

Josef Wacker

## Negative Kognitionen im Dienste einer Selbstwertschutzstrategie depressiver Patienten und ihre Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung

Negative cognitions in the service of self-protection strategy depressed patients and its impact on the therapeutic relationship

Der vorliegende Artikel befasst sich mit der Funktion der negativen Kognitionen als eine spezifische Selbstwertschutzstrategie depressiver Menschen. Es geht hierbei nicht um die Bedeutung als Ursache oder Folge einer Depression, sondern vielmehr um eine individuell gewählte Strategie zum Schutze eines negativen oder belasteten Selbstwertes. Untersucht wurden 100 VPn, die aufgrund wissenschaftlicher Kriterien (Tests bzw. diagnostischer Manuals) in 3 verschiedene Gruppen (depressive, histrionische/narzisstische und unauffällige) eingeteilt wurden. Die VPn wurden mit einem modifizierten TAT (Bild 1, Bild 2 und Bild 7BM) wie mit einem negativen Sprichwort: „Mach ich nichts, mach ich nicht falsch!“ konfrontiert. Die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung bestätigen die theoretisch abgeleiteten Hypothesen. Zum Schluss wurden die Ergebnisse dahingehend überprüft, welche Auswirkungen sie auf die therapeutische Beziehung im Umgang mit depressiven Patienten haben.

### Schlüsselwörter

negative Kognitionen – Selbstwertschutz – Selbstwertschutzstrategien – Vermeidungsstrategien – Psychopathologie – therapeutische Beziehung

*The present article deals with the function of negative cognitions depressive patients use as a specific strategy to protect their self-esteem. Rather than focusing on the significance of this strategy as a cause or consequence of depression, the article describes it as an individually chosen strategy for the protection of a negative or loaded self-esteem. We examined 100 VPn which, based on scientific criteria (tests or diagnostic manuals), were divided into three different groups (depressive, histrionic/narcissistic and unobtrusive). The VPn were confronted with a modified TAT (Figure 1, Figure 2 and Figure 7BM), for example a negative saying such as: „If I don't do anything, I won't do anything wrong!“ The results of this empirical study confirm the theoretically derived hypotheses. Finally, the results were reviewed as to the impact they have on the therapeutic relationship when dealing with depressive patients.*

### Keywords

*negative cognitions – self-protection – self-protection strategies – prevention strategies – psycho-pathology – therapeutic relationship*

### Fragestellung

Das Verhalten von Menschen wird von einer Vielzahl verschiedener Faktoren beeinflusst, z. B. genetischen, biologischen, physiologischen, kulturellen, sozialen, wirtschaftlichen, religiösen, psychischen etc. Bei der vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchung richtet sich der Fokus weniger darauf, welchen Einfluss Kognitionen im Hinblick auf das Verhalten der Menschen im Allgemeinen haben, sondern welchen Einfluss negative Kognitionen als Funktion einer Vermeidungsstrategie zum Schutze eines geschwächten Selbstwertes bei Menschen mit depressiven Störungen besitzen.

### Inwieweit beeinflussen und/oder modifizieren negative Kognitionen beabsichtigte Handlungen Depressiver?

Wie wissenschaftlich bereits ausführlich untersucht und dokumentiert, wirken sich negative Kognitionen auf der Verhaltensebene aus. Sie bestimmen nicht nur die Qualität (Ausprägungsgrad) bzw. Quantität (Wiederholungen, Häufigkeiten) von Handlungen, sondern auch deren Zielrichtung bzw. Vermeidung.

Sie beeinflussen die Risikobereitschaft, die Initiierung von Intentionen, Lebenszielen und Lebensgestaltung depressiver Menschen, können aber auch verantwortlich für deren negative Empfindungen, Versagungsängste, Schuldgefühle und Minderwertigkeitskomplexe sein, um nur einige Beispiele zu nennen. Ob dieser Einfluss auch im Sinne eines Selbstwertschutzes zur Aufrechterhaltung eines tragfähigen Selbstwertes zu verstehen ist, soll Gegenstand dieser Untersuchung sein.

Zuvor jedoch eine kurze theoretische Darstellung, was unter den für die empirische Studie verwendeten Begriffen *negative* Kognitionen und Selbstwertschutztechniken bzw. Strategien depressiver Menschen zu verstehen ist.

### Negative Kognitionen

Um den Begriff *negative Kognitionen* besser verstehen zu können, ist es wichtig, zuvor über den Begriff *Selbstkommunikation* zu sprechen, denn negative Kognitionen stellen eine spezifische Form von Selbstkommunikation dar.

Die Selbstkommunikation fand als spezieller Terminus erstmals Verwendung in der Therapieforschung von Tausch und Tausch (1979). Auch für Rogers (1973), als Begründer der Gesprächspsychotherapie, hatte die *internal communication* i. S. eines therapeutischen Selbstgesprächs große Bedeutung. Thier (1974) schreibt: „Die Selbstkommunikation umfasst alle Gedanken, die in verbaler Form erlebt werden und die das Individuum zu sich selbst äußert. Zum einen sind dies Äußerungen in lautloser Form, auch als inneres Sprechen bezeichnet, während des Denkens innerlich hörbar, werden innerlich lautlos

mitgesprochen, zum anderen ist es lautes Selbstgespräch. Die intrapersonelle Kommunikation kann aus einzelnen Wörtern, aus prädikativen Sätzen, aus formulierten Sätzen und aus längeren Monologen bestehen. Sie hat eine selbständige Funktion mit dem Zweck der geistigen Orientierung, Bewusstmachung, Klärung der eigenen Person, Überwindung von Schwierigkeiten und dient als Hilfsmittel bei Entscheidungsprozessen. Vermutlich wird sie durch die Sozialisation in ihrer Art und in ihrem Ausmaß geprägt“ (Thier, 1974, S. 5, zit. nach Tönnies, 1994, S. 16 ff.).

Auch in der angloamerikanischen Literatur gibt es eine Vielzahl ähnlicher Bezeichnungen: *automatic thoughts*, *self-talk* (Ellis, 1977), *interpersonal communication*, *intrapersonal self-instructions*, *self-verbalisation* (Meichenbaum, 1995), *internal dialogue* (Schwartz & Gottman, 1976), *internal sentences* (Kendall & Hollon, 1981).

In den Testverfahren zur Operationalisierung von Selbstkommunikation (ISE; Tönnies, 1982) wurden verschiedene Faktoren wie: Selbstzufriedenheit, Selbstermutigung und positive psychische Befindlichkeit extrahiert und im Gegensatz dazu auch ihre negativen Bereiche: Unzufriedenheit, Selbstentmutigung und negative psychische Befindlichkeit. In der Weiterentwicklung zum HAKI (Tönnies, 1997) wird von positiven bzw. negativen Kognitionen gesprochen. In den zahlreichen testpsychologischen Untersuchungen zur positiven und negativen Selbstkommunikation Erwachsener kommen die Autoren (Böllner, 1987; Schwarz & Gottman, 1976; Heimberg & Chiauuzzi, 1983; Ingram & Wisnicki, 1988; Hollon & Kendall, 1980; Krantz & Hammen, 1979; Glass & Merluzzi, 1982) immer zu den gleichen Ergebnissen, dass bei „normalen“ gesunden bzw. klinisch unauffälligen Personen die positive Selbstkommunikation überwiegt. Vergleicht man die Testscores gesunder Personen mit denen von psychisch auffälligen, hier depressiven Menschen, so kann erwartet werden, dass die negative Selbstkommunikation bei den Depressiven im Vordergrund steht.

Durch die kognitive Wende innerhalb der Verhaltenstherapie (Beck, 1976; Ellis, 1977; Meichenbaum, 1995) wurde die Selbstkommunikation zu einem wichtigen Aspekt für die Behandlung psychopathologischer Störungen.

In der rational-emotiven Therapie (Ellis, 1977) sowie bei den verschiedenen Vertretern der kognitiven Verhaltenstherapie wird der Selbstkommunikation eine zentrale Bedeutung für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderbarkeit von seelischen Störungen beigemessen und deren *pathologische* Formen betont, die in den folgenden Begriffen ihren Ausdruck findet: Legen wir nun mal den Fokus nicht auf die Entstehung psychopathologischer Störungen, sondern mehr auf deren Aufrechterhaltung bzw. Modifikabilität, so ist zu erkennen, dass diese spezielle Form der Selbstkommunikation eine nicht unwesentliche Funktionalität besitzt.

Erinnern wir uns nun an die Frage in der Einleitung, ob bzw. inwieweit negative Kognitionen eine eventuelle Vermeidungsstrategie i. S. eines Selbstwertschutzes depressiver Menschen darstellen könnten, so müssten sie, wenn dieses zutreffen würde, eine solche Funktionalität besitzen.

Für Hoffmann & Hofman (2001) stellt „... die mögliche Funktionalität dieser Art des Denkens unter bestimmten Lebensbedingungen ein interessantes Problem dar“. Sie folgern daraus: „Wenn wir uns die einzelnen Mechanismen seiner Funktionsweise genauer ansehen, so stellen wir fest, dass es erlaubt, sehr schnell klare und eindeutige Urteile zu

fällen – wenn auch negative. Wir denken an einen psychischen Apparat, der in Lebenszeiten ... darauf angewiesen ist, schnell zu überleben, sozusagen in Erwartung besserer Zeiten. Er neigt dazu, erstmal alle zweideutigen Situationen eindeutig als Gefahrenherde zu interpretieren und zieht sich davon zurück. Dies gibt eine Art Pseudosicherheit und erlaubt ihm, genügend Energie zu bewahren, um – wenn auch auf niedrigem Niveau, überlebensfähig zu bleiben“ (Hoffmann & Hofman, 2001, S. 131 ff.). Damit könnten negative Kognitionen auch als eine Art aufrechterhaltende Bedingung für Vermeidungsreaktionen depressiver Personen zum Schutze ihres niedrigen Selbstwertes interpretiert werden (vgl. kognitive Konditionierung).

## Generelle Grundaussagen zum Selbstwertschutz

Als Grundannahmen der Theorie des Selbstwertschutzes und der Selbstwerterhöhung äußern Frey und Irle (2001), dass Menschen ein zentrales Bedürfnis haben, ihren Selbstwert zu schützen bzw. zu erhöhen. Stahlberg & Frey (1983) berichteten bereits, dass die bisherigen experimentellen Befunde zur Theorie des Selbstwertschutzes und Selbstwerterhöhung *drei Hypothesen* stützen.

1. Personen sind bemüht, sich anderen gegenüber möglichst positiv darzustellen, um angenehme, ihrem Selbstwert schmeichelnde Rückmeldungen zu maximieren.
2. Personen suchen selektiv nach positiven Informationen über ihr Selbst und meiden entsprechende negative Informationen.
3. Personen tendieren dazu, ihre Erfolge intern, ihre Misserfolge dagegen extern zu attribuieren.

Zu einer positiven Selbstdarstellung (1) kommt es nach den genannten Autoren aber nur dann, wenn das Individuum nicht Gefahr läuft, durch das Verhalten ein negatives Feedback hervorzurufen. Es stellt sich damit die Frage nach den expliziten Bedingungen für eine positive Rückmeldung bei positiver Selbstdarstellung. So konnten Eagly und Acksen (1971) bereits feststellen, dass Personen, wenn sie über ihre Kreativität eine positive Rückmeldung erhielten, ihre Fähigkeit, kreativ zu sein, weniger positiv darstellten, wenn sie davon ausgehen mussten, diese Fähigkeit durch einen Kreativitätstest beweisen zu müssen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine positive Selbstdarstellung nur dann zu einer Maximierung positiven Feedbacks und damit zu einer Selbstwerterhöhung führt, wenn sie vom Publikum als echt und passend gesehen und nicht als Überheblichkeit interpretiert wird (Schütz, 2005).

Auch bei der selektiven Suche nach positiven Informationen (2) über sich selbst kommt es darauf an, bestimmte Randbedingungen zu betrachten. So stellte Frey (1981) in seinen Untersuchungen fest, dass Individuen, denen ein fiktives, ihren Erwartungen nicht entsprechendes negatives Intelligenzresultat mitgeteilt wurde, die Gültigkeit von Intelligenztests bezweifelten und in ihrer Suche nach Informationen positive Aussagen über den diagnostischen Wert von Intelligenztests vermieden. Des Weiteren konnte Frey (1981) feststellen, dass Menschen bei Konfrontation mit negativen Intelligenzwerten, selbstwertschützende Informationen für zuverlässiger hielten als selbstwertbedrohende.

Als Fazit ist festzustellen, dass Individuen sogar negative Aussagen über sich selbst bevorzugen und selbstwertdienliche Informationen meiden, wenn sie befürchten müssen, mit einer öffentlichen Demontage ihrer zu positiven Selbsteinschätzung konfrontiert zu werden.

Auf die dritte formulierte Hypothese (3) vermag die Attributionsforschung Antworten zu geben. Hierbei ging es um die Frage worauf Menschen ihre Erfolgs- bzw. Misserfolgserfahrungen zurückführen. Die ersten Ansätze zur Erklärung von Erfolg und Misserfolg eigenen Handelns über selbstwertdienliche Attributionen wurden von Lehrern bzw. Therapeuten formuliert (vgl. Johnson, Feigenbaum & Weiby, 1964; Beckmann, 1970; Arkin & Maruyama, 1979). Sie fanden heraus, dass Personen Erfolge ihren eigenen Fähigkeiten zuschrieben, für Misserfolge jedoch andere verantwortlich machten bzw. die Erklärung für ihr Versagen äußeren Umständen anlasteten. Eine Vielzahl empirischer Untersuchungen konnte diese Aussagen bestätigen (Weiner, Russell & Lerman, 1978; Bradley, 1978; Schwarzer & Jerusalem, 1982). Zu diesen selbstwertdienlichen Kausalattributionen käme es nach Annahme der Selbstwerttheoretiker als Folge einer motivational bedingten Wahrnehmungsverzerrung. Diese Selbstwertschutzstrategie i. S. einer Verzerrung der Wahrnehmung, drückt sich als *self-serving-bias* aus und stellte in späteren Untersuchungen einen eigenen Forschungsgegenstand dar.

Von Seiten der Informationsverarbeitungstheorie kamen aber auch an dieser Stelle, wie bereits zuvor schon angesprochen, enorme Einwände. Die Forscher Miller und Ross (1975) zogen die Erklärungen der Attributionsasymmetrie nach Erfolg oder Misserfolg durch ein Selbstwerterhöhungs- bzw. Selbstwertschutzmotiv stark in Zweifel. Nach ihren Aussagen sind eher Informationsverarbeitungsprinzipien für den *self-serving-bias-Effekt* verantwortlich. Sie argumentieren, dass bei den beiden grundlegenden Erfordernissen für eine Kausalattribution im Heider'schen Sinne: „The reason has to fit the wishes of the person and the datum has to be plausibly derived from the reason“ (zit. n. Heckhausen, Motivation und Handeln, 1988, S. 415) die Attributionsasymmetrie weniger auf das erste, sondern vielmehr nur auf das zweite Erfordernis zurückzuführen ist.

Im Einzelnen postulieren sie, dass drei einfache Informationsverarbeitungsprinzipien die *self-serving-bias-Effekte* erklären können:

1. Menschen erwarten eher Erfolge als Misserfolge als Ergebnis ihrer Handlungen und attribuieren dementsprechend erwartete Handlungsergebnisse intern, unerwartete dagegen extern;
2. Menschen nehmen zwischen Anstrengungsbemühungen und zunehmenden Erfolgsaussichten eine engere Kovariation wahr als im Falle von Misserfolgsaussichten;
3. Menschen halten fälschlicherweise den Ursache-Wirkung-Zusammenhang bei eigenen Erfolgsbemühungen für enger als bei Misserfolgen.

In den letzten Jahren wurden jedoch die ersten beiden Informationsverarbeitungsprinzipien immer wieder auf ihre Gültigkeit hin überprüft (Bradley, 1978; Schmalt, 1978; Federoff & Harvey, 1976). Dabei wurde festgestellt, dass die Erklärungen der Motivationstheorie als Ursache der selbstwertdienlichen Attributionsasymmetrie durch die Ergebnisse der

Informationsverarbeitungsforschung nicht entkräftet werden konnten. Nach all den bisherigen Untersuchungen ist festzuhalten, dass sich die motivationstheoretischen Erklärungsansätze zu den self-serving-bias-Effekten der Attributionsasymmetrie für Erfolgs- bzw. Misserfolgsereignisse besser behaupten konnten. Der Selbstwert besitzt anscheinend einen starken motivationalen Einfluss auf die Selbstattribuierung, somit wird die rationale Informationsverarbeitung durch die selbstwertdienlichen Tendenzen insbesondere bei selbstwertbelastenden Erfahrungen, verzerrt. Eine wissenschaftlich eindeutige Erklärung liegt jedoch noch nicht vor. Dauenheimer, Stahlberg, Frey und Petersen (2002) sind hierbei der Meinung, dass es wichtig sei, „in Zukunft Ansätze zu entwickeln, die motivationale und informationsverarbeitende Ansätze miteinander verbinden, da beide Prozesse am Zustandekommen asymmetrischer Attributionen beteiligt sein können (Dauenheimer et al., 2002).

Gehen wir hier noch einmal gezielt auf die Verteidigungsstrategien von Menschen mit einem geringen Selbstwert ein, so stellen wir fest, dass die *self-immunization* hier durch selbstwertdienliche Vergleiche stattfindet. Goethals (1984) schreibt dazu: „It seems that there is more of a drive to think that our opinions are correct and our abilities are good than to find out the truth“ (Goethals, 1984; S. 25). Vernachlässigen wir an dieser Stelle einmal den Vergleich mit Personen, die bessere Leistungen hervorbringen („Vergleich nach oben“), weil es sich hier in erster Linie um ein Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung handelt. Personen dagegen, deren Selbstwert sehr niedrig ist, zumindest massiv bedroht erscheint, bevorzugen einen sozialen Vergleichsprozess, indem sie sich mit Personen vergleichen, die noch schlechtere Leistungen bzw. ein höheres Maß an Fehlleistungen vorweisen („Vergleich nach unten“) als sie selbst. Das Wissen um die Tatsache, dass es auch noch andere Menschen gibt, die noch schlechtere Leistungen erbringen, schützt den Selbstwert vor weiterem Verlust (Osnabrügge, 1988). In Untersuchungen im klinischen Bereich z. B. mit Depressiven konnte dieser „Vergleich nach unten“ bestätigt werden (Gibbons, 1986; Weary, Elbin & Hill, 1987;). Des Weiteren konnte bei diesen Untersuchungen festgestellt werden, dass beim Fehlen einer realen Vergleichsperson die Annahme, dass es Menschen gibt, denen es noch wesentlich schlechter geht, bereits selbstwertschützenden Charakter besitzt. In der Theorie der sozialen Identität nach Tajfel (1978, 1979) wird die Annahme formuliert, dass ein Wechsel der Vergleichsdimensionen bzw. die Aufwertung einer anderen Dimension, z. B. „Er kann sich gut darstellen, er kann Menschen unterhalten, aber ich kann die Menschen wesentlich besser verstehen“, ebenfalls eine oft angewandte Technik sei, seinen bedrohten Selbstwert zu schützen. Entscheidend bei dieser Strategie ist jedoch, dass die neu gewählte Vergleichsdimension mindestens einen ebenso hohen sozialen Stellenwert besitzt, wie die ursprüngliche und „keine Vergleichsdimension betroffen ist, die zentrale Bedeutung im Selbstkonzept eines Individuums besitzt (vgl. dazu z. B. Epstein, 1979)“ (Frey et al., 2001, S. 101).

Im Bereich der selbstwertdienlichen Vergleiche stellt die Abwertung der Vergleichsperson eine weitere Strategie zum Schutze eines bedrohten Selbstwertes dar. Dies erfolgt dadurch, dass man den Menschen im Ganzen für minderwertig erklärt (Er mag zwar recht intelligent sein, aber er ist und bleibt eben nur ein einfacher Bauer), oder er wird einer minderwertigen Rasse zugeordnet (Er ist und bleibt ein Schwarzer, egal wie intelligent er ist) (Berkowitz & Holmes, 1959; Stricker, 1963; Tesser & Campbell, 1982).



Wie bereits bei der Darstellung der *self-serving-bias-Strategien* schon öfters angesprochen, versuchen Menschen die Ergebnisse ihres Handelns zu antizipieren und zu bewerten, bevor sie etwas tun. Geht nun eine Person davon aus, dass ihr Selbstwert durch einen Vergleich der Leistungen massiv bedroht wird und/oder einer Gefahr ausgesetzt ist, weiter belastet zu werden, ein Wechsel der Dimensionen nicht möglich erscheint und eine Abwertung der Vergleichsperson nicht sinnvoll ist, weil es zu einer Belastung der Beziehung zu dieser Person kommen könnte, und dies nicht erwünscht sei, bleibt dem Individuum oft nur der Ausweg, den Vergleich zu vermeiden (Frey & Irlle, 2001). Durch diese Vermeidungsstrategie kommt es einerseits zu keiner Bedrohung des Selbstwertes und andererseits zu keiner Beziehungsbelastung. Im lerntheoretisch/verhaltenstherapeutischen Sinne stellt diese Strategie eine Vermeidungshandlung dar, die durch die Abwehr einer negativen Konsequenz (C-) negativ verstärkt wird und somit lt. SORCK-Modell eine aufrechterhaltende Bedingung für die Symptomatik des Patienten besitzt. Die Vermeidung von Verhaltensweisen und Handlungen stellt bei depressiven Menschen eine zentrale Strategie bzw. ein Handlungsmuster dar. Wie in der Einleitung bereits dargestellt, soll durch diese Arbeit der Einfluss der negativen Kognitionen als spezifische Form einer Vermeidungsstrategie im Dienste eines Selbstwertschutzes depressiver Menschen untersucht werden. Doch bevor aus den bisher dargestellten theoretischen Erkenntnissen spezielle Erwartungen im Hinblick auf die Ergebnisse und Aussagen der empirischen Untersuchung formuliert werden, sollen zum besseren Verständnis noch die speziellen Selbstwertschutz-Strategien von depressiven und histrionisch-narzisstischen Personen kurz dargestellt werden. Im Anschluss daran werden die aktuellen Erklärungsmodelle, d. h. verschiedene Theorien über den Einfluss kognitiver Faktoren auf depressive Störungen zusammengefasst.

Hier geht es nicht um eine wissenschaftliche Darstellung und Diskussion dieser Theorien, sondern nur um die Bedeutung der negativen Kognitionen innerhalb der Theorien und deren Einfluss auf das Vermeidungsverhalten depressiver Menschen.

## Spezielle Selbstwertschutzstrategien depressiver Personen

An dieser Stelle soll jetzt differenziert werden zwischen einer Theorie des Selbstwertschutzes und der Theorie der Selbstwerterhöhung, obgleich sie wie bisher immer als zusammengehörend betrachtet wurden. Natürlich könnte man sagen, das Motiv nach Selbstwerterhöhung und/oder Selbstbestätigung stellt implizit einen Selbstwertschutz dar, wie es in den bereits genannten Hypothesen zum Ausdruck kommt. Im Bereich der klinischen Psychologie bzw. Psychotherapie erscheint es aber sinnvoller, nach expliziten Selbstwertschutzstrategien zu fragen. Hier ist eine Anzahl von Untersuchungen bekannt, die in ihrem Ergebnis darauf hinweisen, dass Menschen mit geringem Selbstwertgefühl und dementsprechend fehlender selbstwertdienlicher Strategien oft dem klinischen Bild einer Depression entsprechen (Abrahamson & Martin, 1981). Auch Autoren wie Fitch (1970), Ickes und Layden (1978), Schwarzer und Jerusalem (1982), Feather (1983), Sweeney, Anderson und Bailey (1986) und Schlenker, Weigold & Hallam (1990) konnten in ihren Experimenten nachweisen, dass Personen mit niedrigem Selbstwertgefühl Misserfolge eher internal und Erfolge eher external attribuierten. Diese sogenannte

gegenseitige Attribution war ebenfalls Forschungsgegenstand der Selbstdarstellungstheorie (Weary & Arkin, 1981). Sie versuchten, die Effekte des *self-serving-bias* durch ein Bedürfnis der Menschen zu erklären, die sich besonders anderen gegenüber möglichst positiv darzustellen versuchen, um damit ein Maximum an selbstwerterhöhendem Feedback zu bekommen.

Unter Einbeziehung der Konsistenztheorie von Swann (1985) und dem Integrativen Selbstschemaansatz von Petersen, Stahlberg und Dauenheimer (2000) könnten die der Selbstwertschutztheorie widersprechenden Untersuchungsergebnisse bei Depressiven dahingehend erklärt werden, dass dieser Personenkreis aufgrund seines negativen Selbstkonzeptes Misserfolge antizipieren und sie deswegen als erwartungskonsistent erleben. Außerdem könnte man die Antizipation depressiver Personen im Hinblick auf Misserfolgsaussichten mit dem Selbstschema-Ansatz von Markus (1977) erklären, indem man davon ausgeht, dass depressive Menschen ein elaboriertes negatives Selbstschema entwickelt haben. Für diesen Personenkreis würde dann gelten, dass sie eine deutliche und sichere Selbsteinschätzung im Hinblick auf ihren geringen Selbstwert besitzen und deswegen auf eine negative Rückmeldung sogar positiv reagieren, weil sie dieses Feedback mit ihrem negativen Selbstwertgefühl als kongruent erleben. Eine weitere Erklärung könnte in dem höheren Änderungswiderstand ihres schematischen Selbstwissens liegen (vgl. Petersen & Stahberg, 1995, 2000; Stahlberg, Petersen & Dauenheimer, 1997, 1999; Dauenheimer et al., 2002). Dies würde für depressive Menschen bedeuten, dass sie eine positive Verhaltensrückmeldung sehr schlecht einordnen könnten, weil der hohe Änderungswiderstand eine Integration dieses Feedbacks verhindern würde, um so ein kognitives „Chaos“ zu vermeiden.

### Spezielle Selbstwertschutzstrategien histrionisch-narzisstischer Patienten

Menschen mit einer pathologisch ausgeprägten überhöhten Selbstwertschätzung stellen sich meist durch eine egozentrische Selbstaufwertung dar. Diese pathologische Überbewertung durch die Überidealisation des eigenen Selbst hat im klinischen Sinne durchaus auch eine Selbstwertschutzfunktion, weil dadurch die Gefahr einer drohenden Selbstwertdiffusion abgewehrt werden kann. Diese Überidealisation in Verbindung mit fehlender Objektdifferenzierung stellt jedoch in erster Linie eine Erklärung der Ätiologie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung aus Sicht der Psychoanalyse dar und wird deshalb weniger als eine dem Individuum bewusste Selbstwertschutzstrategie betrachtet. Diese Personen negieren bzw. verdrängen oder spalten hauptsächlich ihre eigenen Fehler und Schwächen ab. Sie würden deshalb ihre Misserfolge in erster Linie als selbstwertdienliche Attributionen darstellen, um sich somit von anderen klinisch unauffälligen Personen nicht zu unterscheiden. Im Sinne eines Selbstwerterhöhungsmotivs streben sie eher nach schmeichelnden Rückmeldungen und positiven Informationen über sich selbst (Kuhl & Kazen, 1997). Eine spezielle Selbstwertschutzstrategie, wie es Personen mit niedrigem Selbstwert zeigen, wird explizit von diesen Menschen nicht praktiziert.



## Zusammenfassung der bisherigen theoretischen Erkenntnisse

Betrachten wir einmal die Aussagen der aktuellen kognitiven Erklärungsmodelle depressiver Störungen, so wird deutlich, dass die Kognitionen hierbei eine wesentliche Rolle spielen. Besonders die negativen, dysfunktionalen, automatischen und irrationalen Gedanken (Erwartungen von Unkontrollierbarkeit bzw. kognitivem Defizit, Seligman, 1975; spezielle Kausalattribution, Abramson et al., 1978; Lageorientierung bzw. funktionales Defizit Kuhl, 1981; dysfunktionale Schemata, Beck, 1976; oder irrationales Belief-System, Ellis, 1977) stellen in diesen Theorien einen zentralen Aspekt dar, obgleich sie nicht explizit als Ursache von Depressionen identifiziert wurden, sondern in erster Linie als Risikofaktoren mit emotions- und verhaltenssteuernder Wirkung benannt werden.

Bei allen neueren kognitiven Erklärungsmodellen der Depression kann das Resümee gezogen werden, dass die negativen, dysfunktionalen und irrationalen Kognitionen in Form von Überzeugungen eigener Unzulänglichkeit, Selbstwerterniedrigungen, Konzentrationsstörungen, Entscheidungserschwernissen, massiven Selbstanklagen und latentem Selbstzweifel als Symptome dieser Krankheit betrachtet werden.

Diese Denkmuster fanden somit in erster Linie als Risikofaktoren oder Symptome einer depressiven Störung Beachtung, jedoch nicht als eine Strategie i.S. eines Selbstwertschutzmechanismus depressiver Menschen.

Nach den bisherigen Erkenntnissen der Selbstwertschutzforschung im Allgemeinen spricht man von einem Bedürfnis des Menschen, seinen Selbstwert zu schützen, denn er dient ihm als „Puffer“ gegenüber seelischen Belastungen und negativen Erfahrungen (Frey & Irle, 2001). Nach den Aussagen der Selbstkonsistenztheorie sind die Individuen motiviert, ihr Bild von sich selbst bestätigt zu wissen – egal, ob es positiv oder negativ ist. Nach Meinung der Autoren wird ein negatives Feedback von Personen mit niedrigem Selbstwert positiv beurteilt, weil es mit dem eigenen negativen Selbstwertgefühl konform geht und kein inneres „Chaos“ verursachen würde. Auch die Aussagen von Markus (1977) über die „Schemazität“ bzw. das elaborierte Selbstschema und der Änderungswiderstand bei Petersen, Stahlberg & Dauenheimer (1995) weisen in die Richtung einer Schutzfunktion von Kognitionen bei niedrigem Selbstwert.

Besonders deutlich wird die selbstwertverteidigende Funktion von negativen Kognitionen bei den selbstwertdienlichen Vergleichen (Osnabrügge, 1988; Gibbons, 1986; Weary, Elbin & Hill, 1987; Frey & Irle, 2001).

## Eigene Vorstellungen über die Funktion negativer Kognitionen

Mithilfe der nachfolgenden empirischen Untersuchung soll herausgefunden werden, inwieweit diese o.g. speziellen Kognitionen, anders als bisher betrachtet die Funktion einer Art „Notmaßnahme“ haben und von depressiven Personen eingesetzt werden, um zu verhindern, dass es wegen drohender Misserfolgserfahrungen zu einem weiteren Abbau des bereits schon sehr belasteten und sehr niedrigem Selbstwertes kommen kann. Unter diesem Aspekt wurden negative, dysfunktionale, automatische und irrationale Gedanken in der Depressionsforschung noch nicht untersucht.

## Erwartungen im Hinblick des Einsatzes negativer Kognitionen

Wir erwarten, dass depressive Personen aufgrund ihres niedrigen Selbstwertes ein höheres Selbstwertschutzbedürfnis besitzen. Sie werden deswegen vermehrt negative Kognitionen einsetzen, um ihren niedrigen Selbstwert, durch Vermeidungshandlungen keiner weiteren Gefahr mehr auszuliefern. Bei einem Vergleich psychopathologisch unauffälliger Menschen mit depressiven Personen erwarten wir, dass Depressive wesentlich mehr negative Kognitionen (qualitativ und quantitativ) produzieren und sie für eine Entscheidungsfindung auch mehr Zeit benötigen. Im Hinblick auf die Stabilität einer getroffenen Entscheidung erwarten wir, dass depressive Menschen aufgrund ihrer negativen Sichtweise diese Entscheidung erneut infrage stellen. Die negativen Kognitionen depressiver Individuen lassen erwarten, dass sie durch eine negative Antizipation zukünftiger Ereignisse die Handlungsbereitschaft herabsetzen, um jedwedes Risiko ausschließen zu können. Im Vergleich dazu erwarten wir, dass sich psychisch nicht kranke Personen im umgekehrten Sinne verhalten und dementsprechend weniger negative Kognitionen produzieren.

## Empirische Untersuchung

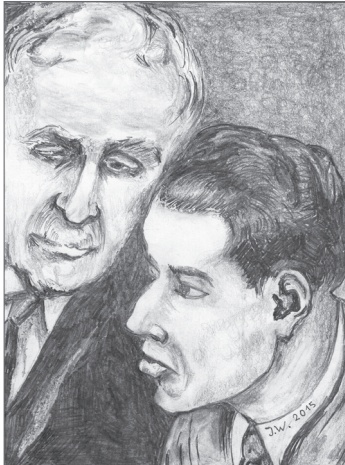
Für die empirische Untersuchung wurden 36 depressive und 30 histrionische Patienten der eigenen psychotherapeutischen Praxis verglichen mit 34 unauffälligen Personen. Das Testinstumentarium bestand aus einem modifizierten Thematischen Apperceptions Test (TAT, Murray, 1943). Die Bilder Nr. 1, 2 und 7 BM wurden hierfür als besonders geeignet herausgenommen. Zur Diagnosestellung einer depressiven bzw. histrionischen Störung wurden das (BDI) Depressionsinventar von Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Beck & Steer, 1987), das (HAKI-S) Hamburger Kognitions-Inventar von Tönnies (Tönnies, 1997), das (MMPI) Minnesota Multiphasic Inventory (Kurzform) (Hathaway & Mc Kinley, 1951) verwendet. Ebenso diente das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) von Henning Saß, Wittchen und Zaudig (1996) bzw. die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) von Dilling, Mombour und Schmidt (1993) der Diagnosestellung. Zusätzlich wurde allen drei Gruppen das bekannte Sprichwort: „Mach ich nichts, mach ich nichts falsch!“ zur Beurteilung vorgelegt. Die Probanden konnten zwischen 4 verschiedenen Antwortmöglichkeiten wählen (trifft für mich *nicht*, *selten*, *oft* oder *immer* zu).

## Der Modifizierte Auffassungs-Test (MAT)

Dieser Test wurde konzipiert, um eine spezifische Wahrnehmung, Auffassung oder auch Interpretation von Bildern zu testen. Hierbei wurden vom Thematischen Apperceptions Test (TAT; Murray, 1943) die Bilder Nr. 1, 2 und 7 BM ausgewählt. Diese Bilder stellen unterschiedliche Situationen dar. An dem Bild *Junge mit der Geige* (Bild Nr. 2) soll beispielhaft dargestellt werden, welche explizite Absicht hinter der Darbietung dieser Bilder stand. Es ging nicht wie bei Murray darum, eine bestimmte intraindividuelle Motivation (z. B. Leistungsmotivation) zu testen, obwohl es aufgrund der Fragen: „*Schauen Sie sich jedes Bild kurz an und sagen Sie mir, was Ihnen dazu spontan einfällt*“ oder „*Welche Stimmung*

drückt das Bild Ihrer Meinung nach aus?“ durchaus den Anschein vermitteln konnte. Unter den einzelnen Bildern standen zwei verschiedene Kurzgeschichten, die sich inhaltlich aber vor allem ihrer Konnotation nach (positiv und negativ) unterschieden.

Bild 1:



**Geschichte a:** „Mein Junge du schaffst das schon. Du wirst bestimmt ein großer Architekt. Ich habe volles Vertrauen zu dir! Was du auch anpackst, gelingt dir!“ „Ja, ich weiß, Vater. Ich habe die Kraft und das Können, diese Aufgabe zu meistern. Die Brücke, die wir über die Meerenge bauen, wird unseren Namen tragen, genau wie das Hochhaus, das wir gebaut haben. Wir sind schon ein tolles Team, wir Zwei sind unschlagbar.“ „Ja, das sind wir! Wenn dein Großvater das noch hätte erleben könnte, er wäre begeistert darüber, was wir aus unserer kleinen Firma gemacht haben.“

**Geschichte b:** „Ich weiß nicht so recht, ob ich die Stelle annehmen soll. Glaubst du nicht auch, dass sie eine Nummer zu groß für mich ist?“ „Ja, wäre möglich! Wenn dein Bruder hier wäre, dann gäbe es keine Probleme, aber so ist das bei ihm eben. Wenn man ihn braucht, ist er nicht da. Meistens ist man doch alleine.“ „Du hast ja recht! Schade, aber bevor ich mich blamieren werde, sollte ich doch lieber auf das Angebot verzichten.“ „Was sagst du dazu?“

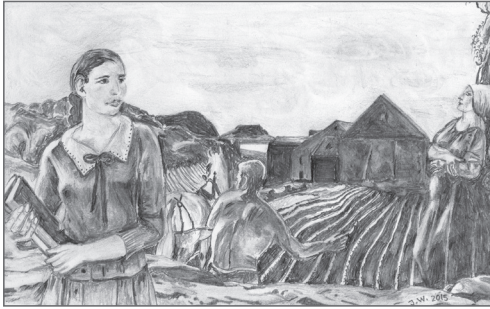
Bild 2:



**Geschichte a:** Immer soll ich üben, üben, üben! Ich kann schon nicht mehr. Mir tun meine Finger weh und mein Kopf auch. Ich habe einfach keine Lust mehr, weil ich es sowieso nicht schaffe – ich habe es noch nie geschafft. Es ist einfach zu schwer für mich. Wenn ich dieses Mal wieder falsche Töne spiele, werfen sie mich aus dem Orchester raus und alle lachen wieder. Das halte ich nicht mehr aus. Da höre ich lieber doch lieber gleich auf und sage ihnen, dass ich das nicht kann.

**Geschichte b:** Ich höre schon den riesigen Applaus. Alle werden mir zu Füßen liegen. Ich werde bestimmt noch ein großer Musiker, der von allen bewundert wird. Die ganze Welt werde ich mit meiner Geige verzaubern. Meine Musik wird überall zu hören sein und den Menschen viel Freude bringen, und meine Eltern und Freunde werden dann sehr stolz auf mich sein. Mein Name wird in großen Leuchtbuchstaben über den Musiktheatern stehen.

Bild 3:



**Geschichte a:** Bin ich froh, dass ich nur in den Schulferien hier zu Besuch bin. So ein Leben auf dem Lande, wie es mein Bruder und meine Schwägerin führen, nein – das wäre nichts für mich. Irgendwie tun sie mir leid. Für mich käme das nicht infrage. Bei Wind und Wetter im Freien zu arbeiten, sich schmutzig zu machen, ungepflegte abgearbeitete Hände zu haben und nur alte Sachen anzuziehen. Nein – da wünsche ich mir schon was Besseres für mein Leben. Ich

werde Ärztin werden und später eine eigene Praxis haben. Dann werde ich immer genug Geld haben, einflussreiche Leute kennenlernen.

**Geschichte b:** Ich schaffe die Schule bestimmt nicht. Warum verlangt das meine Familie von mir? Nie werde ich gefragt, was mir gefällt, immer muss ich tun, was andere von mir verlangen. Ich weiß jetzt schon, dass ich das nicht kann. Ich wäre viel lieber auch eine Bäuerin geworden, so wie meine Schwägerin, da weiß man, was man hat. Ich denke, ich höre mit der Schule auf, dann kann ich auch nicht durchs Abitur fallen und mich und meine Familie blamieren.

Mit der Frage: „*Welche Geschichte könnte von Ihnen geschrieben sein?*“ sollte den Befragten die Identifikation mit der einen oder anderen Geschichte erleichtern und hatte die Annahme zum Hintergrund, dass sich Depressive eher mit der negativen Geschichte identifizieren. Unauffällige beziehungsweise histrionische Personen würden sich unserer Meinung nach in Mehrheit für die positive Geschichte entscheiden.

Nach einer getroffenen Aussage wurden die Versuchsteilnehmer damit konfrontiert, dass eine Geschichte von den beiden die Originalgeschichte und damit auch die „Richtige“ sei. Mit der darauffolgenden Frage: „*Welche Geschichte ist Ihrer Meinung nach die Richtige?*“, sollte bei den Probanden ein intrapsychisches Entscheidungsdilemma erzeugt werden. Mit einer offenen Zeitmessung wurde eine zusätzliche Drucksituation aufgebaut. Anhand der gemessenen Reaktionszeiten in Minuten und Sekunden sollte einerseits der Umgang der unterschiedlichen Gruppen mit einer Belastungssituation überprüft werden, andererseits sollte damit getestet werden, inwieweit sich depressive und unauffällige Menschen im Hinblick auf die Stabilität bzw. Modifikabilität einer getroffenen Aussage unterscheiden.

Die Fragen: „*Fiel es Ihnen schwer, sich zu entscheiden?*“ bzw. „*Hätten Sie sich lieber enthalten, wenn ja – warum?*“ sollten überprüfen, inwieweit kognitive intraindividuelle Vermeidungsmechanismen für die Reaktionszeiten und/oder Vermeidungshandlungen verantwortlich gemacht werden können.

Aus den bisherigen theoretischen Erkenntnissen und den praktischen psychotherapeutischen Erfahrungen wurden folgende zu überprüfende Hypothesen abgeleitet:

- H1a: Die Gesamt-Reaktionszeit des MAT unterscheidet sich innerhalb der verschiedenen Gruppen.
- H1b: Die Reaktionszeit der depressiven Gruppe ist bei allen Bildern am größten und unterscheidet sich signifikant von den anderen Gruppen.
- H1c: Die Reaktionszeit der histr./narz. Gruppe unterscheidet sich bei allen Bildern, aber nicht signifikant von den Unauffälligen.
- H2: Den Mitgliedern der depressiven Gruppe fiel es schwerer, sich zu entscheiden, als den anderen Gruppenmitgliedern.
- H3: Die depressiven Gruppenmitglieder hätten sich lieber enthalten.
- H4: Die depressiven Gruppenmitglieder haben mehr Angst, sich zu blamieren.
- H5: Die depressiven Gruppenmitglieder können sich einen Fehler nur schwer verzeihen.
- H6: Bei dem negativen Sprichwort: „Mach ich nichts, mach ich nichts falsch!“, zeigen die Mitglieder der depressiven Gruppe den höchsten Mittleren Rang.

Die theoretisch abgeleiteten Hypothesen wurden mit folgenden inferenzstatistischen Verfahren überprüft:

<b>Kruskal-Wallis-Test</b>	<b>(Hypothesen: H6,)</b>
<b>Chi-Quadrat</b>	<b>(Hypothesen: H2, H3, H4, H5,)</b>
<b>Mediantest</b>	<b>(Hypothesen: H1a, H1b, H1c, H2,)</b>

## Ergebnisse im Hinblick auf die formulierten Hypothesen

**Die Hypothese H1a:** Die Gesamt-Reaktionszeit des MAT unterscheidet sich bei den verschiedenen Gruppen, wird beibehalten. Die Gruppenzugehörigkeit erweist sich auch hier als eine bedeutsame Varianzquelle für die Gesamtreaktionszeit. Die Ergebnisse des Mediantest zeigen auf, dass sich die Entscheidungszeitmessung für jedes Bild wie auch die Gesamtuntersuchungszeit über alle Bilder deutlich signifikant innerhalb der Gruppen unterscheiden. Die Depressiven überschreiten hier den Median bei dem Bild (1) 29-mal, bei Bild (2) 33-mal und bei Bild (3) sogar 34-mal. Bei der Gesamtuntersuchungszeit wird der Median von den depressiven Probanden 35-mal überschritten, nur einmal ist er < oder = dem Median von 19,5. Bei den anderen Versuchsteilnehmern ist das Verhältnis zwischen > bzw. < = dem Median, umgekehrt (siehe Tabellen 1a-c).

**Die Hypothese H1b:** Die Reaktionszeit der depressiven Gruppe ist bei allen Bildern am größten und unterscheidet sich signifikant von den anderen Gruppen, ist beizubehalten. Der Mittelwert der Reaktionszeit der depressiven Gruppe für alle Bilder ist mit 60,9722 Sekunden am höchsten und unterscheidet sich hoch signifikant (,000) von den anderen Gruppen (siehe Tab. 2).

**Tabelle 1a: Häufigkeiten**

		Gruppe		
		unauffällig	histrionisch	depressiv
MAT: Entscheidungszeit- Messung Bild 1)	> Median	14	7	29
	< = Median	20	23	7
MAT: Entscheidungszeit- Messung Bild 2)	> Median	10	6	33
	< = Median	24	24	3
MAT: Entscheidungs- Messung Bild 3)	> Median	9	7	34
	< = Median	25	23	2
Gsuzzeit	> Median	8	7	35
	< = Median	26	23	1

**Tabelle 1 b:**

**Statistik für Test<sup>c</sup>**

	MAT: Entscheidungszeit- Messung Bild 1)	MAT: Entscheidungszeit- Messung Bild 2)	MAT: Entscheidungszeit- Messung Bild 3)	gsuzzeit
N	100	100	100	100
Median	9,5000000	7,0000000	8,5000000	19,5000
Chi-Quadrat	23,037 <sup>a</sup>	41,541 <sup>b</sup>	44,507 <sup>a</sup>	50,174 <sup>a</sup>
df	2	2	2	2
Asymptotische Signifikanz	,000	,000	,000	,000

- a. Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 15,0.
- b. Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 14,7.
- c. Gruppenvariable: Gruppe

**Tabelle 1 c:**

**Mehrfachvergleiche**

Abhängige Variable: gsuzzeit

(I) Gruppe	(J) Gruppe	Mittlere Differenz (I-J)	Standard- fehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Scheffé unauffällig	histrionisch	1,2876	4,84519	,965	-10,7577	13,3329
	depressiv	-44,7958*	4,62572	,000	-56,2955	-33,2961
histrionisch	unauffällig	-1,2876	4,84519	,965	-13,3329	10,7577
	depressiv	-46,0833*	4,78168	,000	-57,9708	-34,1959
depressiv	unauffällig	44,7958*	4,62572	,000	33,2961	56,2955
	histrionisch	46,0833*	4,78168	,000	34,1959	57,9708

Basiert auf beobachteten Mittelwerten.

\*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.



**Tabelle 2:**

**Gruppenstatistiken**

Gruppe		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
gsuzeit	unauffällig	34	16,1765	8,63328	1,48060
	depressiv	36	60,9722	30,45792	5,07632

**Tabelle 3:**

**Gruppenstatistiken**

Gruppe		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
gsuzeit	unauffällig	34	16,1765	8,63328	1,48060
	histrionisch	30	14,8889	6,85724	1,25195

**Tabelle 4:**

**Gruppe \* MAT: Viel es Ihnen schwer, sich zu entscheiden? Kreuztabelle**

			MAT: Viel es Ihnen schwer, sich zu entscheiden?		Gesamt
			ja	nein	
Gruppe	unauffällig	Anzahl	6	28	34
		Erwartete Anzahl	13,3	20,7	34,0
		Standardisierte Residuen	-2,0	1,6	
histrionisch	histrionisch	Anzahl	11	19	30
		Erwartete Anzahl	11,7	18,3	30,0
		Standardisierte Residuen	-,2	,2	
depressiv	depressiv	Anzahl	22	14	36
		Erwartete Anzahl	14,0	22,0	36,0
		Standardisierte Residuen	2,1	-1,7	
Gesamt	Gesamt	Anzahl	39	61	100
		Erwartete Anzahl	39,0	61,0	100,0

**Die Hypothese H1c:** Die Reaktionszeit der histr./narz. Gruppe unterscheidet sich bei allen Bildern aber nicht signifikant von den Unauffälligen, ist auch beizubehalten. Die Mittelwerte der Reaktionszeiten der unauffälligen bzw. histr./narz. Gruppe unterscheiden sich nicht signifikant ( $p > .05$ ). Die histr./narz. Gruppe benötigte (Mittelwert 14,8889) etwas weniger Zeit als die Gruppe der Unauffälligen (Mittelwert 16,1765) (siehe Tab. 3).

**Die Hypothese H2:** Den Mitgliedern der depressiven Gruppe fiel es schwerer, sich zu entscheiden, als den anderen Gruppenmitgliedern, wird beibehalten. Die Anzahl der tatsächlichen Antworten der Depressiven, denen es schwerfiel, sich zu entscheiden, ist mit 22 am höchsten, gefolgt von der Gruppe der Histr./Narz. mit 11 und den Unauffälligen mit 6. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist auf dem 0,01 Niveau signifikant. Auffällig ist auch die Umkehrung der Häufigkeiten bei den Nein-Antworten. Die Gruppe der Unauffälligen verneint die Frage genau doppelt so häufig wie die Depressiven. Die Gruppe der Histr./Narz. liegt genau dazwischen. Aber in dieser Gruppe ist der Unterschied zwischen den tatsächlichen Antworten und den erwarteten äußerst gering (siehe Tab. 4).

**Die Hypothese H3:** Die depressiven Gruppenmitglieder hätten sich lieber enthalten, wird beibehalten. Wie aus der folgenden Tabelle zu entnehmen ist, haben sich die Depressiven im Vergleich mit den anderen beiden Gruppen lieber enthalten. Zwischen den Gruppen der Histr./Narz. und der Unauffälligen besteht aber kein Unterschied. Doch ist auch hier zu sehen, dass der Unterschied zwischen den tatsächlichen Antworten und den erwarteten, wie bei der depressiven Gruppe, erheblich ist.

Es fällt auf, dass bei den Nein-Antworten wieder eine Umkehrung der Anzahl der tatsächlichen Antworten vorliegt (siehe Tab. 5).

**Die Hypothese H4:** Die depressiven Gruppenmitglieder haben mehr Angst, sich zu blamieren, ist ebenfalls anzunehmen, weil auch diese Kreuztabelle bestätigt, dass die Depressiven mehr Angst haben, sich zu blamieren, als andere Gruppenmitglieder. Ein standardisiertes Residuum von 3,0 zeigt einen hoch signifikanten Unterschied zwischen den tatsächlichen und den erwarteten Häufigkeiten bei den Depressiven in dieser Gruppe. Bei den anderen Gruppen ist der Unterschied völlig unerheblich (Tab. 6).

**Die Hypothese H5:** Die depressiven Gruppenmitglieder können sich einen Fehler nur schwer verzeihen, wird angenommen. Die Depressiven können sich einen Fehler nur sehr schwer verzeihen (24:1), im Gegensatz zu den anderen Probanden. Bei den Unauffälligen ist das Verhältnis sogar umgekehrt (2:6). Dies spiegelt sich auch im Verhältnis zwischen tatsächlichen und erwarteten Häufigkeiten wider. Vergleichen wir hierzu die standardisierten Residuen. Bei den Unauffälligen zeigen sie einen Wert von (-2,7), bei den Depressiven einen Wert von (3,7). Was einer Signifikanz auf dem ,01-Niveau entspricht (siehe Tab. 7).

**Die Hypothese H6:** Bei dem negativen Sprichwort: „*Mach ich nichts, mach ich nichts falsch!*“, zeigen die Mitglieder der depressiven Gruppe den höchsten Mittleren Rang, ist beizubehalten. Die Mitglieder der depressiven Gruppe liegen mit einem Mittleren Rang von 29,29 hoch signifikant über alle anderen Mittleren Rängen der anderen Gruppen (siehe Tab. 8a-b).

**Tabelle 5:**

**Gruppe \* MAT: Hätten Sie sich lieber enthalten? Kreuztabelle**

			MAT: Hätten Sie sich lieber enthalten?		Gesamt
			ja	nein	
Gruppe unauffällig	Anzahl	5	29	34	
	Erwartete Anzahl	8,2	25,8	34,0	
	Standardisierte Residuen	-1,1	,6		
histrionisch	Anzahl	3	27	30	
	Erwartete Anzahl	7,2	22,8	30,0	
	Standardisierte Residuen	-1,6	,9		
depressiv	Anzahl	16	20	36	
	Erwartete Anzahl	8,6	27,4	36,0	
	Standardisierte Residuen	2,5	-1,4		
Gesamt	Anzahl	24	76	100	
	Erwartete Anzahl	24,0	76,0	100,0	

**Tabelle 6:**

**Gruppe \* MAT: Wenn ja...weil Sie Angst davor haben, sich zu blamieren? Kreuztabelle**

			MAT: Wenn ja...weil Sie Angst davor haben, sich zu blamieren?			Gesamt
			entfällt	ja	nein	
Gruppe unauffällig	Anzahl	27	3	4	34	
	Erwartete Anzahl	22,1	8,5	3,4	34,0	
	Standardisierte Residuen	1,0	-1,9	,3		
histrionisch	Anzahl	23	4	3	30	
	Erwartete Anzahl	19,5	7,5	3,0	30,0	
	Standardisierte Residuen	,8	-1,3	,0		
depressiv	Anzahl	15	18	3	36	
	Erwartete Anzahl	23,4	9,0	3,6	36,0	
	Standardisierte Residuen	-1,7	3,0	-,3		
Gesamt	Anzahl	65	25	10	100	
	Erwartete Anzahl	65,0	25,0	10,0	100,0	

**Tabelle 7:**

**Gruppe \* MAT: Wenn ja...weil Sie sich einen Fehler nur schwer verzeihen können? Kreuztabelle**

			MAT: Wenn ja...weil Sie sich einen Fehler nur schwer verzeihen können?			Gesamt
			entfällt	ja	nein	
Gruppe unauffällig	Anzahl	26	2	6	34	
	Erwartete Anzahl	19,7	10,9	3,4	34,0	
	Standardisierte Residuen	1,4	-2,7	1,4		
histrionisch	Anzahl	21	6	3	30	
	Erwartete Anzahl	17,4	9,6	3,0	30,0	
	Standardisierte Residuen	,9	-1,2	,0		
depressiv	Anzahl	11	24	1	36	
	Erwartete Anzahl	20,9	11,5	3,6	36,0	
	Standardisierte Residuen	-2,2	3,7	-1,4		
Gesamt	Anzahl	58	32	10	100	
	Erwartete Anzahl	58,0	32,0	10,0	100,0	

**Tabelle 8a:**

**Ränge**

	Gruppe	N	Mittlerer Rang
Spruchwort16:)	unauffällig	11	13,32
ich nichts, mach ich	histrionisch	12	11,00
auch nichts falsch!	depressiv	12	29,29
	Gesamt	35	

**Tabelle 8b:**

**Statistik für Test<sup>a,b</sup>**

	Spruchwort16:) Mach ich nichts, mach ich auch nichts falsch!
Chi-Quadrat	29,301
df	2
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Gruppe

## Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Gesamt-Reaktionszeit des MAT unterscheidet sich bei den verschiedenen Gruppen, die Reaktionszeit der depressiven Gruppe ist bei allen Bildern am größten und unterscheidet sich signifikant von den anderen Gruppen, die Reaktionszeit der histr./narz. Gruppe unterscheidet sich bei allen Bildern, aber nicht signifikant von den Unauffälligen. Depressiven Menschen fällt es wesentlich schwerer, sich zu entscheiden, und neigen deshalb zu verstärkter Vermeidung, sie produzieren mehr Ängste und negative Kognitionen in einer Entscheidungssituation, weil sie sich einen Fehler auch schwerer verzeihen können als andere Gruppenmitglieder. Für depressive Personen trifft das Sprichwort: „Mach ich nichts, mach ich nichts falsch!“ signifikant häufiger zu als für hist./narz. oder unauffällige Personen.

## Interpretation der Testergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchungen zu einer Selbstwertschutzstrategie depressiver Patienten mithilfe des MAT belegen eindeutig, dass Menschen ein zentrales Bedürfnis haben, ihren Selbstwert zu schützen. Depressive haben, wie es die Ergebnisse dieser Untersuchung explizit belegen, einen höheren Selbstwertschutz als unauffällige Menschen oder auch Personen mit einer histr./narz. Persönlichkeit.

Die zentrale und damit wichtigste Aussage dieser Studie ist der Nachweis, dass sich der Selbstwertschutz in Abhängigkeit von Störungen entwickelt. Depressive Personen haben ein wesentlich stärkeres Bedürfnis nach Selbstwertschutz als unauffällige Menschen, wie bereits bei der Erörterung spezieller Selbstwertschutzstrategien depressiver Personen dargelegt. Individuen mit einer histr./narz. Persönlichkeit zeigen ein geringeres Bedürfnis, ihren Selbstwert zu schützen. Diese Menschen zeigen eher eine übertriebene Selbstdarstellung und somit auch kein gesteigertes Bedürfnis nach Selbstwertschutz. Sie sind ja, wenn auch pathologisch, so von sich überzeugt, dass sie es nicht für nötig erachten, ihren Selbstwert schützen zu müssen.

Nehmen wir die Erkenntnisse der Depressionsforschung her, wissen wir, dass depressive Menschen ein ganz geringes Selbstwertgefühl besitzen. Gehen wir weiter davon aus, dass die Forschungsergebnisse der Konsistenztheoretiker wie auch der motivations- bzw. informationsorientierten Wissenschaftler im Hinblick auf das Verhalten depressiver Menschen zutreffen und dieser Personenkreis ein elaboriertes negatives Selbstkonzept entwickelt hat und genau deswegen auf negatives Feedback positiv reagiert, weil es in ihr Selbstkonzept passt und sie es auf emotionaler Ebene als kongruent erleben, dann können wir verstehen, dass sie ein inneres „Chaos“ vermeiden müssen, das sie bekämen, wenn sie versuchen würden, ein positives Feedback zu integrieren. Aus dieser Sicht heraus ist es erklärbar, dass depressive Personen durch Antizipation von Misserfolgsaussichten ihren Selbstwert zu schützen versuchen. Diese Form der Antizipation stellt eine negative Kognition dar. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen ganz genau, dass depressive Menschen je nach Grad des Bedürfnisses nach Selbstwertschutzes mehr oder weniger negative Kognitionen produzieren, mehr jedenfalls als unauffällige bzw. histr./narz. Personen. Außerdem findet die Theorie zur Vermeidung eines inneren „Chaos“ aufgrund eines zu hohen Änderungswiderstandes seine Bestätigung. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass die Depression in erster Linie den Selbstwertschutz in seinem Ausmaß beeinflusst, weniger die negativen Kognitionen. Das bedeutet, je ausgeprägter die Depression, desto höher ist das Bedürfnis nach Selbstwertschutz. Die geringere Beteiligung der negativen Kognitionen liegt, wie schon des Öfteren darauf hingewiesen, nicht in ihrer ursächlichen Wirkung oder als Folge einer Depression, sondern in deren aufrechterhaltender Bedingung als einem kognitiven Vermeidungsfaktor im Dienste eines Selbstwertschutzes depressiver Menschen. Die dreieinhalbmal längere Reaktionszeit der Depressiven bei der Bearbeitung der MAT-Bilder zeigt, dass sie viel mehr Zeit benötigen als die anderen Gruppen. Zwischen den histr./narz. Menschen und den unauffälligen zeigt sich bei der Bearbeitungszeit kein signifikanter Unterschied.

Das heißt, depressive Personen haben eine größere Schwierigkeit, schnell zu entscheiden. Eine Entscheidungssituation stellt für sie ein Problem dar, weil die Gefahr, sich falsch zu entscheiden oder einen Fehler zu begehen, ein Risiko darstellt. Durch die Konfrontation mit der Konfliktsituation und dem damit verbundenen Risiko kommt es in der Folge zu einer massiven Selbstwertbedrohung. Die negativen Kognitionen, die sich mit dem realen Risiko befassen und durch Antizipation einer möglichen Fehlentscheidung auf einen damit verbundenen Selbstwertverlust aufmerksam machen, verbrauchen diese Zeit. Die Ergebnisse zu den Fragen: „Fiel es Ihnen schwer, sich zu entscheiden?“ oder: „Hätten Sie sich lieber enthalten?“, bestätigen diese Aussagen. Auch die Begründungen für dieses Entscheidungsdilemma zeugen von einer in dieser Situation notwendigen und überaus sinnvollen Reaktionsweise depressiver Menschen. Sich zu blamieren oder, sogar

noch schlimmer, sich einen Fehler nicht verzeihen zu können, stellt für diesen Personenkreis einen nicht hinnehmbaren weiteren Selbstwertverlust dar. Dies ist unter allen Umständen zu vermeiden. Die Zeitverzögerung bei der Handlungsinitiierung gibt dem Depressiven Aufschub, eine gewisse Erholungspause. Jedoch nur die Handlungsvermeidung, in diesem Fall die Verweigerung der Entscheidung, lässt das Risiko verschwinden und damit die Angst vor weiterem Selbstwertverlust. Damit wird die konkrete Vermeidungshaltung negativ verstärkt, was in II. Ordnung zu einer negativen Verstärkung der negativen Kognitionen führt.

## Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung

### **Kurze Darstellung der allgemeinen Bedeutung der therapeutischen Beziehung und ihre Auswirkung auf den Therapieerfolg**

Nach den bisherigen wissenschaftlichen klinisch-psychologischen Erkenntnissen, aber auch aufgrund der unterschiedlichen psychotherapeutischen Erfahrungen besteht eine große Übereinstimmung im Hinblick auf die Einschätzung bezüglich der Qualität und damit auch der Funktion der therapeutischen Beziehung auf das therapeutische Geschehen im Allgemeinen und das therapeutische Handeln im Speziellen. Sie dient damit auch als ein robustes Kriterium zur Vorhersagbarkeit von Therapieerfolg oder Misserfolg. Weil eine Beziehung nicht direkt beobachtbar ist, sondern nur aus dem Verhalten der Beteiligten ableitbar bzw. erschließbar, müssen wir, um den Begriff der therapeutischen Beziehung aus psychologischer Sicht definieren zu können, von einem theoretischen Konstrukt ausgehen (vgl. Sachse, 2006). Für Herpert und Casper (2008) sind unter einer Therapiebeziehung im weiteren Sinne „alle Verhaltensweisen, Kognitionen und Emotionen gemeint, die auf der zwischenmenschlichen Ebene das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient ausmachen. Diese können aus Patienten-, Therapeuten- und Beobachterperspektive beschrieben und beurteilt werden. Die Beurteilung der Beziehungsqualität zu Beginn einer Therapie korreliert besonders hoch mit dem Therapieergebnis“ (Herpert & Caspar, in: Störungsorientierte Psychotherapie, Kapitel 4, S. 77, Urban & Fischer, 2008).

Die Gestaltung des therapeutischen Settings und ihre explizite Planung im Hinblick auf relevante Patientenmerkmale (Störungen, Chronizität, Komorbidität etc.) stellt hier eine zwingende Voraussetzung dar. Die Prognose, für einen positiven, lösungsorientierten Therapieverlauf und ein erfolgreiches Behandlungsergebnis ist in erster Linie nicht von der spezifischen Pathologie des Patienten abhängig, sondern eher von dem Verhältnis zwischen Therapeut und Patient (therapeutischen Beziehung). Um dieses Setting so positiv wie möglich zu gestalten wurde schon bei der Entwicklung der non-direktiven, klientenzentrierten Psychotherapie von Rogers (1951) oder später bei der von Tausch (1968) vertretenen personenorientierten Gesprächspsychotherapie auf besonders wichtige, therapierelevante Therapeutenmerkmale geachtet. Bis heute haben die Klassiker *Positive Wertschätzung, Empathie und Kongruenz* im Hinblick auf die therapeutische Beziehung an Wichtigkeit kein „Gramm“ verloren (vgl. Faber & Lane, 2002; Klein et al., 2002; Sachse & Elliott, 2002). Hinzugekommen sind noch weitere Therapeutenmerkmale wie *Fürsorge, Anerkennung und Vertrauen* (vgl. Zimmer, 1983; Schulz, 1994; Beck, 2001; Hoffman & Hofmann, 2001; Sachse, 2006). Das Vertrauen innerhalb des therapeutischen Geschehens stellt einen der wichtigsten Bausteine der therapeutischen Beziehung dar.



Je nach dem theoretischen Modell der psychotherapeutischen Behandlung hat die therapeutische Beziehung einen unterschiedlichen Stellenwert. Für die psychodynamische Psychotherapie (Psychoanalyse oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) stellt die therapeutische Beziehung die hauptsächliche und therapieentscheidende Variable dar. Sie lässt sich im Umgang mit der Übertragungsarbeit nicht von anderen Interventionen abgrenzen, denn sie gestaltet sich, nach psychodynamischer Auffassung, in der aktuellen Beziehungsrealität zum Therapeuten. Die therapeutische Beziehung wird dann im aktuellen Fokus der therapeutischen Arbeit vor dem Hintergrund früherer Erfahrungen des Patienten und seiner für ihn typischen Interpretation von Beziehungserfahrungen fehlinterpretiert und somit zu einer Übertragungsbeziehung. Diese emotional betonte Übertragungsbeziehung ist letztendlich der wichtigste Baustein der analytischen Arbeit. Für eine analytisch orientierte therapeutische Arbeit mit Patienten muss aufgrund der durch die Untersuchung festgestellten Funktion negativer Kognitionen bei depressiven Patienten, wegen des massiv beeinträchtigten und negativen Selbstgefühls im Allgemeinen und eines geringen Selbstwertgefühls im Speziellen das Augenmerk auf die Selbstobjektübertragung des Patienten gelegt werden. Diese von Seiten des Patienten praktizierte Selbstobjektübertragung ist die Folge eines Entwicklungsdefizites, das die zuvor genannten Therapeutenmerkmale generell und empathisches Verhalten speziell erfordert. Nach den Implikationen der Objektbeziehungstheorie versucht der Patient in seinem Übertragungsverhalten, dem Therapeuten gegenüber seine ihm bekannten und immer wiederholten Beziehungsmuster/Beziehungserfahrungen zu verwirklichen. Er ist aber auch gleichzeitig auf der Suche nach einem Menschen, mit dem er positivere Erfahrungen innerhalb einer Beziehung machen kann. Für das Ergebnis der zuvor dargestellten Untersuchung bedeutet das, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, sich seiner positiven Ressourcen bewusst zu werden, sich seinen bisherigen infantilen Erwartungen zu stellen, um sie aus eigener Kraft im Sinne eines Realitätsprinzips zu modifizieren, was dann letztendlich zu einem Aufbau eines positiveren und stabileren Selbstbild bzw. Selbstwertgefühls führen wird. Innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie liegt die Hauptfunktion der therapeutischen Beziehung in der Herstellung eines positiven Therapiesettings zur Anwendung problemlösender Interventionstrategien. Sie stellt damit zwar eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für eine therapeutische Veränderung dar. Für Caspar (2003) sind vielmehr die ersten kleinen Therapieerfolge ausschlaggebend für die spätere therapeutische Beziehung, nicht umgekehrt.

In der Verhaltenstherapie hat die Beziehung damit eher einen supportiven und strukturierenden Charakter. Nach dem Modell der Balance ist stets auf ein Gleichgewicht zwischen dem Sicherheitsgeben des Therapeuten einerseits und seinem Herausfordern andererseits zu achten (vgl. Herpertz & Caspar, 2008). Dieses Gleichgewicht zwischen einer Betonung der Sicherheit und emotionaler Stabilisierung innerhalb des therapeutischen Prozesses und gezielten Interventionstechniken schließt das Bewusstmachen und Aktivieren individueller Ressourcen des Patienten nicht aus. Bei einem lösungsorientierten verhaltenstherapeutischen Ansatz beinhaltet die Ermutigung zur Denk- und Verhaltensänderung auch gewohnte und meist negativ verstärkte kognitive Schemata wie auch entsprechende Handlungen aufzugeben, um Neues erfahren zu können. Die Aufrechterhaltung so einer Balance stellt für den lösungsorientierten Verhaltenstherapeuten eine latente Herausforderung dar, weil er als therapeutisch Handelnder immer beide Aspekte im „Auge“ behalten muss.

Im Hinblick auf den diagnostischen Stellenwert besitzt die therapeutische Beziehung auch bei den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepten eine nicht unbedeutende Rolle. Die während einer therapeutischen Behandlung immer wieder auftretenden interaktionellen Schemata bilden für den Therapeuten eine wichtige Informationsquelle. Durch die Identifikation dieser oft maladaptiven kognitiv-emotionalen Schemata als verhaltenssteuerndes und motivationales Element in der therapeutischen Auseinandersetzung ähnelt sie sogar dem Konzept der Übertragung in der analytischen Arbeit, weil dem Patienten durch die Beschäftigung mit diesen Schemata, die Dysfunktionalität bewusst wird und modifiziert werden kann.

Besonderen Stellenwert hat die therapeutische Beziehung auch in den motiv- bzw. klärungsorientierten Behandlungskonzepten (vgl. Caspar, 2007; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010). Hierbei liegt der Fokus auf der Bearbeitung der motivationalen Beweggründe bzw. Auslöser des Problemverhaltens des Patienten. Besonders durch die Arbeit mit den impliziten Motiven eines Patienten, die nicht nur durch ein motivationales Priming oder durch projektive Testverfahren „entdeckt“ werden, sondern auch durch Verhaltensbeobachtung, nonverbalen Ausdrücken oder berichteten Emotionen zumindest hypothetisch erschlossen werden können, besitzt der Therapeut die Möglichkeit, die „echten“ Hintergründe zu durchleuchten.

Aus konsistenztheoretischer Sicht besteht eine ideale Beziehungsgestaltung darin, dass „der Therapeut sein Beziehungsangebot und therapeutisches Vorgehen kontinuierlich auf die motivationalen Ziele und Fähigkeiten des Patienten abstimmt, ihm möglichst viele positive Wahrnehmungen im Hinblick auf seine Grundbedürfnisse vermittelt“ (Grawe, Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie, Band 1, S. 306-308, Hogrefe, 2005). Des Weiteren geht Grawe, davon aus, dass eine maßgeschneiderte Beziehung und eine auf Dauer praktizierte Aktivierung positiver Ressourcen, zusätzlich über einen indirekten Weg, sprich über ein motivationales Priming, zu einem guten Therapieerfolg beitragen können (vgl. Grawe, 2004). „Die fortwährende Aktivierung positiver Ziele und positiver Emotionen aktiviert das Annäherungssystem des Patienten, und das übt einen hemmenden Einfluss auf negative Emotionen und Vermeidungsverhalten aus“ (Grawe, Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie, Band 1, S. 307, Hogrefe, 2005).

## Auswirkungen der Testergebnisse auf die therapeutische Beziehung

Aufgrund des massiven negativen Selbstbildes, der negativen Selbstwahrnehmung und des geringen Selbstwertgefühles depressiver Menschen hat die therapeutische Beziehung in erster Linie eine supportive, kurative Aufgabe. Das bedeutet, dass die Therapeuten, auch unterschiedlicher Ausbildung, sich während der therapeutischen Behandlung um den Aufbau eines stabilen Selbst (Ich) bei ihren Patienten zu kümmern haben. Dabei ist es besonders wichtig darauf zu achten, dass rein verbales – positives Feedback (auch in bester therapeutischer Absicht) die Gefahr beinhaltet, bei diesen Patienten ein inneres „Chaos“ zu erzeugen. Ihr elaboriertes negatives Selbstschema mit ihrem hohen Änderungswiderstand, das verantwortlich ist, für ihre massive Selbstablehnung, muss als eine Selbstwertschutzstrategie verstanden werden, die nicht einfach rational wegtherapiert werden kann,

- a) weil sie (Selbstwertschutz-Strategie) sich bereits in frühen Jahren etabliert hat und
- b) weil sie die scheinbar einzige Strategie des Patienten ist, mit Problemen umzugehen.

Vergleichbar mit einem falschen Kurs beim Segeln. *Denn ein falscher Kurs ist immer noch besser als gar kein Kurs, auch wenn er problematisch ist und nicht zum angestrebten Ziel führt.* Wichtig ist hier, nur sehr langsam zu segeln, um noch rechtzeitig eine mögliche Gefahr erkennen und abwenden zu können. Das Ziel der therapeutischen Beziehung ist hier, vorhandene Ressourcen beim Patienten zu finden und ihm das Vertrauen zu geben, dass er in der Lage ist, alternative Problemlösungen zu entwickeln, die ihn mit weniger Kraftanstrengung zu seinem Ziel bringen. Dieser Aufbau eines stabilen Selbstvertrauens ist nicht nur von zentraler Bedeutung, er stellt auf Dauer auch die einzige wirksame Möglichkeit dar, den Patienten selbst die notwendige Modifikation seiner negativen dysfunktionalen Schemata erarbeiten zu lassen bzw. im analytischen Sinne die Möglichkeit der Nachreifung zu geben. Somit dient die therapeutische Beziehung auch dem Aufbau eines stabilen Glaubens an sich selbst. Nur dann wird der Patient sein introjiziertes negatives Sprichwort: „Mach ich nichts, mach ich nichts falsch“! gegen das positive Sprichwort: „Es gibt nichts Gutes, außer man (ich tue) tut es“! bereit sein aufzugeben.

## Literaturverzeichnis

- Abramson, L.-J., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Abramson, L.Y. & Martin, D.J.: (1981). Depression and the causal inference process. In J.H. Harvey, W. Ickes & R.F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research* (Vol. 3; pp. 117-168). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arkin, R.M. & Maruyama, G.M. (1979). Attribution, affect and college exam performance. *Journal of Educational Psychology*, 71, 85-93.
- Beck, A.T. (2001). *Kognitive Therapie der Depressionen*. Weinheim: Beltz Taschenbuch.
- Beck, A.T., Ward, CH., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1987). *Beck Depression Inventory-Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beckman, L.J. (1970). Effects of students' performance on teachers' and observers' attributions of causality. *Journal of Educational Psychology*, 61, 76-82.
- Berkowitz, S. & Holmes, D.S. (1959). The generalization of hostility to disliked objects. *Journal of Personality*, 27, 565-577.
- Böllner, G. (1987). *Soziale und psychologische Merkmale psychiatrischer Patienten und Auswirkungen stationärer Behandlung*. Unveröff. Diss., Universität Hamburg.
- Bradley, G.W. (1978). Self-serving biases in the attribution process: A re-examination of the fact or fiction question. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 56.
- Caspar, F. (2007) „Das kriegen wir schon hin!“ – Überlegungen zur therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, Jg. 39, Nr. 2, 321-333 -71.
- Dauenheimer, D., Stahlberg, D., Frey, D. & Petersen, L. (2002). Die Theorie des Selbstwertschutzes und der Selbstwerterhöhung. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie* (Bd. III; 2., erweit. Aufl.) Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). *Klassifikation psychischer Krankheiten ICD-10*. Bern: Huber.
- Eagly, A.H. & Acksen, B.A. (1971). The effect of expecting to be evaluated on change toward favourable and unfavourable information about oneself. *Sociometry*, 34, 411-422.

- Ellis, A. (1977). Die rational-emotive Therapie – Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München: Pfeiffer.
- Epstein, S. (1979). Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie. In S.H. Filipp (Hrsg.), Selbstkonzeptforschung: Probleme, Befunde, Perspektiven (S. 34). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Faber, B.A. & Lane, J.S. (2002). Positive Regard. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 175-194). Oxford: University Press.
- Feather, N.T. (1983). Some correlates of Attributional style: Depressive symptoms, self-esteem and protestant ethic values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 125-135.
- Federoff, N.A. & Harvey, J.H. (1976). Focus of attention, self-esteem and the attribution of causality. *Journal of Research in Personality*, 10, 336-345.
- Fitch, G. (1970). Effects of self-esteem, perceived performance and choice on causal attributions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 311-315.
- Frey, D. (1981). Informationssuche und Informationsbewertung bei Entscheidungen. Stuttgart: Huber.
- Frey, D. & Irle, M. (2001). *Theorien der Sozialpsychologie* (Bd. I.; 2. Aufl.). Bern: Huber.
- Frey, D. & Irle, M. (2002). *Theorien der Sozialpsychologie* (Bd. III.; S. 175). Bern: Huber.
- Gibbons, F.X. (1986). Social comparison and depression: Company's effect on misery. *Journal Personality and Social Psychology*, 51, 140-148.
- Glass, C.R. & Merluzzi, Th.V. (1982). Cognitive assessment of social anxiety. In J.L. Biever & K.H. Larsen (Eds.), *Development and validation of a self-statement questionnaire*. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Goethals, G.R. (1984). Social comparison theory: Psychology from the lost and found. Paper presented and the annual meeting of the American Psychological Association (p. 25), Toronto.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). *Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie* (Bd. 1, S. 307). Göttingen: Hogrefe.
- Hathaway, S.R. & McKinley, J.C. (1951). *MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)*. New York: Psychological Corporation.
- Heckhausen, H. (1988). *Motivation und Handeln* (2. Aufl. S. 415). Berlin: Springer.
- Heimberg, R.G. & Chiauuzzi, E.J. (1983). Cognitive mediation of assertive behaviour. An analysis of the self-statement patterns of Helmut von Bracken (Ed.). Meisenheim am Glan: Anton Hain Verlag.
- Herpertz, S.C. & Caspar, F. (2008). *Therapeutische Beziehung, Patientenmerkmale und Behandlungsprognose*. In S.C. Herpertz, F. Caspar & Ch. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (Kap. 4). München: Urban & Fischer.
- Hoffmann, N. & Hofman, B. (2001). *Verhaltenstherapie bei Depressionen* (S. 131 ff.). Berlin, Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Hollon, S.D. & Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Ickes, W. & Layden, M.A. (1978). Attributional styles. In J.H. Harvey, W. Ickes & R.F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research* (Vol. 2, pp. 119-152). Hillsdale: Erlbaum.
- Ingram, R.E. & Wisnicki, K.S. (1988). Assessment of positive automatic cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 898-902.
- Johnson, T.J., Feigenbaum, R. & Weiby, M. (1964). Some determinants and consequents of the teachers' perception of causation. *Journal of Educational Psychology*, 55, 237-246.
- Kendall, P.C. & Hollon, S.D. (1981). *Assessment strategies for cognitive-behavioural interventions*. New York: Academic Press.
- Klein, M.H., Kolden, G.G., Michels, J.L. & Chisholm-Stockard, S., (2002). Congruence. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Works* (p. 195-216). Oxford: University Press.

- Krantz, S. & Hammen, C. (1979). Assessment of cognitive bias in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 611-619.
- Kuhl, J. (1981). Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state versus action orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 155-170.
- Kuhl, J. & Kazèn, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar (PSSD): Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Markus, H. (1977). Self-schemata processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Meichenbaum, D.W. (1995). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban u. Schwarzenberg.
- Miller, D.T. & Ross, M. (1975). Self-serving biases in the attribution of causality: Fact or fiction? *Psychological Bulletin*, 82, 213-225.
- Murray, M.D. (1943). *Thematic Apperception Test Manual* (Copyright, by the President and Fellows of Harvard College. Printed in the United States of America.
- Osnabrügge, G. (1988). *Selbstwertschutz im sozialen Vergleich*. Unveröffentlichte Dissertation. Kiel; Psychologisches Institut der Universität Kiel.
- Peterson, L.E. & Stahlberg, D. (1995). Der Integrative Selbstschemaansatz: die Suche und Verarbeitung selbstkonzeptrelevanter Informationen in Abhängigkeit vom Elaborationsgrad der involvierten Selbstschemata. *Zeitschrift für experimentelle Psychologie*, 42, 43-62.
- Petersen, L.E., Stahlberg, D. & Dauheimer, D. (2000). Selbstkonsistenz und Selbstwerterhöhung: Der Integrative Selbstschemaansatz. In W. Greve (Hrsg.), *Psychologie des Selbst* (S. 239-254). Weinheim: Beltz.
- Rogers, C.R. (1951). In L.J. Pongratz (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie* (S. 346), Göttingen: Hogrefe, 1975.
- Rogers, C.R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung* Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Elliot, R. (2002). Process-Outcome Research in Humanistic Therapy Variables. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sachse, R, Sachse, M. & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen* (S. 724; 823). DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schmalt, H.D. (1978). Leistungsthematische Kognitionen. I: Kausalerklärungen für Erfolg und Misserfolg. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 25, 246-272.
- Schlenker, B.R., Weigold, M.F. & Hallam, J.R. (1990). Self-serving attributions in social context: Effects of self-esteem and social pressure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 855-863.
- Schütz, A. (2005). *Je selbstsicherer, desto besser? Licht und Schatten positiver Selbstbewertung*. Weinheim: Beltz
- Schulz, W. (1994). Therapeut-Patient-Beziehung, In M. Linden & H. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (S. 16-20). Heidelberg: Springer.
- Schwartz, R.M. & Gottman, J.M. (1976). Toward a task analysis of assertive behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 910-920.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1982). Selbstwertdienliche Attributionen nach Leistungsrückmeldungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 14, 47-57.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness. On Depression, Development and Death*. San Francisco: N.H. Freeman and Company.

- Stahlberg, D. & Frey, D. (1983). Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 2, 11-20.
- Stahlberg, D., Petersen, L.-E. & Dauenheimer, D. (1997). Der integrative Selbstschemaansatz: Eine erste Bilanz. In H. Mandl (Hrsg.), Bericht über den 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München, 1996, (S. 297-302). Göttingen: Hogrefe.
- Stahlberg, D., Petersen, L.-E. & Dauenheimer D. (1999). Preferences for and evaluation of self-relevant information depending on the elaboration of the self-schemata involved. *European Journal of Social Psychology*, 29, 489-502.
- Stricker, G. (1963). Scapegoating: An experimental investigation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 125-131.
- Swann, W.B., Jr. (1985). The self as an architect of social reality. In B.R. Schlenker (Ed.), *The self and social life* (pp. 100-125). New York: Mc Graw-Hill.
- Sweeney, P.D., Anderson, K. & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups*. London: Academic Press.
- Tajfel, H. (1979). Individual and groups in social psychology. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 183-190.
- Tausch, R. (1968). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1979). *Gesprächspsychotherapie. Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben*. Göttingen: Hogrefe.
- Tesser, A. & Cambell, J. (1982). Self-evaluation maintenance and the perception of friends and strangers. *Journal of Personality*, 50, 261-279.
- Thier, R. (1974). *Selbstkommunikation: Formale Aspekte sowie Zusammenhang mit FPI-Skalen*. Unveröffentlichte Dipl.-Arbeit (S. 16 ff.), Universität Hamburg.
- Tönnies, S. (1982). *Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene. ISE*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Tönnies, S. (1994). *Selbstkommunikation. Empirische Befunde zu Diagnostik und Therapien*. Kröning: Asanger.
- Tönnies, S. (1997). *HAKI-S (Hamburger Kognitionsinventar Standardskalen)*, (überar. Aufl.) Bern: Huber.
- Wacker, J. (2007). *Negative Kognitionen als Vermeidungsstrategie i. S. eines Selbstwertschutzmechanismus depressiver Patienten*. Berlin: Logosverlag.
- Weary, G. & Arkin, R. (1981). Attributional self-presentation. In: J.H. Harvey, W. Ickes & R.F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research* (Vol. 3; pp. 225-246). Hillsdale: Erlbaum.
- Weary, G., Elbin, S. & Hill, M.G. (1987). Attributional and social comparison processes in depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 605-610.
- Weiner, B., Russell, D. & Lermann, D. (1978). Affektive Auswirkungen von Attributionen. In D. Görllitz, W.-U. Meyer & B. Weiner (Hrsg.), *Bielefelder Symposium über Attribution* (S. 139-174). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zimmer, D. (1983). Die therapeutische Beziehung bei unterschiedlichen Klientengruppen. In D. Zimmer (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung – Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung* (S. 151-160). Weinheim: Edition Psychologie.

## Korrespondenzadresse

Dr. phil. Dipl.-Psych. Josef Wacker  
Psychologischer Psychotherapeut & Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut  
Praxis für Psychotherapie | Gutenbergplatz 34 | 59821 Arnsberg  
praxis.dipl.psych.dr.wacker@t-online.de