

# **Behavioral Activation als Therapie für Patienten mit depressiven Störungen**



# 1 Einleitung: Die Entwicklung von Behavioral Activation

The past is never dead. It's not even past.

William Faulkner (1897–1962)

Behavioral Activation (BA) ist eine Psychotherapiemethode, die sich als wirksam für Patienten mit depressiven Störungen erwiesen hat und die Potential für die Behandlung weiterer Störungen hat. Beim Schreiben des Buches haben wir berücksichtigt, dass der Ausbildungshintergrund von Psychotherapeuten heterogen ist. BA ist sowohl eine eigenständige Psychotherapiemethode als auch eine Technik der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie bei Depression. Die Prinzipien, die wir vorstellen, sind für Therapeuten hilfreich, die eine Struktur für die Behandlung bestimmter Patienten finden wollen. In den vergangenen vier Jahrzehnten wurden verschiedene Varianten von BA entwickelt. Zurzeit steht BA aufgrund aktueller Studiendaten erneut im Fokus des Interesses. Es gibt jedoch auch eine Story hinter den Forschungsprojekten und ihren wissenschaftlichen Erkenntnissen. Publikationen in Zeitschriften stellen die wichtigsten Daten dar. Aber sie erzählen nur selten die Geschichte, wie sich die Methode entwickelte, wie das Leben der Entwickler verlief und was sie zur Entwicklung beigetragen haben. Bevor wir damit beginnen, die Anwendung von BA in der Praxis zu beschreiben, möchten wir Sie deshalb in die Geschichte der Entwicklung von BA einweihen.

## Ausgangspunkt

Die Geschichte könnte von vielen möglichen Ausgangspunkten erzählt werden. Starten wir mit einigen Erinnerungen an unseren Kollegen und Mentor Neil S. Jacobson, der mitten in der Entwicklung von BA 1999 plötzlich starb. Wissenschaft verpflichtet zu Skepsis. Das war ein wichtiges Prinzip für Neil. Wie Dimidjian erinnert, akzeptierte Neil »keine Theorie der Veränderung, kein Störungsmodell, keine Meinung oder Annahme, ohne sie einer gründlichen, empirischen Überprüfung zu unterziehen« (Dimidjian 2000). Er bezog eine kritische Position zu gängigen Meinungen und war vorsichtig mit Loyalitäten zu bestimmten Modellen. Neils Skepsis beruhte nicht auf Lust am Streit, sondern auf Mitgefühl. Er wollte Kurzzeitinterventionen finden, die zu nachhaltigen Effekten führen und sich einfach in der täglichen Praxis vieler Therapeuten implementieren lassen.

Neil kritisierte die üblichen Behandlungsmethoden bei depressiven Störungen, weil sie auf Defizit-Modellen der Störung beruhen. Sie konzeptualisieren die Ursache der Depression als innere Defizite des Individuums. Im Gegensatz dazu strebte er im Rahmen der Behandlung an, den Patienten in seinem Gesamtkontext zu verstehen. Er regte an, in unserem Bemühen, Depression zu verstehen und zu behandeln, auch den Bereich außerhalb des Individuums zu betrachten. Er vermutete, dass das Geheimnis, Depression zu lindern, darin liegt, Bedingungen im Leben der betroffenen Menschen zu verändern. Wir beginnen nun die Darstellung der Geschichte von BA mit Skepsis und Mitgefühl, zwei essentiellen Bestandteilen, um Veränderungsprozesse in der Wissenschaft anzustoßen.

## **Was sind die wirksamen Elemente einer Therapie bei Depression?**

Die Theorie, auf der BA beruht, verdankt ihre Entwicklung wissenschaftlichen Arbeiten, die in den letzten drei Jahrzehnte durchgeführt wurden, mit dem Ziel depressive Störungen besser zu verstehen und zu behandeln. Die Psychotherapieforschung konzentrierte sich dabei auf die kognitive Therapie der Depression (KVT). Die von Aron T. Beck und seinen Mitarbeitern entwickelte KVT gründet auf der Annahme, dass die Art, wie Menschen über Situationen in ihrem Leben denken, ihre Emotionen und ihr Verhalten beeinflusst. Wenn Menschen depressiv sind, zeigen sie problematische Denkweisen, die zu depressiver Stimmung beitragen. Die KVT konzentriert sich darauf, Menschen darin zu unterstützen, depressive Gedanken und Annahmen zu identifizieren und herauszufinden, auf welche Weise diese Gedanken sie beeinflussen, und Veränderungen in Denkmustern zu bewirken. Die Grundhypothese der KVT besagt, dass Menschen sich besser fühlen, wenn sie realistischer denken. Die Strategien, die in der KVT verwendet werden, haben viele Facetten und beinhalten drei Hauptkategorien: verhaltensbezogene Strategien, die darauf ausgerichtet sind, zu verändern, wie sich Menschen in Situationen verhalten, kognitive Strategien, die verändern sollen, wie Menschen über bestimmte Situationen denken und weitere kognitive Strategien, welche die übergreifenden zentralen Grundannahmen von Menschen über sich, die Zukunft und die Welt verändern sollen. Der Ansatz der KVT legt eine besondere Bedeutung auf kognitive Strategien. Auch wenn die Notwendigkeit verhaltensbezogener Strategien in der Behandlung von schwer depressiven Personen betont wird, liegt das Ziel der KVT klar darin, zu kognitiven Veränderungen zu gelangen. Beck und seine Kollegen beschreiben die Verwendung von verhaltensbezogenen Techniken in ihrem grundlegenden Behandlungsmanual für KVT und erklären dabei: »Letztlich ist es das Ziel dieser Techniken der kognitiven Therapie, Veränderungen in den negativen Einstellungen zu bewirken« (Beck et al. 1979, S. 118).

Viele Studien, auch einige neue, besonders gründlich durchgeführte klinische Studien zeigen die Wirksamkeit der KVT (DeRubeis et al. 2005; Hollon et al. 2005). Diese Studien haben aber einige wichtige Fragen ausgespart. Es ist zwar offensichtlich, dass KVT wirksam ist, aber wissen wir wirklich, *wie* sie wirkt? Was sind die wirksamen Elemente der KVT? Werden alle Strategien der KVT benötigt, um positive Ergebnisse zu erzielen? Könnten auch allein die verhaltensbezogenen Strategien der KVT für den Erfolg der Therapie ausschlaggebend sein?

Eine Reihe von Studien hat versucht, diese Fragen zu beantworten. Zeiss et al. (1979) führten eine der frühesten Studien hierzu durch. Das wesentliche Ergebnis war, dass sich der Zustand depressiver Patienten unabhängig von den spezifischen Komponenten der Behandlung besserte. Die Patienten erhielten entweder kognitive Umstrukturierung, Training der interpersonellen Fertigkeiten oder Aufbau angenehmer Aktivitäten. Zettle und Rains (1989) verglichen drei Gruppentherapien mit folgenden Komponenten: vollständige kognitive Therapie, partielle kognitive Therapie und kontextuelle Verhaltenstherapie. Alle Gruppen zeigten einen ähnlichen signifikanten Rückgang der Depression über die 12-wöchige Behandlungsdauer und das 2-Monats-Follow-up. 1989 zeigten Scogin et al. dass kognitiv fokussierte Bibliothherapie und verhaltensbezogene Bibliothherapie ähnlich wirksam und beide gegenüber einer Vergleichsbedingung überlegen waren.

Die Komponentenanalysestudie, die 1996 von Jacobson und Mitarbeitern veröffentlicht wurde (Jacobson et al. 1996), war eine der besonders einflussreichen Studien in der Beschäftigung mit dem Thema der wirksamen Elemente der KVT. Bei diesem Studientypus wurden die verschiedenen Komponenten der Behandlung isoliert angewendet und miteinander verglichen. Das Ziel war es, herauszufinden, welche Bestandteile der Behandlung kausal wirksam sind. Ungefähr 150 depressive Erwachsene wurden in die Studie eingeschlossen und randomisiert einer der drei Behandlungsgruppen zugeordnet: (1) Behavioral Activation, (2) Behavioral Activation plus kognitive Umstrukturierung automatischer Gedanken oder (3) das gesamte Paket der KVT bestehend aus Behavioral Activation, kognitiver Umstrukturierung automatischer Gedanken und kognitiver Umstrukturierung von Grundannahmen.

Die erste Bedingung erlaubte es den Therapeuten, verhaltensbezogene Strategien, wie Planung von Aktivitäten, Einstufung dieser Aktivitäten als angenehm und bewältigbar sowie Hausaufgaben mit steigendem Schwierigkeitsgrad zu verwenden – Strategien, die wir in Unterkapiteln sehr viel detaillierter beschreiben werden. In der zweiten Bedingung (BA plus Umstrukturierung automatischer Gedanken) durften die Therapeuten Verhaltensstrategien und kognitive Strategien verwenden, die darauf ausgerichtet waren zu verändern, wie jemand in spezifischen Situationen denkt. In der dritten Bedingung konnten die Therapeuten jede der Techniken der anderen beiden Bedingungen verwenden und sie konnten zusätzlich an der Veränderung von Grundannahmen über das Selbst, die Welt und die Zukunft arbeiten – was dem gesamten Spektrum der KVT-Strategien, wie sie von Beck et al. (1979) und späteren Behandlungsmanualen (z. B. J. S. Beck 1995) dargestellt werden, entspricht.

Alle Behandlungsarme wurden durch dieselbe Gruppe von Therapeuten durchgeführt. Alle Therapeuten äußerten eine klare Präferenz für den kompletten

KVT-Ansatz. Sie stützten sich in allen Behandlungsbedingungen auf kognitive Fallkonzepte und fühlten sich in ihren Handlungsmöglichkeiten behindert, wenn sie die BA-Komponente isoliert anwendeten. Wenn ein Patient randomisiert der BA-Bedingung zugeordnet wurde, fühlten sie sich mutlos. Sie befürchteten wie viele in diesem Arbeitsgebiet, dass Teilnehmer der Bedingung, in der ausschließlich BA zugelassen war, schlechtere Ergebnisse erzielen würden.

Das tatsächliche Ergebnis überraschte viele! Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Bedingungen, weder in der Akutbehandlung der Depression noch während der Nachbehandlung zur Rückfallprophylaxe während des Zwei-Jahres-Follow-Up (Jacobson et al. 1996; Gortner et al. 1998). Die Behandlungsergebnisse, die unter der BA-Bedingung erzielt wurden, waren vergleichbar mit denen des kompletten Pakets der KVT. Die Ergebnisse lösten ziemliche Aufregung aus und wurden mit großer Skepsis aufgenommen. Einige lehnten die Studie und ihre Ergebnisse ab. Sie vermuteten, die Therapien seien nicht sorgfältig durchgeführt worden und die geringe Qualität der angebotenen KVT würde die Ergebnisse erklären (Jacobson & Gortner 2000). Andere waren von den Ergebnissen fasziniert, waren aber der Meinung, dass es notwendig sei, diese in einer weiteren Studie zu replizieren.

Die Autoren der Komponentenanalysestudie bewerteten die Kritikpunkte als valide und stimmten damit überein, dass es notwendig war eine Replikation anzustreben. Dabei sollte sichergestellt sein, dass die KVT so kompetent wie möglich durchgeführt wird. Die Ergebnisse stimulierten unsere Forschungsgruppe dazu, sich im weiteren Verlauf unserer Arbeit mit einigen zentralen Fragen zu beschäftigen. Wir begannen uns zu fragen, ob Methoden, die ausschließlich verhaltensbezogene Techniken beinhalten, in den letzten Jahrzehnten vernachlässigt wurden. Übersah das gesamte Forschungsfeld etwas Wichtiges, das verhaltensbezogene Techniken möglicherweise zur Behandlung der Depression beitragen konnten?

## Zurück zu den behavioralen Wurzeln

Die Fragen, die durch die Komponentenanalysestudie aufgekommen waren, regten uns an, ältere Veröffentlichungen, die sich mit verhaltensbezogenen Ansätzen der Depression beschäftigten, erneut zu lesen. Einige Publikationen waren schon mehrere Jahrzehnte alt. Die Lektüre dieser Publikationen trug zur Weiterentwicklung unsere Gedanken über BA bei. Es entstanden die Grundzüge einer verhaltensbezogenen Behandlungsmethode, die selbstständig war und sich nicht ausschließlich dadurch definierte, dass sie die Durchführung des kognitiven Teils nicht zuließ, wie es in der Komponentenanalysestudie der Fall war (Jacobson et al. 2001; Martell et al. 2001).

Das Interesse an BA wurde erst durch die Komponentenanalysestudie wiederbelebt. Die Entwicklung von BA stützt sich jedoch auf eine lange Tradition ver-

haltenswissenschaftlicher Forschung, die allerdings, wie wir feststellten mussten, in den letzten Jahrzehnten wenig beachtet worden war. BA baut insbesondere auf den Grundlagen auf, die von vier wichtigen Pionieren der Verhaltenstherapie gelegt wurden: Charles B. Ferster, Peter M. Lewinsohn, Lynn P. Rehm und Aaron T. Beck. Ferster konzentrierte sich auf die theoretischen Grundlagen der Verhaltensanalyse der Depression, Lewinsohn erweiterte die Theorie und entwickelte verhaltensbezogene Behandlungsmethoden für depressive Störungen. Rehm betonte die Wichtigkeit von Verstärkung in der Behandlung der Depression und Beck machte BA einem größeren Publikum von Therapeuten zugänglich, indem er sie in die KVT für depressive Störungen integrierte. Als nächstes werden wir die Beiträge und Einflüsse dieser Pioniere auf BA diskutieren.

## Charles B. Ferster

Ferster (1973) postulierte, dass eine Abnahme bestimmter Arten von Verhalten und eine Zunahme anderer Verhaltensweisen depressive Störungen charakterisieren. Ferster betonte insbesondere die Zunahme von Vermeidungsverhalten und vermutete, dass depressive Personen so im Ergebnis durch ihre Aktivitäten weniger Belohnung erfahren. Er nannte auch einige Gründe dafür. Erstens nahm er an, dass Menschen mit depressiven Störungen sich nicht häufig genug mit produktiven Aktivitäten beschäftigen, was zu einer Abnahme der Verstärkung führt, die aus diesen Aktivitäten stammt. Zweitens nahm er an, dass Menschen mit Depression Aktivitäten bevorzugen, die dazu dienen, unangenehme Emotionen zu entkommen, was ebenfalls zu weniger positiv verstärktem Verhalten führt (Ferster 1973). Demnach könnte das Verhalten depressiver Patienten hauptsächlich von negativer Verstärkung im Gegensatz zu positiver Verstärkung gesteuert sein. Mit anderen Worten dienen ihre Aktivitäten dem Ziel, unangenehme Zustände abzuschwächen, anstatt es zu ermöglichen, sich mit der Umwelt auf eine Art auseinanderzusetzen, die natürlicherweise belohnt und positiv verstärkt wird.

Jedes Verhalten tritt in einem bestimmten Kontext auf und wird durch seine Konsequenzen verstärkt. Dies sind die *Kontingenzen* von Verhalten. Ferster (1973) betont, dass aus einer nur begrenzten Interaktion eines Patienten mit seiner Umwelt eine verringerte Fähigkeit entsteht, aus Kontingenzen zu lernen. Solche Patienten fokussieren auf den eigenen inneren Zustand von Deprivation, anstatt ihre Umwelt zu beobachten. Dies behindert laut Ferster in erheblicher Weise die Möglichkeit den Blick auf die Welt positiv zu verändern. Der depressive Patient ist nicht in der Lage, ausreichend Verhalten zu generieren, das verstärkt werden könnte. Er kann auch nicht herausfinden, wie verschiedene Formen von Verhalten zu unterschiedlichen Reaktionen der Umwelt führen (Ferster 1973).

Das aktuelle Modell von BA baut auf vielen Ideen Fersters auf. Sein Werk liefert eine solide verhaltensanalytische Grundstruktur. Es ermöglicht, die *Funktion* von Verhalten zu betrachten, anstatt nur seine Form zu sehen. BA möchte eine flexible Therapiemethode sein, die auf jeden Patienten individuell zugeschnitten werden kann. BA geht nicht davon aus, dass bestimmte Kategorien von Verhalten, wie z. B. unangenehme Aktivitäten, zwangsläufig bei jedem Patienten als Verstärker wirksam

sind. Stattdessen nutzt BA die Ergebnisse von Verhaltensanalysen (die später im Buch diskutiert werden), um genau das Verhalten aufzubauen, das das größte Potential für den Patienten in seiner Interaktion mit der Umwelt aufweist. Das Verhalten soll zu Konsequenzen führen, die antidepressives Verhalten positiv verstärken. Die Betonung der Funktion von Verhalten bleibt ein bedeutender Beitrag aus der Arbeit von Ferster für BA.

## Peter M. Lewinsohn

Lewinsohns Theorie der Depression war in Übereinstimmung mit vielen der von Ferster vorgeschlagenen Elemente. Lewinsohn hob die Wichtigkeit mangelnder positiver Verstärkung für das Leben depressiver Patienten hervor. Insbesondere konzeptualisierte er die Depression als Ergebnis fehlender oder zu geringer Häufigkeit von »verhaltenskontingenter« positiver Verstärkung (Lewinsohn 1974). Verhaltenskontingent bedeutet, dass die Verstärkung in einer direkten Beziehung zum Handeln des Individuums steht. Wenn beispielsweise eine Frau in einer Beziehung versucht, ein Gespräch zu führen und der Partner diesen Versuch ignoriert (also keine verhaltenskontingente positive Verstärkung bietet) oder ihn als aufdringlich zurückweist (also bestraft), wird die Frau schließlich die Versuche, sich mit dem Partner zu unterhalten, beenden und traurig über ihre Beziehung sein. Folglich wird die Frau mit der Zeit weniger kommunizieren. Verhaltenstheoretisch gesprochen wird das Kommunikationsverhalten gelöscht. Die Hypothese Lewinsohns ist, dass dieser Mangel an positiver Verstärkung die Häufigkeit von Verhalten reduziert, das sonst im Leben typischerweise belohnt wird. So kann schlechte Stimmung entstehen und aufrechterhalten werden.

Lewinsohn (1974) wies darauf hin, dass geringe Häufigkeit verhaltenskontingenter positiver Verstärkung auch in einem Kontext bedeutsam ist, der zunächst überraschend erscheint: zum Beispiel kann berufliche Beförderung zu einem Verlust an sozialer Verstärkung führen. Der Wechsel in eine Führungsposition kann dabei mit dem Verlust der Peer Group erkauft sein. Das Erreichen eines Ziels, für das jemand lange und hart gearbeitet hat, z. B. ein Dokortitel, kann sich als schwacher Verstärker für das Individuum herausstellen. Er erklärt: »Kritisch ist nicht die Gesamtmenge an Aufmerksamkeit oder anderer guter Dinge, die jemand erhält, sondern der Umstand, dass das Verhalten des Individuums durch die Umwelt so belohnt wird, dass das Verhalten aufrechterhalten wird« (Lewinsohn 1974). Lewinsohn war eindeutig der Meinung, dass vor allem die subjektive Perspektive auf Belohnung durch das Umfeld bedeutsam für das zukünftige Verhalten und die Stimmung ist, allgemeine Annahmen über den Wert einzelner Belohnungen haben dagegen sehr viel weniger Erklärungswert.

Lewinsohn und seine Mitarbeiter überarbeiteten schließlich ihr Modell, um erklären zu können, warum negative Lebensereignisse manche Menschen beeinträchtigen und andere nicht. Lewinsohn et al. (1985) schlugen die Hypothese vor, dass negative Lebensereignisse die Wahrscheinlichkeit für adaptive Verhaltensweisen bei vulnerablen Personen reduzieren, denen die Fertigkeiten zur Bewältigung dieser Ereignisse fehlen. Belastungen und die begleitende dysphorische



Stimmung führen dazu, dass die Person übermäßig selbstbezogen und selbstkritisch wird. Die Motivation geht zurück und die vulnerable Person zieht sich aus zwischenmenschlichen Kontakten zurück. Es entsteht eine Abwärtsspirale in eine depressive Störung, da die Person als Reaktion auf die Belastungen ihre Aktivität weiter reduziert.

Lewinsohns Arbeit war ein wesentlicher Beitrag zum Verständnis der Bedeutung der individuellen Kontingenzen im Leben des einzelnen Patienten. Lewinsohn und Libet (1972) beschrieben, dass Menschen mit Depression empfindlicher gegenüber den Höhen und Tiefen des Alltags sind. Sie reagieren zusätzlich stärker auf einen aversiven Stimulus als Nicht-Depressive. Manche Menschen haben eine niedrigere Schmerztoleranz und leiden stark unter einem verstauchten Knöchel, während andere bei einer ähnlichen Verletzung weiter herumlaufen. So reagieren Menschen mit Depression stärker auf den Schmerz des Lebens – emotional und auch körperlich – als diejenigen, die nicht depressiv sind. Lewinsohn (1974) schlug vor, dass eine Desensibilisierung gegenüber aversiven Situationen eine hilfreiche therapeutische Technik sein könnte.

Lewinsohn und Mitarbeiter (Lewinsohn 1974; Lewinsohn et al. 1976) waren die ersten, die die Planung von Aktivitäten in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Depression aufnahmen. In ihrem Ansatz untersuchten sie die Frequenz und das Spektrum angenehmer Aktivitäten im Leben des Patienten. Sie entwickelten Arbeitsblätter zur Planung von Aktivitäten. Dabei wurde die Woche in Stunden-Segmente unterteilt. Sie baten die Patienten, angenehme Aktivitäten für die Woche zu planen. Mit der Zeit konnten die Patienten die Häufigkeit von Aktivitäten steigern und Verhalten aufbauen, das sie sich entweder wünschten oder schon durchgeführt hatten, aber mit Beginn der Depression beendet hatten. Lewinsohn und seine Mitarbeiter entwickelten eine Selbstbeurteilungsskala, den Pleasant Event Schedule (PES), mit der die angenehmen Aktivitäten innerhalb des letzten Monats erhoben wurden (Lewinsohn & Graf 1973; Lewinsohn & Libet 1972; Mac Phillamy & Lewinsohn 1982). Der PES listet 320 Aktivitäten auf. Die Patienten werden dazu jeweils gebeten, die Häufigkeit anzugeben und den Grad, zu dem die Aktivität »angenehm, erfreulich oder belohnend« war.

Lewinsohns Arbeit hat BA, so wie es in diesem Buch beschrieben wird, maßgeblich beeinflusst. Seine Forschung sowohl zum behavioralen Modell der Depression als auch zu behavioralen Interventionen begründet das Fundament, auf dem der aktuelle BA-Ansatz aufgebaut ist. Ganz besonders hat Lewinsohn die Wichtigkeit des Verständnisses verstärkender Kontingenzen betont. Wir legen deshalb großen Wert darauf, dass das Erstellen eines Behandlungsplans und die Definition von Behandlungszielen auf Verhaltensbeobachtung und Verhaltensanalyse aufbauen muss. BA will den Patienten dabei unterstützen, in einer Art und Weise aktiv zu werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führt, dass sein Verhalten positiv verstärkt wird. Lewinsohn betonte auch die Rolle negativer Verstärkung. Wir unterstützen deshalb Patienten, aktiv zu werden und Probleme zu lösen, um ein anregenderes Leben zu führen, auch wenn sie sich gerade inmitten negativer Emotionen befinden. Lewinsohns Verständnis der übermäßigen Ausrichtung depressiver Patienten auf sich selbst liegt unserem Umgang mit Grübelprozessen zugrunde. Nicht zuletzt sind Techniken, die er praktisch verwendet

hat, wie Aktivitätsprotokolle und Planung aktueller Aktivitäten, Kernbereiche der Anwendung und Durchführung von BA.

## Lynn P. Rehm

Rehms Modell der Depression beinhaltet Komponenten, die als eher kognitiv aufgefasst werden können, wie z. B. selektive Aufmerksamkeit auf negative Ereignisse (Fuchs & Rehm 1977). Dennoch ist es in seinem Schwerpunkt behavioral ausgerichtet. Rehm betonte die Bedeutung von Verstärkung bei Depression und schlug ein Selbststeuerungsmodell der Entstehung und Behandlung von Depression vor. Rehms Modell verwendet Kanfers Definition der Selbststeuerung als die »Prozesse, bei denen eine Person die Wahrscheinlichkeit eines Verhaltens verändert, und zwar auch bei Fehlen einer direkten externen Unterstützung« (Rehm 1977, S. 790). Das Selbststeuerungsmodell geht von einer Feedback-Schleife bestehend aus Selbst-Beobachtung, Selbst-Bewertung und Selbst-Verstärkung aus. Ein Beispiel: Selbst-Beobachtung: Eine Studentin führt Buch über ihre Noten. Selbst-Bewertung: Sie vergleicht den Mittelwert ihrer Leistung mit ihrem inneren Anspruch. Die Studentin stellt beispielsweise fest, dass ihr Notenschnitt bei 3,0 liegt. Sie bewertet dies als Versagen, da ihr Standard bei 2,0 liegt. Normalerweise belohnt sie sich bei einer 2,0, indem sie sich ein Album ihrer Lieblingsband aus dem Internet herunterlädt. Bei 3,0 belohnt sie sich nicht auf gleiche Weise. Vergleiche des eigenen Verhaltens mit Standards basieren auf einer internalen Attribution der Ursache, sprich »Ich habe nicht hart genug gearbeitet.« Um Selbststeuerung auszuüben, ist ein Bewusstsein der Möglichkeit der Steuerung des eigenen Verhaltens erforderlich, sprich »Ich kann das noch besser.« Des Weiteren muss man in der Lage sein, sich selbst für Verhalten zu verstärken, das nicht unmittelbar zu den belohnenden Konsequenzen führt. Die Studentin belohnt sich für ihre Noten kurzfristig mit einem Musikdownload. Dabei liegt die natürliche Belohnung in den langfristigen Konsequenzen von guten Noten nämlich darin, dass sie ihre Chancen auf späteren Erfolg erhöht.

In Rehms Modell wird Depression als Defizit im Bereich der Selbststeuerung betrachtet. Spezifisch meint dies (1) selektive Aufmerksamkeit auf negative Ereignisse, (2) selektives Beobachten von unmittelbaren, im Gegensatz zu verzögerten Verhaltenskonsequenzen, (3) Anwendung strenger Kriterien in der Selbstbewertung, (4) ungenaue Attribution von Verantwortlichkeiten und Steuerungsmöglichkeiten, (5) mangelhafte Selbstbelohnung und (6) übermäßige Selbstbestrafung (Rehm 1977, S. 795). Depressive haben eine selektive Aufmerksamkeit für negatives Feedback. Ihr Verhalten führt zu unmittelbarer (negativer) Verstärkung, zu Lasten wichtiger, aber verzögerter positiver Verstärkung. Wenn Menschen depressiv sind, machen sie externe Kausalattributionen. Sie setzen strenge Standards in der Selbstbewertung. Ein letzter Punkt des Selbststeuerungsmodells der Depression ist, dass eine niedrige Häufigkeit von Selbstverstärkung einer hohen Häufigkeit von Selbstbestrafung gegenübersteht. Der depressive Patient ist besonders empfänglich gegenüber Stimmungsschwankungen, die durch äußere Ereignisse ausgelöst werden. Er hat Schwierigkeiten, selbst sein Verhalten zu ver-