

Einsendeaufgabe

Alternative C1, C2, C3

Online hochgeladen am: 28.05.2018

Modulverantwortliche Hochschullehrerin:

Prof. Dr. Anja Tausch

SRH Fernhochschule Riedlingen

Modul:

Persönlichkeitspsychologie & differentielle Psychologie

Studiengang:

Prävention und Gesundheitspsychologie (B. A.)

Von:

Dominik Klaes

Studiengang: Prävention und Gesundheitspsychologie (B. A.)

Matrikelnummer:

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	3
Aufgabe C1.....	4
Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit.....	4
Bedeutung der SWK für Krankenhaus- und Pflegepersonal.....	5
Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung.....	6
Externale Kontrollüberzeugung am Beispiel.....	7
Internale Kontrollüberzeugung am Beispiel.....	8
Konkrete Schritte zum Aufbau von SWK von Mitarbeitern.....	8
Mögliche Maßnahmen zur Steigerung der SWK im Krankenhaus.....	9
Aufgabe C2:.....	11
Sensation Seeking nach Zuckerman.....	11
Die Sensation Seeking Scale (SSS).....	12
Beschreibung einer Person mit hohen Werten auf der SSS.....	13
Das Konzepts des SS im Bereich Prävention und Gesundheitspsychologie.....	13
Aufgabe C3:.....	16
Spielbergers Modell der Ängstlichkeit anhand State und Trait:.....	16
Trait und State-Angst anhand eines Beispiels aus dem beruflichen Alltag.....	17
Konsequenzen aus beiden Angstarten für die praktische Personalarbeit:.....	17
Vergleich hochhängstliche Person nach Spielberger und Krohne.....	18
OP-Vorbereitungen mithilfe des Angstbewältigungsmodells nach Krohne:.....	20
Eidesstattliche Erklärung.....	29

Abkürzungsverzeichnis

SWK	=	Selbstwirksamkeitserwartung
Evtl.	=	eventuell
z.B.	=	Zum Beispiel
bzgl.	=	bezüglich
etc.	=	et. Cetera
bzw.	=	Beziehungsweise
DIG	=	Diagnosis Related Groups
SMART	=	spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, Terminierbar
SS	=	Sensation Seeking
STAI	=	Spielbergers State-Trait-Angstinventar
ABI	=	Angstbewältigungsinventar nach Krohne

Aufgabe C1

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit.

Die Selbstwirksamkeitserwartung ist definiert als „Überzeugung, aufgrund eigener Fähigkeiten mittels bestimmter Handlungen zu einem gewünschten positiven Ergebnis gelangen zu können“ (Maltby, Day & Macaskill, 2011, S. 167), „dabei handelt es sich nicht um Aufgaben, die durch einfache Routine lösbar sind, sondern um solche, deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozesse der Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung erforderlich machen“ (Jerusalem & Hopf, 2002, S. 35). Die Selbstwirksamkeitserwartung (SWK) ist eine spezielle Art von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (Maltby et al., 2011, S. 167). Je nach Individuum kann die SWK abhängig von der zu bewältigenden Aufgabe und der jeweiligen Situation beträchtlichen Schwankungen unterliegen. In die Gesamtbewertung der SWK fließen die Art und Häufigkeit der zu erwartenden Aufgaben sowie vorangegangene Erfahrungen mit evtl. ähnlichen Erfolgserlebnissen ein (Maltby et al., 2011, S. 167). Laut Bandura, Barbaranelli, Caprara & Pastorelli (2001, S. 187–206) unterscheiden sich Menschen in Bezug auf drei Dimensionen der SWK. In der Einschätzung des Schwierigkeitsgrades der Handlung, in der Stärke der individuellen SWK und im Ausmaß der generalisierten SWK. Bandura et al. (2001, S. 189) zeigten, dass eine hohe SWK die Erfolgchancen in Bezug auf das von einem Individuum angestrebte Verhalten signifikant erhöht. Eine hohe Erfolgserwartung kann in anspruchsvollen Zielen und besseren Ergebnissen resultieren, eine niedrige Erfolgserwartung kann zu niedrigerer Zielsetzung und geringerer Leistung führen (Lane & Lane, 2001, S. 692–693; Wood & Bandura, 1989, S. 367–368). Die SWK bestimmt darüber, ob ein Individuum versucht zu handeln, wie lange es bei Schwierigkeiten oder Misserfolgen mit seinen Bemühungen fortfährt und wie Misserfolg oder Erfolg bei der Lösung einer Aufgabe sein zukünftiges Verhalten beeinflussen (Schustrack & Friedmann, 2004, S. 316). Auch potenzielles Gesundheitsverhalten hängt mit der SWK zusammen.

Wenn Menschen glauben gesundheitsfördernde Verhaltensweisen nicht effektiv umsetzen zu können, ist es viel weniger wahrscheinlich das sie es versuchen (Schustrack & Friedmann, 2004, S. 317).

In Untersuchungen an Patientinnen mit Mammakarzinom zeigte sich die SWK als wichtigster Prädiktor für psychische Aspekte der Lebensqualität. Patienten mit hoher SWK empfanden weniger Hoffnungslosigkeit und nahmen weniger negative Bewertungen vor. Sie empfanden eine höhere subjektive Lebensqualität (Northouse et al., 2002, S. 4061). Überzeugungen bzgl. Der SWK ergeben sich aus vier Informationsarten (Schustrack & Friedmann, 2004, S. 316). Am wichtigsten sind die eigenen Erfahrungen (z.B. Erfolge sowie Misserfolge der Vergangenheit). Am zweitwichtigsten die stellvertretenden Erfahrungen (z.B. Beobachtungen anderer Personen). Am dritt wichtigsten die verbalen Überzeugungen (z.B. verbaler Zuspruch, abraten oder Ratschläge anderer Personen). Am viertwichtigsten, die eigenen emotionalen Reaktionen (z.B. eigene Gefühle hinsichtlich entsprechenden Verhaltens). All diese Informationsarten werden genutzt um die eigenen Erwartungen hinsichtlich Erfolg oder Misserfolg des eigenen Verhaltens zu antizipieren.

Bedeutung der SWK für Krankenhaus- und Pflegepersonal.

Um Belastungen in Bezug auf die SWK und die Situation von Krankenhaus- oder Pflegepersonal zu übertragen wird zunächst die Belastung am Arbeitsplatz ermittelt. Seit Einführung der Diagnosis Related Groups (DIG) in den Krankenhäusern und Abkehr von dem System der Tagessätze hat sich für das Krankenhauspersonal einiges verändert. So beschreibt das Statistische Bundesamt einen Anstieg der Fallzahlen in den Jahren 1991 – 2012 um knappe 28% (Statistisches Bundesamt, 2013). Eine Erhöhung der Fallzahlen bei gleichzeitiger Kostenreduktion geht oft zulasten des Personals (Schwalbe, 2015, S. 64). Der demografische Wandel der Deutschen Gesellschaft führt zu immer mehr multimorbiden und hochaltrigen Patienten, diese Klientel muss mit höherem medizinischen und technischem Aufwand versorgt werden (Schwalbe, 2015, S. 64). Auch Pflegekräfte werden älter, demgegenüber steht ein deutlicher Mangel an Nachwuchskräften (Bruckenberger, Klaue & Schwintowski, 2005, S. 101).

In Anbetracht der Tatsache das die pflegerische Arbeit eine sehr hohe Physische und psychische Belastung mit sich bringt, ist ein Mangel an SWK in Bezug auf die eigene pflegerische Tätigkeit als potenziell ungünstig einzuschätzen. Ein Mangel an Kontrolle/Autonomie erwies sich in Untersuchungen (neben anderen Faktoren) als signifikantes Burnout-Korrelat (Ehresmann, Kockert & Schott, 2015, S. 72)

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung

Als „Verwandt mit der Selbstwirksamkeitserwartung“ (Neyer & Asendorpf, 2018, S. 191) gilt unter anderen das Konstrukt der Kontrollüberzeugung (Rotter, 1966, S. 2). Die Kontrollüberzeugung beinhaltet das Konzept des „Locus of control“ (Ort der Steuerung), dieses bringt als generelle Erwartungshaltung zum Ausdruck ob Menschen die Folgen ihrer Handlungen als selbstbestimmt (internaler Typus) oder fremdbestimmt (externaler Typus) empfinden (Neyer & Asendorpf, 2018, S. 191). Die Einteilung erfolgt als Kontinuum. Personen mit eher internaler Kontrollüberzeugung fühlen sich im Besitz der Kontrolle über das eigene Leben und gehen eher davon aus Veränderungen in der Umwelt selbst herbeiführen zu können (Sechrest, 1984, S. 228–230). Sie Informieren sich besser über ihre Erkrankungen, können körperliche Erkrankungen besser bewältigen, nehmen häufiger eine aktive Patientenrolle ein (Powell, 1992, S. 130) und empfinden teils höhere Lebensqualität, auch bei chronischen Erkrankungen (Aalto, Uutela & Aro, 1997, S. 222–223). Martinez (1994, S. 379–380) zeigte einen Zusammenhang zwischen größerem akademischen Erfolg und interner Kontrollüberzeugung. Personen mit internaler Kontrollüberzeugung zeigen höhere Werte in Bezug auf Aktivität, Selbstsicherheit, Ideenreichtum und Handlungskompetenzen, Sie gehen eher informationsgeleitet und strategisch vor und zeigen ein besseres Informationsmanagement sowie eine höhere Problemlösegüte als Personen mit externer Kontrollüberzeugung (Spering, 2001, S. 5). Personen mit eher externer Kontrollüberzeugung haben das Gefühl eigene Handlungen beeinflussen den Verlauf der Ereignisse wenig, der Lauf der Dinge befindet sich nicht im eigenen Einflussbereich.

Machtvolle andere wie Glück, Gott, Schicksal, Regierung, etc. üben starke Kontrolle über das eigene Leben aus. Sie fühlen sich häufig machtlos und hilflos in Bezug auf die Herbeiführung von Veränderung im eigenen Umfeld und sind eher von anderen Menschen abhängig (Sechrest, 1984, S. 228–230). Studien ergaben höhere Werte in Bezug auf Angst, häufigeres auftreten psychischer Störungen (Lefcourt, 1992, S. 411–414), Depressionen (Benassi, Sweeney & Dufour, 1988, S. 362) und suizidalen Gedanken bzw. Verhalten (Liu, Tein, Zhao & Sandler, 2005, S. 443). Bei Erkrankungen nehmen Sie eher eine passive Patientenrolle ein (Powell, 1992, S. 132).

In Bezug auf die tägliche Arbeit einer Pflegekraft mit Patienten ist es sinnvoll das Konstrukt der Kontrollüberzeugung zu kennen. Zu erkennen ob Patienten eher externale oder internale Kontrollüberzeugungen mitbringen, kann für die weitere Behandlung hilfreich sein. Gerade in Bezug auf Chronifizierung von Beschwerden gelten Depression, Ängste, Hilflosigkeit, Machtlosigkeit und eine passive Patientenrolle als explizite Risikofaktoren (Hans-Raimund Casser, Monika Hasenbring, Anette Becker, 2016, S. 61–62). Patienten mit erhöhtem Risiko zur Chronifizierung früh zu erkennen und diese individuell zu behandeln, um Chronifizierung zu verhindern birgt Einsparungspotential im Gesundheitssystem.

Folgende Beispiele sollen das Konzept der externen/internen Kontrollüberzeugung an beobachtbaren Verhaltensweisen verdeutlichen.

Externale Kontrollüberzeugung am Beispiel

Matthias ist in der Ausbildung zum Kranken- und Gesundheitspfleger, teil der Ausbildung ist es einen Vortrag vor Angehörigen im Krankenhaus zu halten. Matthias ist mit der vorgegebenen Themenauswahl nicht glücklich, er fühlt sich schon bei der Arbeit am Patienten nicht sicher. Bei dem Gespräch in der Klasse über die bevorstehende Vortragsaufgabe zieht sich Matthias zurück, er spricht nicht gerne vor Menschen. Der Vortrag kommt näher, Matthias schiebt den Vortrag so lange vor sich her, bis es zu spät ist. Am Tag des Vortrags ist er krankgeschrieben, sein Vortrag findet nicht statt. Er bekommt die Note 6,0.

Internale Kontrollüberzeugung am Beispiel

Tina ist ebenfalls in der Ausbildung zur Kranken- und Gesundheitspflegerin, auch Sie muss einen Vortrag vor Angehörigen im Krankenhaus zu halten. Die Angehörigen sollen Tipps für den Alltag nach dem Krankenhausaufenthalt erhalten. In Bezug auf ihre Kompetenzen sieht Tina noch Verbesserungsbedarf. Sie recherchiert zum Thema und spricht mit Mitschülern, Lehrern, Patienten, Angehörigen und Kollegen im Krankenhaus. Darauf basierend erstellt Tina einen groben Ablauf ihres Vortrags und holt sich Feedback ein. Sie ist gut vorbereitet und freut sich auf den Vortrag. Während des Vortrags fühlt sie sich gut, sie ist stolz ihr Wissen weiterzugeben, Sie bekommt die Note 1,5.

Zusammengefasst lässt sich festhalten das die pflegerische Arbeit durch ein hohes Arbeitsaufkommen, ständige Zeitknappheit, personelle Unterbesetzung, wenig Anerkennung und einem geringen Einfluss in Bezug auf Entscheidungen gekennzeichnet zu sein scheint. Diese Rahmenbedingungen erschweren es dem Personal bei ihrer Arbeit hohe SWK zu empfinden. Auch das Ausbilden oder aufrechterhalten einer internalen Kontrollüberzeugung dürfte sich durch die geringen Einflussmöglichkeiten als schwierig erweisen. Aus den bereits erläuterten Gründen könnte es sinnvoll sein, gezielte Maßnahmen einzusetzen um die SWK des Pflegepersonals zu steigern.

Konkrete Schritte zum Aufbau von SWK von Mitarbeitern.

Laut Bandura kann die SWK gesteigert werden (Maltby et al., 2011, S. 169). Er beschreibt hierbei, als besonders wichtig das gefürchtete Aufgaben nach Möglichkeit ausgeführt werden sollten. Bei der Bewältigung sind unterstützende Personen von besonderer Bedeutung. Weiterhin kann es hilfreich sein die zu bewältigende Aufgabe in mehrere kleine erreichbare Teilaufgaben zu unterteilen. So wird die gefürchtete Aufgabe Stück für Stück und am Ende ganz bewältigt. Das Ergebnis ist eine gesteigerte SWK des Individuums. Diese gesteigerte SWK lässt die Motivation steigen, hilft sich von Rückschlägen nicht so leicht beirren zu lassen und erhöht die Resilienz des Individuums.

Nach Schustrack & Friedmann (2004, S. 316) ergibt sich die SWK aus vier Informationsarten, den eigenen Erfahrungen (Erfolge, Misserfolge der Vergangenheit), Beobachtung anderer Personen bei Ausführung des Zielverhaltens oder ähnlicher Verhaltensweisen (stellvertretende Erfahrungen), verbale Überzeugungen (zu- abraten anderer Personen) und die eigenen Emotionen in Bezug auf das angestrebte Verhalten. Anhand dieser vier Informationsarten lässt sich ein konkretes Konzept zur Steigerung der SWK von Pflegepersonal im Krankenhaus erarbeiten.

Mögliche Maßnahmen zur Steigerung der SWK im Krankenhaus

Hilfreich könnte sein, positive Erfahrungen in Bezug auf die eigene Arbeit zu ermöglichen. Hierfür könnte es sinnvoll sein, Mitarbeitern Verantwortung und Zuständigkeiten für bestimmte Projekte zu geben (Projektverantwortung). Gemeinsam mit der Führungskraft sollte ein genauer Plan (SMART-System mit Nah- und Fernzielen) mit nötigen Schritten zur Zielerreichung ausgearbeitet werden. Bei Planung der Umsetzung sollten Rückschläge eingeplant und besprochen werden. Wird das Projekt erfolgreich umgesetzt, steigert das die SWK beteiligter Mitarbeiter. Auch stellvertretende Erfahrungen können die SWK steigern, dafür könnte es sinnvoll sein vermehrt auf Hospitationen zu setzen. Erfahrene, resiliente, eher Arbeitszufriedene Kollegen könnten so positive Wirkungen auf jüngere, weniger erfahrene oder weniger resiliente/Arbeitszufriedene Kollegen haben. Die Kommunikation positiver verbaler Überzeugungen an die Mitarbeiter kann die SWK ebenfalls beeinflussen. Fehlende Anerkennung wird von vielen Pflegekräften als demotivierender Faktor genannt. Hierfür könnte es sinnvoll sein, Patienten, Kollegen und andere Berufsgruppen des Krankenhauses zu befragen, welche Wichtigkeit gute Pflege für Sie hat. Zufriedene Patienten sollten als Fürsprecher der Pflege genutzt werden. Übliche Patientenbefragungen im QM System sollten auch nach positiven Erlebnissen befragen. Der Umgang mit den eigenen Emotionen birgt ebenfalls Potenzial zur Steigerung der SWK, das Explorieren der eigenen Emotionen ist hierfür der erste Schritt. Sinnvolle Fragestellungen könnten sein, was macht glücklich und zufrieden am eigenen Beruf? Wie könnte ich noch zufriedener werden? Welche Dinge machen unzufrieden und warum? Im

Anschluss sollte die eigene Einstellung in Bezug auf beeinflussbare und nicht beeinflussbare Faktoren überprüft werden. Für beeinflussbare Faktoren können Ziele (SMART-System) und Strategien definiert werden, um diese umzusetzen. Nicht beeinflussbaren Faktoren lässt sich mit Akzeptanz oder Veränderung (z.B. Aufgabenwechsel) begegnen. Auch Führungskräfte können Einfluss auf die SWK ihrer Mitarbeiter haben. Besonders wichtig scheinen ein Fairer, gerechter Umgang, ehrliches Anerkennen von Leistungen, konstruktive Lösungsatmosphäre, Wertschätzung der Mitarbeitermeinung, sowie ehrliches Feedback zu sein. Den Fokus auf Erfolge und positive Entwicklungen zu lenken könnte sich ebenfalls auf die SWK der Mitarbeiter auswirken. Um die interdisziplinäre Wertschätzung zu steigern, könnten interdisziplinäre Projekte sinnvoll sein. Auch Veränderungen der Organisationsstruktur bieten das Potenzial die SWK der Mitarbeiter zu steigern. Wichtigste Maßnahme wäre das Zeitproblem der Pflegekräfte zu entschärfen (Personaldecke aufstocken, Delegation von Leistungen, Optimierung/Reduktion des Dokumentationsaufwandes). Hilfreich wären evtl. auch flachere Hierarchien und die Förderung interdisziplinärer Teams. Bei aktueller Personal- und Zeitsituation sind die beschriebenen Veränderungen realistischerweise kaum umsetzbar.

Aufgabe C2:**Sensation Seeking nach Zuckerman**

Sensation Seeking (SS) ist definiert „durch das Suchen nach verschiedenartigen, neuen, komplexen und intensiven Eindrücken und Erfahrungen sowie durch die Bereitschaft um solcher Erfahrungen willen physische, soziale, legale und finanzielle Risiken in Kauf zu nehmen.“ (Spielberger, 1972, S. 67). Mithilfe des Begriffes SS werden bestimmte Persönlichkeitspsychologische Merkmale, also Verhaltensdispositionen beschrieben. Diese Merkmale werden in wechselnden situativen Zusammenhängen mit gewisser Konstanz sichtbar (Möller, Hell & Kröber, 1998, S. 487). Zuckermann geht von einer dynamischen Interaktion zwischen gegebener Situation und Verhaltensdispositionen in entsprechenden Situationen aus. Ziel der Verhaltensweisen ist es eine Art innerpsychische Ausgeglichenheit zwischen Anspannung und Entspannung (hedonischer Tonus) zu erzeugen, um sich wohl zu fühlen. Personen mit hohen SS Werten suchen überdurchschnittlich oft nach immer wieder neuen, stimulierenden Situationen. Ausschlaggebend für den positiven Verstärkungswert der Stimulation für das Individuum sind die Sinneseindrücke sowie deren kognitive Bewertung. Die Höhe des Verstärkungswertes hängt nicht von der Stärke der Stimulation, sondern von der kognitiven Bewertung der Situation ab. Entscheidend hierfür sind Komplexität und Ungewöhnlichkeit oder Neuheit. Die Situation als solche hat im Konzept des SS keine objektive Bedeutung, was als „Sensation“ empfunden wird, ergibt sich aus der subjektiven Bewertung (kognitive Repräsentation) (Möller et al., 1998, S. 487). Weiterhin scheinen Low Sensation Seeker eher eine Umgebung von Vorhersagbarkeit und Ordnung zu brauchen, High Sensation Seeker suchen eher nach Unabhängigkeit von anderen, Veränderung und benutzen ihr soziales Umfeld teils zur Selbstdarstellung (Roth & Hammelstein, 2003, S. 8). Individuen mit erhöhten Ausprägungswerten der Eigenschaft SS wird zugeschrieben das Sie intensive Stimuli besser vertragen (sowohl neurophysiologisch als psychologisch) (Zuckerman, Buchsbaum & Murphy, 1980, S. 187–188).

Zuckerman (1984, S. 417–431) sprach in Weiterführung seiner Theorie davon das „Sensation Seeker“ eine niedrige Noradrenalinaktivität in ihrem limbischen Hirn aufweisen könnten bzw. das ihr noradrenerges System weniger empfindlich gegenüber Stimuli sein könnte.

Dies würde bedeuten das Sensation Seeker auf der Suche nach fortwährender Stimulation wären, um ihr eher niedriges Level an Katecholaminaktivität zu erhöhen, dies wiederum hätte ein erhöhtes Wohlbefinden zur Folge. Die Theorie des habituell niedrigen tonischen arousal niveaus konnte bis dato nicht bestätigt werden (Roth & Hammelstein, 2003, S. 11–12). Die Zusammenhänge von SS und biologischen Faktoren werden nach wie vor kontrovers diskutiert, ein Konsens ist bisher nicht abzusehen. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen. Das Merkmal SS verändert sich im Laufe des Lebensalters und hat im Alter von 17 – 19 Jahren sein Maximum erreicht. Ab diesem Zeitpunkt fallen die Werte stetig ab. Geschlechtsabhängige Unterschiede bestehen lediglich im Bereich des „Thrill and Adventure Seeking“, Frauen zeigen hier geringere Merkmalsausprägungen. Geschlechtsabhängige Unterschiede in anderen Teilbereichen waren nicht aufzuzeigen (Ball, Farnill & Wangeman, 1984, S. 264–265)

Die Sensation Seeking Scale (SSS)

Um das Ausmaß des „SS“ zu quantifizieren entwickelte Zuckerman die Sensation Seeking Scale (SSS). Die ursprüngliche Idee war „eine Operationalisierung des Konstruktes optimaler Stimulationsgrad zu erhalten“ (Roth & Hammelstein, 2003, S. 77). Sie wurde seit ihrer erstmaligen Publikation 1978 von Zuckerman mehrfach verändert und angepasst. Die aktuellste und international am häufigsten verwendete Form ist die SSS-V, Sie besteht aus 40 Items, die sich gleichmäßig auf vier Faktoren aufteilen (Roth & Hammelstein, 2003, S. 12–14). Diese vier Faktoren sind, Thrill and Adventure Seeking (Suche nach Spannung und Abenteuer durch riskante, aufregende Tätigkeiten wie bestimmte Sportarten oder schnelles Fahren), Experience Seeking (Präferenz eines nonkonformistischen Lebensstils; Suche nach neuen Erfahrungen),

Disinhibition (Suche nach Enthemmung z.B. mithilfe von sozialem Trinken, vermehrten sozialen Aktivitäten), Boredom Susceptibility (Das unangenehme betroffen sein durch Langeweile, die Abneigung gegenüber monotonen Situationen mit der Reaktion von Ruhelosigkeit). Die SSS-V sieht sich teils Kritik ausgesetzt, so wird beispielsweise kritisiert, dass risikofreudige Verhaltensweisen stark zeit-, kultur- und modeabhängig sind (Möller et al., 1998, S. 490).

Beschreibung einer Person mit hohen Werten auf der SSS.

Thomas ist 17 Jahre alt und hat gerade den Motorradführerschein gemacht. Bis er 18 ist, darf er nur mit einer gedrosselten Maschine fahren. Er hat sich ein gedrosseltes Motorrad gekauft und die Drosselung direkt ausgebaut. Thomas liebt Geschwindigkeit, mit dem Motorrad in Rennfahrer-Manier durch die Landschaft zu brausen, ist für ihn das Größte. Thomas fühlt sich sicher auf seinem Motorrad, er genießt das Gefühl der Geschwindigkeit und den Nervenkitzel. Da Thomas noch in der Probezeit seines Führerscheines ist, gilt für ihn die null Promille Grenze. Er sieht das nicht so eng, er hat schon einige Vorerfahrungen mit Alkohol. Seiner Meinung nach beeinträchtigt Alkohol seinen Fahrstil kaum. Da Thomas gerne über die Stränge schlägt, kommt es auch mal vor, dass er betrunken nach Hause fährt. Sorgen erwischt zu werden hat Thomas nur gering und ein bisschen macht ihm das Risiko sogar Spaß. Manche seiner Klassenkollegen reden schlecht über ihn, weil er teilweise so viele Risiken eingeht. Ihm ist das egal, er will ein intensives, spannendes und abwechslungsreiches Leben führen, die Meinung der Langweiler hat für ihn keine Bedeutung.

Das Konzept des SS im Bereich Prävention und Gesundheitspsychologie

Gesundheitspsychologisch betrachtet scheint das Konzept des SS Verbindungen mit gesundheitlichem Risikoverhalten zu zeigen (Spielberger, 1972, S. 68–72). So zeigten Untersuchungen unter anderem Zusammenhänge zwischen hohen SS Werten und dem Konsum von Zigaretten, Drogen, übermäßigem Alkoholkonsum, überschnellem Autofahren, riskanterem Fahrstil, häufigerem

Fahren mit Intoxikation (i.R. Alkohol), der Ausübung riskanter Sexualpraktiken sowie dem Ausüben riskanter Sportarten (Möller et al., 1998, S. 491). Zusammengefasst lässt sich also festhalten, dass die Verhaltensdisposition SS mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zu potenziell gesundheitsschädlichem und riskantem Verhalten vergesellschaftet zu sein scheint (Suls & Rittenhouse, 1987, S. 164). Hohe SS Werte könnten also als relativer Risikofaktor für gesundheitsschädliches Verhalten angesehen werden.

Mithilfe dieses Wissens ließen sich evtl. zukünftig spezielle Risikogruppen identifizieren. Diese könnten wiederum speziellen Präventionsprogrammen zugeführt werden. Beispielsweise könnten Risikosportler über ihr erhöhtes Verletzungsrisiko durch eine evtl. zu hohe Inkaufnahme von Risiken informiert werden. Der Sportler hätte so die Möglichkeit sein Verhalten zu hinterfragen und evtl. in entsprechenden Situationen sein Risikoverhalten zu modifizieren. In Bezug auf den Konsum von Zigaretten, Alkohol und Drogen, riskantes Sexualverhalten sowie Fahrverhalten, könnte es evtl. sinnvoll sein die Gruppe der High Sensation Seeker mit speziellen Präventionsprogrammen zu adressieren. Wie genau diese geartet sein müssten, um die Personengruppe der High Sensation Seeker auch zu erreichen kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Wahrscheinlich wäre es jedoch sinnvoll bei diesen Präventionskonzepten nicht unbedingt den Risikoaspekt in den Vordergrund zu stellen. Da das enthaltene Risiko Teil der Reizgebung (kognitive Bewertung) ist, könnte es sinnvoller sein, sich auf Handlungs-Ergebniserwartungen zu konzentrieren. Interessanterweise zeigen sich jedoch nicht nur negative Auswirkungen von hohen SS Werten auf die Gesundheit. Eine Untersuchung von De Brabander et al. (1996, S. 1310) zeigte bei Testpersonen mit hohen Ausprägungen der Thrill und Adventure Seeking Skala signifikant weniger Stressbelastungen. Es wird in Bezug auf diese Ergebnisse angenommen das High Sensation Seeker evtl. über Formen der Belastungsbewältigung verfügen die protektive Zwecke erfüllen könnten.

Die Bedeutung des Konzeptes SS für den Bereich Gesundheitspsychologie sollte weiter erforscht werden. Die bisherigen Erkenntnisse lassen sich nutzen, um bestimmte Risikogruppen zu identifizieren und evtl. auf diese Risikogruppen

zugeschnittene Präventionskonzepte zu entwickeln. Diese Konzepte gilt es zu entwickeln und auf die individuellen Bedürfnisse der Gruppe der High Sensation Seeker zuzuschneiden. Weiterhin spannend zu erforschen wäre der Gesichtspunkt, ob hohe SS Werte evtl. auch Gesundheitsprotektive Aspekte erfüllen könnten.

Aufgabe C3:

Spielbergers Modell der Ängstlichkeit anhand State und Trait:

Spielberger (1972, S. 31–35) unterscheidet in seinem Modell der Ängstlichkeit Angst in Eigenschaftsangst (Trait) und Zustandsangst (State). Eigenschaftsangst oder Trait-Angst ist „charakterisiert als relativ stabiler, interindividueller Unterschied in der Tendenz Situationen als bedrohlich zu bewerten und in der Folge mit erhöhter Zustandsangst zu reagieren“ (Genkova, Ringeisen & Leong, 2013, S. 240–241). Traits gelten also eher als stabile, beobachtbare, in gewisser Regelmäßigkeit auftretende Verhaltensdispositionen mit interindividueller Ausprägung. States beschreiben eher situative, beobachtbare, interindividuelle Verhaltensweisen in bestimmten Situationen. Anhand Spielbergers Modell der Ängstlichkeit lassen sich State und Trait weiter veranschaulichen. Spielberger konzipiert in seinem Trait-State-Modell Ängstlichkeit als Beziehung zwischen Angst als Eigenschaft unter Berücksichtigung situativer Einflüsse (Eigenschaftsangst) und Angst als Zustand (Zustandsangst). Laut Spielberger ist Zustandsangst ein „bewusst wahrnehmbarer Zustand, der einhergeht mit Anspannung, Nervosität, innerer Unruhe, Besorgtheit und erhöhter Aktivierung des autonomen Nervensystems“ (Becker, 2014a, S. 117). Die Persönlichkeitseigenschaft Angst beschreibt nach Spielberger „die stabile Neigung einer Person, Situationen als bedrohlich zu bewerten“ (Becker, 2014b, S. 117). Diese Bewertung wirkt sich auch auf die Zustandsangst aus, so können Personen mit hohen Werten bei Angst als Eigenschaft, gleichzeitig hohe Werte in der Zustandsangst entwickeln. Personen sind gemäß diesem Modell hochängstlich, wenn Sie sich in Situationen befinden, die zu ihrer Ängstdisposition passen. Dann wird wahrscheinlich auch erhöhte Zustandsangst entstehen. Spielbergers State-Trait-Angstinventar (STAI) misst sowohl Zustands- (wie fühlen sich Probanden in diesem Moment) als auch Eigenschaftsangst (wie fühlen sich Probanden im Allgemeinen) durch das Erfragen von insgesamt je 20 Items. Es zeigte sich das der Fragebogen nicht geeignet ist generelle Ängstneigungen zu erfassen. Stattdessen misst das STAI Ängstlichkeitswerte in Selbstwert bedrohenden Situationen. Gemessen wird Ängstlichkeit gegenüber psychischer Bedrohung, nicht physischer.

Grundsätzlich unterscheiden sich Menschen mit hoher oder niedriger Ängstlichkeit darin wie stark und wie häufig Sie Situationen als bedrohlich bewerten. Angst zu erleben bedeutet demnach, die Situation vorher kognitiv als bedrohlich bewertet zu haben.

Trait und State-Angst anhand eines Beispiels aus dem beruflichen Alltag.

Gabi ist 22 Jahre und klassisch ausgebildete Physiotherapeutin. Sie hat generell häufig Angst von anderen negativ bewertet zu werden. Teilweise versteht Sie nicht über was die Kollegen diskutieren. Nachfragen möchte Sie nicht, es soll niemand denken Sie hätte keine Ahnung. In den wöchentlichen Fortbildungen versteht Sie nicht alles, traut sich aber nicht vor allen Kollegen nachzufragen, sie möchte nicht inkompetent erscheinen. Gabi steht grundsätzlich nicht gerne im Mittelpunkt. In ihrer Freizeit spielt Sie in einer Theatergruppe. Durch das Spielen einer fremden Rolle/Person kann Sie ihre eigenen Ängste vergessen. Gabi ist grundsätzlich ein zurückhaltender Mensch, der nicht gerne im Mittelpunkt steht, Sie hat Angst davor ausgelacht, belächelt oder herabgesetzt zu werden (Traitangst = hoch). Die Besprechungssituation vor den Kollegen empfindet Sie als besonders bedrohlich (Stateangst = hoch). Beim Theaterspielen schlüpft Sie in eine fremde Rolle, Sie ist gut vorbereitet, weiß genau was passieren wird, ihre eigenen Ängste kann Sie dadurch zu einem Großteil vergessen (Traitangst = hoch, Stateangst = niedrig). Dieses Beispiel macht deutlich, dass Personen trotz höherer Eigenschaftsangst in ähnlichen Situationen mit sehr unterschiedlichen Werten der Zustandsangst reagieren können.

Konsequenzen aus beiden Angstarten für die praktische Personalarbeit:

Spielberger beschreibt, dass Personen mit einer hohen Eigenschaftsangst (Traitangst) auch in den zur Angstdisposition passenden Situationen mit höherer Ängstlichkeit (Zustandsangst = State) reagieren. Als Auswirkungen auf die Personalarbeit sind verschiedene Szenarien denkbar. Wichtig ist das immer die kognitive Bewertung der Situation durch das Individuum entscheidend für die Auslösung und die Stärke der Angst ist. Es ist sicher von Vorteil seine Mitarbeiter möglichst gut zu kennen. So lassen sich evtl. bereits Angst erzeugende

Situationen für den Arbeitnehmer im Vorhinein reduzieren. Ein Mitarbeiter, mit Vortragsangst sollte evtl. nicht mit der Aufgabe betraut werden einen Vortrag zur Gewinnung neuer Kunden zu halten. Ängstlichkeit kann sich auch in der Beteiligung an Teamsitzungen, Diskussionen oder ähnlichem zeigen. Personen mit hoher Ängstlichkeit v.a. in Bezug auf soziale Zurückweisung könnten sich in diesen Situationen schwer tun ihre Meinung zu vertreten. Weiterhin ist es denkbar, dass Mitarbeiter mit hoher Ängstlichkeit ihren Vorgesetzten bei Problemen erst sehr spät aufsuchen. Probleme könnten so durch den Vorgesetzten erst sehr spät erkannt und evtl. behoben werden. Hohe Ängstlichkeit könnte sich auch bei Einstellungsgesprächen auswirken, ein Bewerber mit hoher Eigenschaftsangst und Angst vor Bewerbungsgesprächen wird sich wahrscheinlich anders verhalten als ein Bewerber mit niedriger Ängstlichkeit. Es lässt sich festhalten, dass der Personalverantwortliche in den meisten Fällen nicht genau wissen kann, in welchen Situationen der Mitarbeiter in eine Situation hoher Ängstlichkeit gerät. Dafür kennt er häufig seine Mitarbeiter nicht gut genug. Im Bewerbungsgespräch könnte es sinnvoll sein Bewerber in verschiedene Situationen zu bringen um ihr Verhalten besser beurteilen zu können. Wichtigster Aspekt für den Umgang mit Personal mit erhöhter Ängstlichkeit ist wahrscheinlich eine Arbeitsatmosphäre gegenseitigen Respektes, Wertschätzung, Vertrauen und Sicherheit. Ein verlässlicher, authentischer Vorgesetzter vor dem man „nichts zu befürchten“ hat, könnte für Personal mit hoher Ängstlichkeit sicherlich hilfreich sein.

Vergleich hochängstliche Person nach Spielberger und Krohne

Das Angstbewältigungsmodell von Krohne betrachtet die Aufmerksamkeitslenkung von Menschen in bedrohlichen Situationen. Krohne postuliert zwei voneinander unabhängige Konstrukte, um belastende Situationen zu bewältigen, die Vigilanz und die kognitive Vermeidung. Die Strategie der Vigilanz beschreibt einen Zustand erhöhter Aufmerksamkeit, die Strategie der kognitiven Vermeidung basiert eher auf der Ablenkung der Aufmerksamkeit von der Quelle der Bedrohung (Becker, 2014b, S. 30–31; Laux, 2008, S. 232–234). Dem liegt die Annahme Krohnes zugrunde, dass Menschen in bedrohlichen Situationen generell zwei Reaktionen zeigen, körperliche Erregung und

Unsicherheit. Inwieweit ein Individuum diese beiden Zustände verträgt, ist interindividuell verschieden. Krohne nimmt an, dass hoch vigilante Personen Unsicherheit nicht gut vertragen. Ihre Strategie ist es, Bedrohung durch Bekämpfen der Unsicherheit zu reduzieren. Demgegenüber stehen die Vermeider, Sie können physiologische Erregungszustände nicht gut tolerieren. Ihre Strategie ist es, sich durch kognitive Strategien vom Bedrohungsstatus abzuwenden und so den Erregungszustand zu reduzieren (Laux, 2008, S. 232–233). Kombiniert man oben genannte Strategien zur Aufmerksamkeitsrichtung mit dem Ausmaß, wie sich Unsicherheit bzw. Erregung vom Individuum aushalten lassen, ergeben sich vier Arten von Bewältigungsstrategien für bedrohliche Situationen.

Sensitizer, Represser, erfolglose Bewältiger und nicht defensive Personen. Sensitizer sind gegenüber Unsicherheit intolerant, können körperliche Erregung hingegen eher gut aushalten, Sie neigen in bedrohlichen Situationen zu vigilantem Verhalten. Represser sind gegenüber Unsicherheit intolerant, körperliche Erregung können Sie gut vertragen, Sie neigen zu kognitiv vermeidendem Verhalten. Erfolgreiche Bewältiger sind sowohl gegen Unsicherheit als auch gegen körperliche Erregung intolerant. Diese Personengruppe zeigt ein wahlloses Hin- und Her zwischen den Bewältigungsstrategien, da Sie so oder so negative Auswirkungen befürchten. Dadurch entsteht ein ineffizienter, fluktuierender Bewältigungsstil. Die Gruppe der nicht defensiven Personen ist in der Lage, sowohl Unsicherheit als auch körperliche Erregung gut zu ertragen. Sie können also je nach Situation zwischen beiden Bewältigungsstilen wechseln und je nach Situation die beste Bewältigungsstrategie einsetzen. Sie zeigen ein flexibles und effizientes Bewältigungsverhalten (Laux, 2008, S. 233).

Messbar wurde das Modell durch die Entwicklung des Angstbewältigungsinventars (ABI) (Krohne, H. W., Egloff, 1999). Durch das ABI werden Vigilanz und kognitive Vermeidung als zentrale Persönlichkeitskonstrukte zur Angst- bzw. Stressbewältigung erfasst. Das Modell der Bewältigungsmodi nach Krohne besagt, dass Vigilanz und kognitive Vermeidung unabhängig voneinander variierende Bewältigungsstrategien sind. Das ABI beinhaltet 8 angstauslösende Szenarien (4 Selbstwert- und 4 physisch

bedrohliche). Diesen Situationen sind 5 vigilante und 5 kognitiv vermeidende Bewältigungsstrategien zugeordnet. Die am Ende zu errechnenden Scores ergeben eine Orientierungsmöglichkeit in Bezug auf den Angstbewältigungsstil des Probanden im generellen Umgang mit bedrohlichen, v.a. mehrdeutigen, Situationen (Neuser, 2003, S. 98–100).

Vergleicht man eine hochängstliche Person nach Spielberger mit einer hochängstlichen Person nach Krohne werden die Unterschiede der einzelnen Konzepte deutlicher. Eine hochängstliche Person nach Spielberger verfügt über hohe Eigenschaftsangst (Trait) und in der in Bezug auf ihre Angstdispositionen passenden Situation auch über hohe Zustandsangst (State). Eine Hochängstliche Person nach Krohne entspräche wohl am ehesten dem „erfolglosen Bewältiger“ (Krohne, 2017, S. 94). Das Konzept von Spielberger beschreibt eher wie Angst empfunden, das von Krohne eher mit welchen Strategien Sie vom Individuum bewältigt wird.

Weiterhin stehen im Konzept von Spielberger Eigenschafts- und Zustandsangst miteinander in Beziehung, Krohne betrachtet Vigilanz und Kognitive Verdrängung als voneinander unabhängig variierende Persönlichkeitskonstrukte der Angstbewältigung (Neuser, 2003, S. 98–100). Auch in Bezug auf die entwickelten Messinstrumente unterscheiden sich die Konzepte, das von Spielberger genutzte State-Trait-Inventar misst Ängstlichkeit lediglich auf psychischer Ebene (Becker, 2014b, S. 118), das Angstbewältigungsinventar erhebt Bedrohungssituationen auch auf physischer Ebene (Neuser, 2003, S. 98–100).

OP-Vorbereitungen mithilfe des Angstbewältigungsmodells nach Krohne:

Das Modell der Bewältigungsmodi nach Krohne ist u.a. am Beispiel der Angst vor Operationen beschrieben. Für viele Patienten sind Operationen mit hoher perioperativer psychologischer Belastung assoziiert, so berichtet die überwiegende Mehrheit der Patienten vor einer Operation über Ängste (Dony, 1982, S. 149–150; Gebbensleben & Rohde, 2008, S. 1539).

Das sich perioperative Belastungen von Patienten vor medizinischen Eingriffen reduzieren lassen wurde in verschiedenen Studien dargelegt. Genutzt wurden dafür verschiedene psychologisch-medizinische Interventionen. Die genutzten Maßnahmen lassen sich in Informations- Bewältigungs- (Coping-) und Kontrollverfahren sowie in kombinierte Verfahren unterteilen. Informationsverfahren verfolgen zwei Ansätze, die Vermittlung prozeduraler Informationen (z.B. objektive Informationen über Abläufe), sowie die Vermittlung sensorischer Informationen (Empfindungen im Operationsverlauf). Bewältigungsverfahren verfolgen das Ziel, Patienten Strategien zur Belastungsreduzierung in Bezug auf das als belastend erlebte Ereignis zu vermitteln. Genutzt werden hier u.a. Entspannungsverfahren, Strategien zur kognitiven Ablenkung und oder Neubewertung der Situation und Selbstinstruktionen (beruhigende bzw. positive). Kontrollverfahren verfolgen das Ziel dem Patienten das Gefühl zu geben die Situation (zumindest teilweise) steuern zu können (z.B. durch bestimmte Atemtechniken). Bei den kombinierten Maßnahmen wurden das Verfahren des Modeling (andere Patienten, die den Eingriff gut überstanden haben i.R. als Film), sowie Kombinationen von Informations- und Bewältigungsverfahren eingesetzt (Krohne, 2017, S. 132–133).

Das Modell der Bewältigungsmodi postuliert eine Unterscheidung der Menschen nach ihren zentralen Zielen der Stressbewältigung. Setzt man die Strategien der Stressbewältigung dieser beiden Gruppen (Vigilanz, Vermeidung) in Bezug zu den oben angewandten Verfahren, lässt sich vermuten, dass es je nach Bewältigungsstrategie des Patienten bessere oder schlechtere Ergebnisse in der Stressbewältigung geben kann. Vigilante Patienten bevorzugen zur Reduktion ihrer Unsicherheit häufig Informationsverfahren, für diese Patientengruppe sind Entspannungs- und Ablenkungsverfahren evtl. nicht hilfreich. Die Patientengruppe der kognitiven Vermeider könnte durch Informationsverfahren und die Konfrontation mit den Informationen, die Sie vermeiden wollen sogar noch ängstlicher werden. Für diese Patientengruppe wären Entspannungs- und Informationsverfahren evtl. hilfreicher. Es wäre also evtl. sinnvoll vor Anwendung eines Präventionsprogramms zu prüfen, welchen Bewältigungsstil der Patient präferiert. So ließe sich die Effektivität eines präventiven Programmes zur

perioperativen Stressreduktion evtl. deutlich steigern. In der Patientengruppe der hochhängstlichen Personen im Rahmen des Modells der Bewältigungsmodi findet sich die Gruppe der „erfolglosen Bewältiger“. Dieser Patientengruppe könnte eine vorherige Evaluierung ihrer Bewältigungspräferenzen dabei helfen die richtige Bewältigungsstrategie zu finden. Wie wichtig die Passung der Präventionsstrategie in Bezug auf den Patienten ist, zeigte sich in weiteren Untersuchungen. So waren perioperative Entspannungsprogramme vor chirurgischen Eingriffe für Hochhängstliche Patienten teilweise sogar kontraindiziert, da Sie Angst verstärkten (Litt, Kalinowski & Shafer, 1999, S. 614–624; Wilson, 1981, S. 79–102).

Zusammengefasst lässt sich festhalten das sich die perioperative Stressbelastung von Patienten durch gezielte präventive Maßnahmen reduzieren lässt. Es scheint hierbei jedoch besonders wichtig zu sein das für den Patienten individuell passende Präventionsprogramm auszuwählen. Weitere Untersuchungen mit genauer Zuordnung der Patientengruppe zu entsprechenden Präventionsprogrammen mit hoher Passung zum individuellen Bewältigungsstil könnten konsistente Ergebnisse liefern.

Literaturverzeichnis

- Aalto, A. M., Uutela, A. & Aro, A. R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. *Patient education and counseling*, 30 (3), 215–25.
- Ball, I. L., Farnill, D. & Wangeman, J. F. (1984). Sex and Age-Differences in Sensation Seeking - Some National Comparisons. *British Journal of Psychology*, 75 (MAY), 257–265.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V. & Pastorelli, C. (2001). Self-Efficacy Beliefs as Shapers of Children's Aspirations and Career Trajectories. *Child Development*, 72 (1), 187–206. doi:10.1111/1467-8624.00273
- Becker, B. (2014a). Grundlagen der Differentiellen und Persönlichkeitspsychologie. 1. Aufl., Studienbrief der SRH Fernhochschule Riedlingen.
- Becker, B. (2014b). Praxisfelder der Differentiellen und Persönlichkeitspsychologie. 1. Aufl., Studienbrief der SRH Fernhochschule Riedlingen.
- Benassi, V. A., Sweeney, P. D. & Dufour, C. L. (1988). Is There a Relation Between Locus of Control Orientation and Depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 357–367. doi:10.1037/0021-843X.97.3.357
- De Brabander, B., Hellemans, J., Boone, C. & Gerits, P. (1996). Locus of control, sensation seeking, and stress. *Psychological reports*, 79 (3 Pt 2), 1307–12. doi:10.2466/pr0.1996.79.3f.1307
- Bruckenberger, E., Klaue, S. & Schwintowski, H.-P. (2005). *Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb*. doi:10.1007/3-540-30066-X

- Dony, M. (1982). Psychologische Aspekte im Bereich der Anästhesie. *Medizinische Psychologie* (S. 168–200). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-68357-2_6
- Ehresmann, C., Kockert, S. & Schott, T. (2015). *Fehlzeiten-Report 2015, Burnout bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation – Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*. (B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer, Hrsg.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-662-47264-4
- Gebbensleben, B. & Rohde, H. (2008). Angst vor der gastrointestinalen Endoskopie - ein bedeutsames Problem? *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 115 (41), 1539–1544. doi:10.1055/s-2008-1065188
- Genkova, P., Ringeisen, T. & Leong, F. T. L. (2013). *Handbuch Stress und Kultur*.
- Hans-Raimund Casser, Monika Hasenbring, Anette Becker, R. B. (2016). *Rückenschmerzen und Nackenschmerzen*. (H.-R. Casser, M. Hasenbring, A. Becker & R. Baron, Hrsg.)*Rückenschmerzen und Nackenschmerzen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-29775-5
- Jerusalem, M. & Hopf, D. (2002). Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 54–82. doi:URN:urn:nbn:de:0111-opus-78634
- Krohne, H. W., Egloff, B. (1999). Das Angstbewältigungs-Inventar (ABI). *Swets Test Services, Frankfurt a. M.*
- Krohne, H. W. (2017). Stress und Stressbewältigung bei Operationen. *Stress und Stressbewältigung bei Operationen* (S. 7–40). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-662-53000-9_2

- Lane, J. & Lane, A. (2001). Self-Efficacy and Academic Performance. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 29 (7), 687–693. doi:10.2224/sbp.2001.29.7.687
- Laux, L. (2008). *Persönlichkeitspsychologie Grundriss der Psychologie Band 11, 2. Aufl.* Kohlhammer.
- Lefcourt, H. M. (1992). Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin*, 112 (3), 411–414. doi:10.1037/0033-2909.112.3.411
- Litt, M. D., Kalinowski, L. & Shafer, D. (1999). A dental fears typology of oral surgery patients: matching patients to anxiety interventions. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 18 (6), 614–24.
- Liu, X., Tein, J. Y., Zhao, Z. & Sandler, I. N. (2005). Suicidality and correlates among rural adolescents of China. *Journal of Adolescent Health*, 37 (6), 443–451. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.08.027
- Maltby, J., Day, L. & Macaskill, A. (2011). *Differentielle Psychologie, Persönlichkeit und Intelligenz*. Pearson Studium.
- Martinez, J. C. (1994). Perceived Control and Feedback in Judgment and Memory. *Journal of Research in Personality*, 28 (3), 374–381. Academic Press. doi:10.1006/JRPE.1994.1026
- Möller, A., Hell, D. & Kröber, H. (1998). Sensation Seeking - Kritische Sichtung eines persönlichkeits-psychologischen Konzepts und seiner Anwendungen. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 66 (11), 487–495. doi:10.1055/s-2007-995289
- Neuser, J. (2003). *Angstdiagnostik*. (J. Hoyer & J. Margraf,

Hrsg.) *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-18976-0

Neyer, F. J. & Asendorpf, J. B. (2018). *Psychologie der Persönlichkeit* (Springer-Lehrbuch). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-662-54942-1

Northouse, L. L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J. et al. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology*, 20 (19), 4050–4064. doi:10.1200/JCO.2002.02.054

Powell, L. H. (1992). The cognitive underpinnings of coronary-prone behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 123–142. Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers. doi:10.1007/BF01173485

Roth, M. & Hammelstein, P. (2003). *Sensation Seeking - Konzeption, Diagnostik und Anwendung*. Göttingen u.a.: Hogrefe.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs*, 80 (1), 1–28. doi:10.1037/h0092976

Schustrack, M. O. & Friedmann, H. S. (2004). *Persönlichkeits und Differentielle Psychologie*. Pearson Studium. Zugriff am 2.2.2018. Verfügbar unter: <https://katalog.ub.uni-heidelberg.de/cgi-bin/titel.cgi?sess=8c3e4d6269a5509b1369d31f78c3e362&katkey=65883170&konto=a>

Schwalbe, F. (2015). Die Pflege braucht Pflege. *Intensiv*, 23 (02), 64–67. doi:10.1055/s-0035-1547198

- Sechrest, L. (1984). J. B. Rotter. The development of application of social language theory: Selected papers. Centennial Psychology Series. New York: Praeger, 1982. xii + 367 pp. \$29.95. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 20 (3), 228–230. doi:10.1002/1520-6696(198407)20:3<228::AID-JHBS2300200305>3.0.CO;2-1
- Spring, M. (2001). Emotionen und Kontrollüberzeugungen beim komplexen Problemlösen: eine experimentelle Untersuchung anhand des computersimulierten Problemlöseszenarios FSYS 2.0. *Diplomarbeit*. doi:10.11588/heidok.00002099
- Spielberger, C. D. (1972). ANXIETY AS AN EMOTIONAL STATE (Springer-Lehrbuch). In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Anxiety* (S. 23–49). Berlin, Heidelberg: Elsevier. doi:10.1016/B978-0-12-657401-2.50009-5
- Statistisches Bundesamt, W. (2013). Statistisches Bundesamt: Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. *Fachserie 12 Reihe 6.1.1*. Zugriff am 27.5.2018. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf?__blob=publicationFile
- Suls, J. & Rittenhouse, J. D. (1987). Personality and Physical Health: An Introduction. *Journal of Personality*, 55 (2), 155–168. doi:10.1111/j.1467-6494.1987.tb00433.x
- Wilson, J. F. (1981). Behavioral preparation for surgery: benefit or harm? *Journal of behavioral medicine*, 4 (1), 79–102.
- Wood, R. & Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory of Organizational Management. *Academy of Management Review*, 14 (3), 361–384. doi:10.5465/AMR.1989.4279067

Zuckerman, M. (1984). Sensation seeking: A comparative approach to a human trait. *Behav. Brain. Sci.*, 7 (May 2016), 413. doi:10.1017/S0140525X00018938

Zuckerman, M., Buchsbaum, M. S. & Murphy, D. L. (1980). Sensation seeking and its biological correlates. *Psychological Bulletin*, 88 (1), 187–214. doi:10.1037/0033-2909.88.1.187