiges Kriterium festgelegt.

Zur Ermittlung des Zutreffens der einzelnen Kriterien haben wir einen Fragebogen entwickelt. Dieser Fragebogen für Patienten (vgl. DKP-Fragebogen zu den Diagnosekriterien für Prokrastination) und ebenso eine Auswertungshilfe für den Fragebogen (vgl. DKP-Auswertungshilfe) befinden sich im Anhang und auf der CD-ROM. In letzterer sind bei jeder Frage diejenigen Antwortalternativen markiert, bei deren Zutreffen das Kriterium vorliegt. Wichtig ist, zusätzlich zur Auswertung der Fragen das Ausschlusskriterium (Kriterium D) zu berücksichtigen, d. h. zu prüfen ob die Symptome nicht besser durch eine andere Achse-I- oder Achse-II-Störung erklärt werden.

Für die Ermittlung der notwendigen und hinreichenden Kriterien wurden Daten aus Querschnittsbefragungen bei den Studierenden der Universität Münster und Daten von mehreren hundert wegen Prokrastination in unserer Psychotherapie-Ambulanz behandelte Studierender erhoben. Das methodische Vorgehen sei hier nur kurz skizziert, es wird in einer eigenen Veröffentlichung ausführlicher vorgestellt werden: In den Querschnittsuntersuchungen wurden Fragen nach dem Ausmaß des Aufschiebens und seinen Auswirkungen im gesundheitlichen, psychischen und zwischenmenschlichen Bereich zusammen mit dem Prokrastinationsfragebogen APS (Aitken Procrastination Scale; Aitken, 1982) vorgegeben. Als Indikator für die Behandlungsbedürftigkeit wurde der Mittelwert der bei uns wegen Prokrastination Behandelten verwendet. Der Mittelwert der Behandelten auf der Subskala „Zentrale Prokrastination“ der APS wurde als Trennwert für die Querschnittserhebung verwendet, um dort zwischen Prokrastinatoren und Nichtprokrastinatoren zu unterscheiden. Aus den vielfältigen Fragen zur Prokrastination und ihren Auswirkungen wurden mithilfe von Bestsubset-Regressionsmodellen jene ausgewählt, mit denen die anhand der APS-Werte definierten Prokrastinatoren am besten identifiziert werden konnten. Im letzten Schritt wurde für die so gewonnenen Kriterien mithilfe von ROC-Analysen geprüft, mit welcher Zahl von hinreichenden Kriterien zusätzlich zu den notwendigen Kriterien optimale Sensitivitäts- und Spezifitätswerte für die Identifizierung von Prokrastinatoren erreicht werden.

Kasten 5: Vorläufige Diagnosekriterien für Prokrastination

- A. In den letzten sechs Monaten wurden sehr wichtige Tätigkeiten an mindestens der Hälfte der Tage über den passenden Zeitpunkt hinaus aufgeschoben, obwohl Zeit für deren Erledigung zur Verfügung stand.
- B. Aufgrund des Aufschiebens wurde das Erreichen persönlicher Ziele stark oder sehr stark beeinträchtigt.
- C. Zusätzlich werden *mindestens drei* der folgenden sechs Kriterien erfüllt:
1. Es wurde mehr als die Hälfte der für die Erledigung der Aufgabe zur Verfügung stehenden Zeit mit Aufschieben verbracht.
 2. An mindestens der Hälfte der Tage wurden andere, weniger wichtige Tätigkeiten vorgezogen, obwohl man eigentlich mit der wichtigen Aufgabe beginnen wollte.
 3. Die zu erledigenden Aufgaben haben an mehr als der Hälfte der Tage Abneigung und Widerwillen ausgelöst.
 4. Mindestens die Hälfte der Vorhaben, die im letzten halben Jahr abgeschlossen werden sollten, wurde aufgrund des Aufschiebens nur unter großem Zeitdruck oder gar nicht fertig gestellt.
 5. Aufgrund des Aufschiebens besteht eine Beeinträchtigung des Leistungspotenzials von mindestens 50 %.
 6. Es liegen mindestens fünf von den folgenden körperlichen und/oder psychischen Beschwerden vor, die durch das Aufschieben hervorgerufen wurden:
Körperliche Beschwerden:
 - Muskelverspannungen
 - Schlafstörungen
 - Herz- bzw. Kreislaufprobleme
 - Magen- bzw. Verdauungsprobleme*Psychische Beschwerden:*
 - Innere Unruhe
 - Druckgefühl
 - Gefühl der Hilflosigkeit
 - Innere Anspannung
 - Angst
- D. Die Probleme werden nicht besser erklärt durch eine andere Achse-I- oder Achse-II-Störung.

Diese Falldefinition muss in zukünftigen Untersuchungen weiter auf ihre Reliabilität und Validität geprüft werden. Zu den notwendigen Schritten gehören z. B. die Überprüfung in nicht studentischen Populationen, Untersuchungen zur prognostischen Validität, Überlegungen zur Erweite-

rung oder Reduzierung der Kriterien und auch die Verwendung eines anderen Goldstandards als der APS. Auf der Grundlage der bisherigen Analysen können wir jedoch die Empfehlung aussprechen, die diagnostischen Kriterien bereits jetzt zu verwenden.

Kapitel 2

Störungstheorien und Erklärungsansätze

2.1 Die verhaltensbezogene Perspektive

Prokrastinierende berichten über ihr Aufschieben häufig als eine paradoxe Erfahrung: Sie können oft recht präzise beschreiben, mit welchen alternativen Tätigkeiten sie verhindern, dass sie auf ein uneingeschränkt für wichtig gehaltenes Ziel hinarbeiten (vgl. Kasten 2 und 3). Sie realisieren durchaus, dass sie, statt z.B. den wichtigen Bericht fertigzustellen, E-Mails beantworten, telefonieren, im Internet surfen, recherchieren oder mit Kollegen den Urlaubsplan besprechen. Die Erklärungen der Betroffenen für ihr Verhalten variieren zwischen „Ich bin eben so ein Mensch“ über eine Abwertung der vermiedenen Tätigkeit als stupide und deshalb lästig, bis zu einer überzeugten Verteidigung des Arbeitsstils – „Ich kann nur unter Druck arbeiten“ – oder auch Ratlosigkeit. Der Arbeitsstil wie auch die Erklärungen werden jedoch beibehalten, obwohl jeder Betroffene nachteilige Folgen dieses Verhaltens fürchtet oder schon erfahren hat, wenn ein Termin doch nicht eingehalten wurde oder wenn die Qualität der schließlich geleisteten Arbeit hinter eigenen wie fremden Erwartungen zurückblieb. Prokrastinierer finden übrigens andere Menschen, die dasselbe Problem haben, wenig sympathisch und haben wenig Vertrauen zu ihnen. Darin scheint sich die Unzufriedenheit mit dem eigenen Verhalten abzubilden (Ferrari & Patel, 2004). Wie ist es zu verstehen, dass Prokrastination weiter betrieben wird, obwohl das Verhalten von den Betroffenen als derart nachteilig bewertet wird?

Nach einer der im vorangegangenen Kapitel aufgeführten Definitionen befindet man sich beim Prokrastinieren im Konflikt zwischen dem, was man tun sollte, und dem, was man stattdessen gerne täte, und dieser Konflikt wird so lange wie möglich zugunsten dessen gelöst, was man lieber macht: Liegt die Prüfung noch in weiter Ferne, so ist die tägliche Arbeitszeit von prokrastinierenden Studenten für die Prüfungsvorbereitung kürzer, dafür ihre Stimmung besser als bei ihren Kommilitonen. Unmittelbar vor der Prüfung aber steigt ihre Arbeitszeit drastisch an, sodass sie erheblich

mehr Zeit als zuvor und sogar mehr Zeit als ihre nicht prokrastinierenden Kommilitonen mit Arbeiten verbringen. Diese Veränderung des Arbeitsverhaltens in Abhängigkeit vom Termin wird aber nur deutlich, wenn das Verhalten selbst täglich protokolliert wird (DeWitte & Schouwenburg, 2002). Befragt man nämlich Prokrastinierende vor Beginn einer Lernphase dazu, wie sie diese Zeit planen, so finden sich kaum Unterschiede zu Nichtprokrastinierenden – ein weiterer Beleg dafür, dass beim Prokrastinieren eine Diskrepanz zwischen Intention und Handlung vorliegt. Andere Aktivitäten sind für Studierende mit Prokrastinationstendenz attraktiver als die jeweils zu erledigende wichtige Aufgabe. Das zeigt sich unter anderem auch darin, dass sie soziale Aktivitäten durchweg als attraktiver einschätzen als ihre nicht prokrastinierenden Kommilitonen – aber auch nur dann, wenn der Abstand zur Prüfung noch groß ist. Die Tätigkeit selbst, bei der prokrastiniert wird, schätzen Prokrastinierer in allen Untersuchungen als unangenehmer, lästiger, beschwerlicher, schlicht als aversiver ein als Nichtprokrastinierer (Steel, 2007).

Prokrastinieren erscheint unter diesem Aspekt als ein Versuch, die eigene Stimmung dadurch zu regulieren, dass stimmungsverschlechternde Aktivitäten gemieden oder abgekürzt werden.

Aus der verhaltensbezogenen Perspektive erscheint Prokrastinieren als ein aktiver Anpassungsprozess mit dem Ziel, angenehmes und unangenehmes Erleben in ein Gleichgewicht zu bringen. Lässt man Probanden in einer standardisierten Untersuchung die Wahl zwischen verschiedenen Sequenzen von abwechselnd interessanten und uninteressanten Aufgaben am PC, so wählen Prokrastinierende durchwegs Sequenzen, bei denen die angenehmen Aufgaben vor den unangenehmen zu erledigen sind (König & Kleinmann, 2004).

Im verhaltensbezogenen Erklärungsansatz ist die Aversivität der Aufgabe das zentrale aufrechterhaltende Moment des Prokrastinierens: Lerntheoretisch ist gut nachvollziehbar, dass alles Aversive nach Möglichkeit vermieden wird bzw. dass aus

aversiven Situationen geflüchtet wird. Ein solches Vermeidungs- oder Fluchtverhalten wird dadurch wirksam verstärkt, dass unangenehme Gefühle sofort nachlassen. Die unangenehmen Konsequenzen des Vermeidens, die in der Nichterreichung eigener Ziele bestehen (z. B. bei einer Prüfungsvorbereitung), sind zeitlich weit entfernt und wirken deshalb kaum verhaltenssteuernd.

Besonders gut ersichtlich wird die Aufrechterhaltung von Prokrastination durch lerntheoretische Prinzipien in unserem Störungsmodell der Prokrastination (vgl. Abb. 4 in Kapitel 4.7.2). Es zeigt, dass die Aufrechterhaltung sowohl durch kurzfristige negative als auch durch kurzfristige positive Verstärkung erfolgt: -Die negative Verstärkung erfolgt durch das Nachlassen unangenehmer Gedanken und Gefühle, die positive Verstärkung durch die – *relativ gesehen* – angenehmeren Ersatztätigkeiten. Bei den Ersatztätigkeiten kann es sich entweder um angenehme Tätigkeiten handeln (z. B. Fernsehen) oder um Tätigkeiten, die im Vergleich zur aufgeschobenen Tätigkeit zumindest relativ gesehen angenehmer und leichter erfolgversprechend sind (z. B. kleinere Erledigungen, wie z. B. Putzen, durch deren erfolgreichen Abschluss kurzfristig positive Verstärkung erfolgt). Die langfristigen Konsequenzen sind im Moment des Aufschiebens oft noch zu ungewiss oder zeitlich zu weit entfernt, um verhaltenssteuernd zu wirken. Im Falle eines solchen Konflikts benötigen die Betroffenen eine besondere Selbststeuerung, um nicht aufzuschieben.

2.2 Die motivational-volitionale Perspektive

2.2.1 Das Rubikonmodell: Vom Wünschen zum Handeln

Wie kommt es, dass sich im Handeln einer Person einige Absichten bevorzugt durchsetzen, während andere, oft als erheblich wichtiger eingeschätzte Absichten „auf der Strecke“ bleiben? In der Motivations- und Volitionspsychologie stellt das sogenannte „Rubikonmodell“ (Heckhausen & Gollwitzer, 1987; Heckhausen, 1989; Gollwitzer, 1991; vgl. Abbildung 1) das „Schicksal“ von Absichten in einem mehrphasigen Ablauf der Handlungssteuerung dar: von der Auswahl einer Intention aus verschiedenen Wünschen und Handlungs-

denzen über deren Realisierung bis hin zur abschließenden Bewertung nach der Zielerreichung. Das Konzept differenziert verschiedene psychische Prozesse und situative Merkmale, welche die Bildung und die Realisierung von Vorsätzen begünstigen. Demnach wird bei komplexen Vorhaben erst dann effizient gehandelt, wenn zuvor verschiedene Phasen der Absichtsbildung erfolgreich absolviert wurden.

Kasten 6: Das Rubikonmodell

Der Ausdruck „Rubikon“ steht hier für die Brisanz endgültiger Entscheidungen: Als Cäsar im Jahr 49 vor Chr. mit seinem Heer den Grenzfluss Rubikon überschritt und das römische Staatsgebiet betrat obwohl er zuvor vom Senat aufgefordert worden war, sein Heer zu entlassen, kam dies einer direkten Kriegserklärung gleich. Nach dieser Überschreitung des Rubikon konnte Cäsar aus der Situation nur noch entweder als Sieger (mit Aussicht auf Herrschaft) oder Verlierer (mit Aussicht auf die Todesstrafe) hervorgehen.

Bezogen auf die Selbstregulation wird damit zum Ausdruck gebracht, dass die Entscheidung für ein bestimmtes Handlungsziel für die Person ein kritisches Ereignis ist, das die motivationale Lage grundsätzlich verändert, und hinter das sie zudem nicht mehr ohne „psychische Kosten“ zurückfallen kann.

Im Unterschied zu einer bloßen Handlungstendenz im Sinne von „ich würde gerne“ oder „ich möchte eventuell“, die sich auf eine Möglichkeit unter vielen anderen bezieht, kann ein definitiv gefasster Entschluss im Sinn von „ich will es wirklich“ nicht so einfach wieder aufgegeben werden: Wenn ein wünschenswertes, aber unverbindliches Ziel nicht erreicht wird, hat dies keine besondere Bedeutung für das Selbstkonzept. Wenn es der Person jedoch nicht gelingt, eine fest gefasste Handlungsabsicht in die Tat umzusetzen, muss dies von ihr als Versagen oder Misserfolg gewertet werden.

Für die Bildung und Umsetzung einer Absicht im Normalfall werden im Rubikonmodell vier abgrenzbare, durch Übergänge bzw. durch Schwellen miteinander verbundene Phasen unterschieden. Diese müssen für die Realisierung einer Absicht logisch und zeitlich aufeinanderfolgend durchlaufen werden (vgl. Abbildung 1).

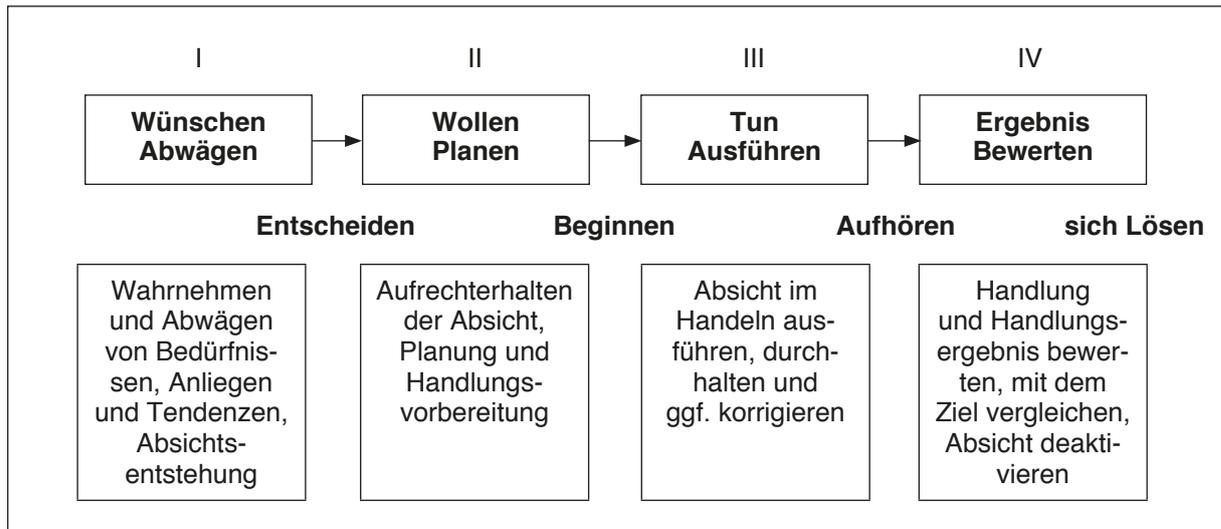


Abbildung 1: Rubikonmodell. Entstehung und Verwirklichung von Absichten in verschiedenen Handlungsphasen (in Anlehnung an Heckhausen & Gollwitzer, 1987).

2.2.2 Phasen und Phasenübergänge des Rubikonmodells

1. Phase „Abwägen von Handlungstendenzen“

In der ersten, noch unverbindlichen motivationalen Phase des Abwägens werden mehr oder weniger bewusst aktuelle Handlungsmöglichkeiten und Wünsche nach ihrer Attraktivität und Realisierbarkeit verglichen. Dieses „prädezhionale“ Abwägen erfordert eine sehr breit ausgerichtete Aufmerksamkeit und endet mit einer Entscheidung für eine bestimmte Handlungstendenz, die dadurch die Gestalt einer festen Absicht bekommt.

Mit dem Entschluss wird sozusagen der Rubikon überschritten: Es beginnt das „Wollen“, also der volitionale Teil der Entscheidungs-Handlungs-Sequenz. In diesem *Phasenübergang* „*Entscheidung*“ bindet sich die Person an die betreffende Absicht und erlebt dies als Entschlossenheit und Handlungsgewissheit. Ohne negative Folgen für das Selbstkonzept kann sie diese Bindung nicht wieder lösen. Mit der Intentionsbildung steht der Übergang zur nächsten Phase an.

2. Phase „Planen und Aufrechterhalten der Absicht“

In der Regel kann die gefasste Absicht nicht sofort nach der Entscheidung ausgeführt werden, sodass sie über längere Zeit bis zur Zielerreichung

aufrechterhalten werden muss. Dazu ist eine Bewusstseinslage nötig, in der die Aufmerksamkeit auf die Zielerreichung und die Bildung von entsprechenden „Durchführungsintentionen“ fokussiert wird. Sie dienen in dieser – „postdezhionalen“, aber noch „präaktionalen“ – Phase der Handlungsplanung und -vorbereitung. Als sogenannte „Wenn-Dann-Gelegenheitsvorsätze“ spezifizieren sie, wo, wann, in welchen Schritten und mit welchen Mitteln die Absicht umgesetzt werden soll und wie eventuellen Schwierigkeiten begegnet werden soll.

Im Idealfall führt der *Phasenübergang* „*Handlungsinittierung*“ sofort zur nächsten Phase, und zwar wenn die Handlung genau zur geplanten Gelegenheit initiiert wird. Dazu muss die Absicht jedoch gegen konkurrierende Wünsche, Widerwillen (Aversivität) und gegen äußere Störungen durchgesetzt werden. Als Konkurrenz wirken sowohl sich zeitgleich anbietende attraktivere oder weniger aversive Handlungsalternativen, als auch die Vorstellung späterer Gelegenheiten, zu denen man „ja noch genauso gut“ anfangen könnte. Diese beiden Konflikttypen werden anschaulich als „Querkonkurrenz“ und „Längskonkurrenz“ bezeichnet (Kuhl & Beckmann, 1994), wobei man von der bildlichen Vorstellung der aktuellen Gelegenheit als Punkt auf einer Zeitachse ausgeht. Unmittelbar vor diesem Zeitpunkt gilt es, die Aufmerksamkeit bewusst auf die Gelegenheit zu richten, die Handlungsabsicht in diesem Moment differenziert präsent zu haben und genügend Energie