

# **SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung**

## **Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift**

### **13 / 2003**

**Herausgegeben von:**

Univ.-Prof. Dr.Dr.Dr. **Hilarion G. Petzold**

Freie Universität Amsterdam, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf, Donau-Universität, Krems, Institut St. Denis, Paris

**In Verbindung mit:**

Univ.-Prof. Dr. phil. **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

**Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märten**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a.M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Alexander Rauber**, Fachhochschule Bern

Dr.phil. **Brigitte Schigl**, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

[www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision)

## **Kausalattribution und Kontrollüberzeugungen und deren Bedeutung für die Supervision**

Hans-Christoph Eichert<sup>1</sup>, Bonn, Hilarion G. Petzold<sup>2</sup>, Düsseldorf/Amsterdam

### **1. Einleitung**

### **2. Kausalität und Kontrolle**

#### 2.1. Kausalität und Kausalattribution

#### 2.2. Kontrolle und Kontrollattribution, Kontrollmeinung

### **3. Attributionstheorien und Kausalattribution**

#### 3.1. Attributionstheorie nach HEIDER

#### 3.2. Theorie der Kausalattribution nach KELLEY

<sup>1</sup> Aus dem Studiengang Supervision, Zentrum für IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University Amsterdam

<sup>2</sup> Betreuer: Univ.-Prof. Dr.mult. Hilarion G. Petzold

- 3.2.1. *Kovariationsprinzip: Attribution aufgrund mehrerer Beobachtungen*
- 3.2.2. *Konsensus, Distinktheit, Konsistenz*
- 3.2.3. *Konfigurationsprinzip: Attribution aufgrund einer einzelnen Beobachtung*
- 3.2.4. *Kritik am Attributionsmodell von KELLEY*

### 3.3. Dimensionen der Kausalattribution

- 3.3.1. *Internalität*
- 3.3.2. *Stabilität und Kontrollierbarkeit*
- 3.3.3. *Spezifität und Globalität*
- 3.3.4. *Sonstige Dimensionen*

### 3.4. Attributionsprinzipien und Attributionsfehler

- 3.4.1. *Einschränkungsprinzip und Proportionalitätsprinzip*
- 3.4.2. *Primacy-Prinzip, Recency-Prinzip, Auffälligkeitsprinzip*
- 3.4.3. *Konsensprinzip und soziale Abhängigkeit*
- 3.4.4. *Korrespondenzverzerrung (fundamentaler Attributionsfehler)*
- 3.4.5. *Selbstwertsteigerung durch Attribution und gruppenspezifische Verzerrungen*
- 3.4.6. *Freiwilligkeitsprinzip: Personenattribution bei wahrgenommenen Handlungsalternativen*
- 3.4.7. *Erwartungseffekt*

### 3.5. Attributionsprozess

## **4. Kontrolle, erlernte Hilflosigkeit und Attributionsstile**

- 4.1. Theorie der Erlernte Hilflosigkeit - Ursprüngliche Fassung
- 4.2. Attributionstheoretische Umformulierung der Theorie
- 4.3. Attributionsstile

## **5. Attribution und Supervision**

- 5.1. Lebenswelt und Attributionstendenzen
- 5.2. Krankheitsverursachung und Krankheitsbewältigung
- 5.3. Institutionelle Rahmenbedingungen und professionelle Attributionsmuster
- 5.4. Attribution und Mehrperspektivität

## **6. Abschliessende Bemerkungen**

## **7. Literatur**

## 1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Attributionstheorien und ihrer Relevanz für die Supervision.

Nach einer Klärung grundlegender Begrifflichkeiten wird zunächst die Entwicklung der Attributionstheorien dargestellt. Zentrale Theorien sind hierbei die Attributionstheorie von HEIDER sowie deren Weiterentwicklung, die Theorie der Kausalattribution von KELLEY. Die in der darauf bezogenen attributionstheoretischen Forschung untersuchten Attributionsdimensionen und Attributionsprinzipien werden anschliessend in den wichtigsten Zügen dargestellt.

Die Kehrseite und Folge der Kausalattribution ist die Kontrollüberzeugung, die unter dem Aspekt der *Theorie der Erlernten Hilflosigkeit* von SELIGMAN e.a. eingeführt wird, wobei in unserem Zusammenhang vor allem die attributionstheoretisch reformulierte Theorie relevant ist. Diese spielt im klinischen Bereich, insbesondere der Depressionsforschung und der Erforschung von Attributionsstilen, eine wichtige Rolle.

Auf Supervision im klinischen Bereich bezieht sich schließlich auch der letzte Teil dieser Arbeit. Zunächst wird die grundlegende Bedeutung von Attributionen und deren lebensgeschichtliche Entwicklung auf dem Hintergrund von Lebensweltkonzepten konkretisiert. Exemplarisch wird dann die Relevanz von Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen auf verschiedenen supervisorischen Ebenen dargestellt.

Auf den PatientenInnenebene geht es um die Bedeutung von Attributionen in Zusammenhang mit Krankheitsverursachung und Krankheitsverarbeitung.

Auf der SupervisandenInnenebene geht es um die Bedeutung von institutionellen Settings und „professionellen“ Attributionsmustern.

Auf der SupervisorenInnenebene schließlich wird die Bedeutung mehrperspektivischer Sichtweisen in Hinblick auf Attributionstendenzen und Wirksamkeitsüberzeugungen und deren Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen dargestellt.

## 2. Kausalität und Kontrolle

### 2.1. Kausalität und Kausalattribution

Kausalität bezeichnet eine objektive Wirkung einer Ursache in der Vergangenheit, die zu einem beobachteten Ergebnis in der Gegenwart führt. Da Kausalität jedoch nicht an sich beobachtbar ist, muß sie erschlossen werden, bzw. zugeordnet, „attribuiert“ werden; es wird eine Attribution vorgenommen.

Die Kausalattribution (als Sonderform der Attribution) ist somit die subjektiv wahrgenommene (zugeordnete) Wirkung einer Ursache in der Vergangenheit, die zu einem beobachteten Ergebnis in der Gegenwart führt.

## 2.2. Kontrolle und Kontrollattribution, Kontrollmeinung

Ähnlich ist das Verhältnis von Kontrolle und Kontrollattribution zu verstehen. Von Kontrolle spricht man, wenn Kontrolle die (objektive) Ursache einer Wirkung in der Zukunft ist.

Unter Kontrollattribution versteht man die subjektive wahrgenommene (zugeordnete) Unterstellung von Kontrolle als Ursache, die zu einer möglichen Wirkung (i.S. eines beobachtbaren Ergebnisses) in der Zukunft führt.

## 3. Attributionstheorien und Kausalattribution

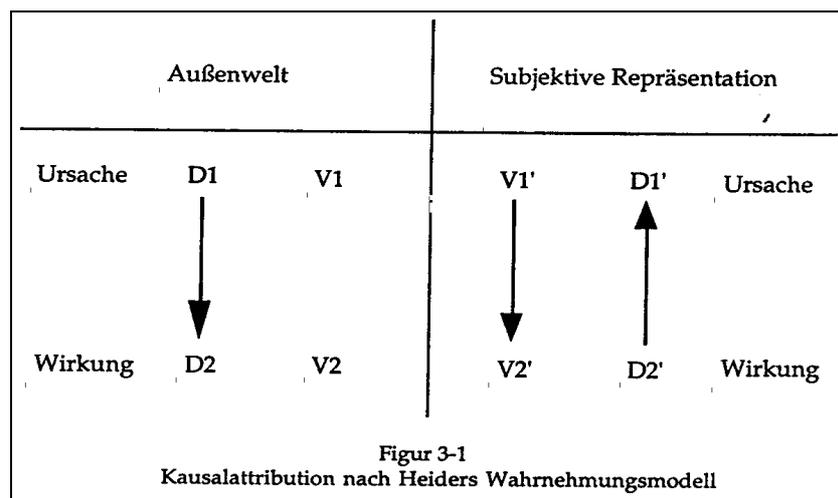
Attributionstheorien befassen sich mit Verhaltensklärungen von Laien („Naiver Wissenschaftler“ von HEIDER).

In diesem Zusammenhang sind wichtig

- die Art und Weise, wie Menschen Ereignisse erklären,
- wann und warum Menschen Attributionen vornehmen,
- welche Informationen Menschen für Attributionen heranziehen und
- ob es systematische Attributionsverzerrungen gibt.

### 3.1. Attributionstheorie nach HEIDER

HEIDER geht von einem Verständnis von Wahrnehmung aus, das auf der „stufenweisen Rekonstruktion der Dinge“ aufbaut. Demnach haben wir nur mit Ausläufern der Dingwelt Kontakt (proximale Reize). Im Wahrnehmungssystem werden diese Reize aufgenommen und führen zur Rekonstruktion im Sinne einer mentalen Repräsentation.



aus: FLAMMER 1990 S.37

Bei der Wahrnehmung von Kausalität geht Heider davon aus, daß die Kausalrichtung bei der reznahen Stufe der Repräsentation der Kausalrichtung in der Außenwelt entspricht. Bei der mentalen Repräsentation wird jedoch häufig zunächst die Wirkung identifiziert und dazu in

einem weiteren Schritt die Ursache festgestellt. An diesem Punkt setzen Attributionsprozesse ein.

Nach Heider sind vor allem zwei Schemata bei der Attribution relevant.

Zum einen konstituieren nach HEIDER Person und ihre Handlung eine Kausaleinheit: Wird eine Person als gut bewertet, so wird auch ihre Handlung als gut bewertet (e.v.v.).

Zum zweiten werden Handlungen und Handlungsprodukte nach HEIDER von den Eigenschaften einer Person, der sie zugeschrieben werden, gefärbt: Ein Scherz einer Person, die als albern gilt, gilt als albern.

Mit seinen grundlegenden Untersuchungen zur Attributionsforschung hat HEIDER insbesondere die Unterscheidung von internen (*intentionale Personenattribution*) und externen (*Umständeattribution*) Attributionen begründet. Darüberhinaus hat er schon früh darauf hingewiesen, daß Wahrnehmende dazu neigen, situative Faktoren bei der Attribution stark zu unterschätzen (später „fundamentaler Attributionsfehler“ s.o.).

### 3.2. Theorie der Kausalattribution nach KELLEY

KELLEY entwickelte mit seiner Attributionstheorie HEIDERs Ansatz weiter. In ihr geht es insbesondere um die Entstehung und Funktionalität von Attributionsmustern bezüglich von Handlungen von Personen. Es handelt sich um ein Modell der relationalen Bedingtheit von Attributionen: Attributionen entstehen durch den Vergleich von Personen, Wahrnehmungsereignissen und Objekten, die sich auf die gleiche Handlung beziehen.

#### 3.2.1. Kovariationsprinzip: Attribution aufgrund mehrerer Beobachtungen

KELLEY geht davon aus, daß Menschen beim Attributionsprozess im Sinne eines faktoriellen varianzanalytischen Versuchsplans vorgehen. Bei der Zuschreibung von Ursachen zu Effekten gilt demnach das Prinzip der Kovarianz: „Der Effekt wird derjenigen Bedingung zugeschrieben, die vorhanden ist, wenn der Effekt vorhanden ist, und die abwesend ist, wenn der Effekt abwesend ist.“

Als wesentliche *Variationsdimensionen* von Kausalattributionen nimmt KELLEY an:

- die beobachtete handelnde Person (P)
- Objekte und Personen, auf die die betroffene Person reagiert (O)
- Umstände oder Zeitpunkte (U)

### 3.2.2. Konsensus, Distinktheit, Konsistenz

Diese möglichen Ursachen können überprüft werden über den Vergleich

- mehrerer Personen (handeln alle ähnlich ?),
- mehrerer Umstände/Zeitpunkte (tritt die Handlung zu unterschiedlichen Zeitpunkten auf ?)
- verschiedener Objekte/Personen (tritt die Handlung auch gegenüber anderen Objekten/Personen auf ?)

Daraus ergeben sich Konsensusinformationen, Distinktheitsinformationen und Konsistenzinformationen. Im Modell wird davon ausgegangen, daß die Dimensionen jeweils eine hohe und eine geringe Ausprägung haben.

Bei hohem Konsensus verhalten sich viele Personen gegenüber dem Objekt ähnlich, bei niedrigem Konsensus wenige.

Hohe Distinktheit bedeutet, daß die Person sich nur wenigen Objekten gegenüber ähnlich verhält. Niedrige Distinktheit ist gegeben, wenn die Person sich gegenüber vielen Objekten ähnlich verhält.

Wenn die Person verhält sich gegenüber dem Objekt auch zu anderen Zeitpunkten/Umständen ähnlich verhält, ist hohe Konsistenz gegeben. Niedrige Konsistenz besteht dagegen, wenn die Person sich gegenüber dem Objekt zu anderen Zeitpunkten/Umständen nicht ähnlich verhält.

Durch die Kombination der unterschiedlichen Ausprägungen der Dimensionen ergeben sich theoretisch acht Informationskombinationen, wobei insbesondere die folgenden Muster relevant sind:

	Konsensus	Distinktheit	Konsistenz	Attribution
GGH	gering	gering	hoch	Handelnde Person
HHH	hoch	hoch	hoch	Objekt/Person
GHG	gering	hoch	gering	Umstände/Zeitpunkt

Auf die *handelnde Person* wird attribuiert, wenn sich die Person gegenüber vielen Objektpersonen entsprechend verhält (geringe Distinktheit), das auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten (hohe Konsistenz) aber im Unterschied zu anderen Personen (geringer Konsensus).

Eine *Stimulusattribution* wird vorgenommen, wenn sich viele Personen (hoher Konsensus) einem bestimmten Stimulus gegenüber (hohe Konsistenz) gleich verhalten, aber nicht gegenüber anderen Stimuli (hohe Distinktheit).

Eine *Attribution auf Zeitpunkt oder Umstände* wird schließlich vorgenommen, wenn sich eine Person gegenüber einem Stimulus nur zu einem bestimmten Zeitpunkt entsprechend verhält (geringe Konsistenz), sich aber anderen Stimuli gegenüber nicht entsprechend verhält (hohe Distinktheit) und andere Personen sich nicht in ähnlicher Weise verhalten (geringer Konsensus).

### 3.2.3. Konfigurationsprinzip: Attribution aufgrund einer einzelnen Beobachtung

Da nicht immer umfassende Informationen für alle Variationsdimensionen zur Verfügung stehen, sind Menschen auf sog. kausale Schemata oder Ergänzungsschemata angewiesen. ORVIS, CUNNINGHAM und KELLEY konnten 1975 zeigen, daß minimale Informationen genügen, um entsprechend der Ergänzungsschemata auf die o.g. Kovariationskonstellationen zu attribuieren.

Ein einfaches Kausalschema ist das *Schema multipler hinreichender Ursachen*: Demnach kann von verschiedenen möglichen Ursachen jede für sich einen bestimmten Effekt hervorrufen. Anhand des Abwertungsprinzips bzw. des Aufwertungsprinzips werden einzelne mögliche Ursachen auf- bzw. abgewertet. Zusätzliche mögliche Ursachen werden abgewertet, wenn bereits eine hinreichend plausible Erklärung vorliegt. Tritt ein Effekt aber unter erschwerten Bedingungen auf, führt das eher zu Aufwertung weiterer Ursachen.

Das Schema der *multiplen notwendigen Ursachen* wird aktiviert, wenn ein außergewöhnlicher bzw. extremer Effekt vorliegt. Nach diesem Schema müssen dann mehrere Ursachen gleichzeitig wirken.

Kausalschemata sind allgemeine bereichsunabhängige faustregelartige Vorstellungen über Ursachen-Wirkungszusammenhänge, die es ermöglichen auch anhand von unvollständigen Informationen schnell komplexe Schlußfolgerungen vorzunehmen.

### 3.2.4. Kritik am Attributionsmodell von KELLEY

Kritisch eingewendet wurde vor allem, daß das Kovariationsprinzip nicht alltagstauglich sei, da es zu komplex und zu umfangreich sei, als daß man damit schnelle Annahmen über Kausalzusammenhänge generieren könnte.

HILTON und SLUGOSKI (1986) stellten dem Kovariationsmodell das sog. „*Abnormal Conditions Focus Model (ACF)*“ entgegen. Demnach wird von vielen potentiellen Ursachen diejenige ausgewählt, die verglichen mit dem Hintergrund des Zielereignisses abnormal ist. Demnach lassen niedrige Konsensusinformationen die Zielperson abnormal erscheinen, hohe Distinktheit lassen den Stimulus abnormal erscheinen und niedrige Konsistenz lassen die Umstände abnormal erscheinen.

FIEDLER kritisiert, daß einerseits die Existenz und Funktionsweise von Kausalschemata bislang nicht nachgewiesen wurde. Zum anderen hält er die Konzeption der Schemata für zu abstrakt.

### 3.3. Dimensionen der Kausalattribution

Außer den bereits erwähnten Attributionsdimensionen, die KELLEY eingehender untersucht hat, sind inzwischen eine Reihe weiterer Attributionsdimensionen untersucht worden.

### 3.3.1. Internalität

Die Dimension der Internalität/Externalität von Ursachen geht auf HEIDER zurück, und wurde von ROTTER bezüglich der Kontrollattribution übernommen. Interne Attribution von Erfolg zielt auf Fähigkeiten bzw. Anstrengung, externe Attribution zielt auf geringe Aufgabenschwierigkeit, Hilfe anderer oder Glück. Die Unterscheidung ist implizit bereits bei KELLEY enthalten (handelnde Person vs. Objekt und Umstände)

### 3.3.2. Stabilität und Kontrollierbarkeit

Die Stabilitätsdimension geht ebenfalls auf HEIDER zurück. Gemeint ist damit die Dauerhaftigkeit von Ursachen: Fähigkeit und Aufgabenschwierigkeit sind im Vergleich zu Anstrengung und Zufall eher stabile Dimensionen. Zusammen mit der Internalitätsdimension entsteht das Vierfelderschema der Kausalattribution von WEINER, das einen hohen heuristischen Wert hatte und Grundlage für eine Vielzahl von Arbeiten wurde.

Die Unterscheidung hinsichtlich der Kontrollierbarkeit von Ursachen als Kausalattribution stammt ursprünglich von ROSENBAUM und wurde später von WEINER aufgegriffen. Nach dieser Dimension können Ursachen nach ihrer Kontrollierbarkeit unterschieden werden: Nicht kontrollierbar sind z.B. Fähigkeiten, Zufall oder Müdigkeit, kontrollierbar ist dagegen die eigene Anstrengung bzw. die Aufgabenschwierigkeit. PERRIG-CIELLO halten diese Dimension für aussagekräftiger als die Stabilitätsdimension und setzen sie in ihrem Vierfelderschema deren Stelle.

### 3.3.3. Spezifität und Globalität

Die Dimension der Globalität unterscheidet Ursachen, die nur für einen kleinen Wirkungsbereich verantwortlich (spezifisch) sind von Ursachen, die für einen einen umfassenden Wirkungsbereich (global) verantwortlich sind. Diese Dimension, die von ABRAMSON, SELIGMAN und TEASDALE 1978 beschrieben wurde, spielt bei der Forschung zur „Erlernten Hilflosigkeit“ eine wichtige Rolle (s.u.).

### 3.3.4. Sonstige Dimensionen

Die Proximalität bzw. Distalität von Ursachen bezieht sich auf die „Unmittelbarkeit“ von Ursachen (FÖRSTERLING 1986).

Ebenfalls von FÖRSTERLING stammt die Unterscheidung hinsichtlich monokausaler und multikausaler Ursachenzuschreibung.

In einer breit angelegten Untersuchung zu Attributionsfaktoren fanden DEJONG, KOOMEN und MELLEBERG 1986 heraus, daß neben Internalität und Stabilität auch der Faktor Entschuldbarkeit (der dem Faktor Kontrollierbarkeit aber sehr nahekommt) eine wichtige Rolle

spielt. Letztlich wird hier die ursprüngliche Unterscheidung anhand von drei Attributionsdimensionen nach WEINER bestätigt: Internalität - Stabilität - Kontrollierbarkeit.

### 3.4. Attributionsprinzipien und Attributionsfehler

Verschiedene Untersuchungsergebnisse zeigen nach WEINER (1985), daß Attributionsprozesse insbesondere durch unerwartete Ereignisse und durch das Nicht-Erreichen von Zielen ausgelöst werden (KAHNEMANN, TVERSKY, 19982; LAU, RUSSELL, 1980; BETTMAN, WEITZ, 1983; STATON, 1984; PYSZYNSKI, GREENBERG, 1981).

Darüberhinaus werden Attributionsaktivitäten durch Kontrollverlust (LIU, STEELE, 1986), durch verschiedene negative Emotionen wie Traurigkeit und Ärger (KELTNER; ELLSWORTH und EDWARDS, 1993) sowie durch Gesprächskontexte (HILTON 1990) ausgelöst.

Wie oben bereits erwähnt unterliegen Attributionsprozesse verschiedenen Vereinfachungsprinzipien und damit auch systematischen Fehlern und Verzerrungen. Im folgenden werden einige zentrale Fehler und Verzerrungen dargestellt.

#### 3.4.1. Einschränkungsprinzip und Proportionalitätsprinzip

Bei dem Einschränkungsprinzip und dem Proportionalitätsprinzip handelt es sich um „ökonomische“ Attributionsprinzipien.

Nach dem Einschränkungsprinzip verlaufen Attributionen so ökonomisch wie möglich. Demnach enden Attributionsprozesse sobald ein „überzeugender Grund“ für eine Handlung vorliegt. Dieses Prinzip erlaubt zwar keine Vorhersage darüber, welche Ursache letztlich beibehalten wird, erklärt aber Manipulationsmöglichkeiten: Wird eine überzeugende Erklärung angeboten, sucht man in der Regel keine weiteren Erklärungen.

Nach dem Proportionalitätsprinzip von Ursache und Wirkung müssen die Ursachen im proportionalen Verhältnis zu den erzielten (beobachteten) Wirkungen stehen. Für große Ereignisse werden in der Regel große Ursachen attribuiert. Dieses Prinzip widerspricht in gewissem Sinne dem Sprichwort, daß auch kleine Ursachen große Wirkungen haben können.

#### 3.4.2. Primacy-Prinzip, Recency-Prinzip, Auffälligkeitsprinzip

Nach dem Primacy-Prinzip werden die ersten Eindrücke als Basis für die Verarbeitung weiterer Ereignisse genutzt. In Untersuchungen zu diesem Prinzip wurden allerdings auch Recency-Effekte gefunden, wonach die zuletzt dargebotene Information bedeutsamer für den Attributionsprozess wurde.

In gewisser Weise die Auflösung des Primacy - Recency - Dilemmas ist das Auffälligkeitprinzip nach DUVAL, WICKLUND (1972) und McARTHUR, POST (1977). Nach diesem Prinzip werden die Ursachen vor allem solchen Faktoren zugeschrieben bzw. attribuiert, die die besondere Aufmerksamkeit der Wahrnehmung auf sich lenken.

Das Auffälligkeitsprinzip war bereits in HEIDERS Erklärung der phänomenalen Kausalität enthalten.

### 3.4.3. Konsensprinzip und soziale Abhängigkeit

Der Konsensuseffekt zielt darauf ab, daß die meisten Menschen denken, andere Menschen dächten und handelten wie sie selbst. Nach diesem Prinzip tendieren Menschen dazu, anderen Menschen ähnliche Motive zu unterstellen, die sie von sich selbst kennen. ROSS (1977) geht davon aus, daß diese Tendenz davon geprägt ist, daß die meisten Menschen eher Menschen aus ihrem eigenen Millieu kennen.

Die Wahrnehmung anderer Personen ist aber auch stark davon abhängig, inwieweit man von diesen Personen abhängig ist oder nicht. Personen werden mit steigender Abhängigkeit länger beobachtet und eher mit (sympathischen) Personeneigenschaften belegt. Bei statusmäßig höheren Personen werden Gefälligkeiten eher intern (gute Gesinnung, Absicht) attribuiert. Bei beliebten Personen werden Erfolge eher internal attribuiert, Mißerfolge eher external; bei nicht beliebten Personen ist dieses Verhältnis genau umgekehrt.

Im Milgramexperiment zeigte sich ebenfalls eine Tendenz dazu, bestrafendes Verhalten gegenüber abhängigen Personen mit deren „Faulheit“ zu begründen. Dabei wurden Begründungen übernommen, die von statusmäßig höherstehenden Personen angeboten wurden.

Gerade die Auswirkungen von sozialen Abhängigkeiten bezüglich möglicher Attributionstendenzen führt dazu, daß in beurteilenden Berufszweigen (Lehrerinnen, Therapeutinnen etc.) dagegen besondere Maßnahmen getroffen werden müssen, um Objektivität zu gewährleisten.

### 3.4.4. Korrespondenzverzerrung (fundamentaler Attributionsfehler)

Umfassend untersucht wurde der sog. fundamentale Attributionsfehler bzw. die Korrespondenzverzerrung.

In der ursprünglichen Form ist darunter die Tendenz zu verstehen, situative Einflüsse bei der Verhaltenskontrolle zu unterschätzen und anstatt dessen dispositionale Faktoren (Persönlichkeitsaspekte etc.) zu überschätzen.

Für die Korrespondenzverzerrung gibt es verschiedene Erklärungsansätze:

Ein *motivationaler Ansatz* erklärt die dispositionale Verzerrung damit, daß durch die Erklärung von Verhalten mit einer stabilen Disposition das Verhalten anderer Personen kontrollierbarer würde. (siehe hierzu auch die Theorie von der gerechten Welt)

*Kognitive Erklärungsansätze* gehen von den Wissensgrundlagen der Attribution aus. Demnach ist z.B. das Verhalten des Handelnden distinkter als die Situation (Salienzkonzept) oder anders ausgedrückt sind die Vergessensquoten für Situationsfaktoren bzw. Dispositionsfaktoren unterschiedlich.

Im *heuristischen Ansatz* von QUATTRONE wird davon ausgegangen, daß grundsätzlich zunächst dispositional attribuiert wird. Erst in einem weiteren Prozeß wird situativ korrigiert.

Hinsichtlich der Ausprägung und Entwicklung von Korrespondenzverzerrungen ergeben sich deutliche *kulturelle Unterschiede*. Während die Korrespondenzverzerrung in individualistischen Kulturen stark verbreitet ist, ist sie in eher kollektivistischen Kulturen deutlich weniger anzutreffen. Die Korrespondenzverzerrung spiegelt insofern auch eine „soziale Repräsentation“ wider.

Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Korrespondenzverzerrung ist schließlich, ob man selbst *Handelnder oder Beobachter* ist: Demnach tendieren die meisten Menschen dazu, sich selbst betreffend eher situative Faktoren verantwortlich zu machen. Bezüglich anderer Personen herrscht die Tendenz vor, auf dispositionale Faktoren zu attribuieren.

Zum einen läßt sich der Unterschied dadurch erklären, daß man über sich selbst mehr Informationen bezüglich der Verhaltensvariabilität in Situationen hat. Darüberhinaus ist die Fokussierung der Aufmerksamkeit wichtig. STORMS konnte in einem Experiment zeigen, daß die Attributionen von Handelndem und Beobachter sich je nach dargebotener Perspektive massiv verändern lassen konnten.

### 3.4.5. Selbstwertsteigerung durch Attribution und gruppendienliche Verzerrungen

Das Prinzip der „Selbstwertsteigerung durch Attribution“ geht davon aus, daß es auch bezüglich des eigenen Handelns Attributionsverzerrungen gibt. SNYDER e.a. (1976) zeigten, daß eigene Erfolge eher intern attribuiert werden (selbstwertsteigernde Verzerrung) während eigene Misserfolge eher extern attribuiert werden (selbstwertschützende Verzerrung). Diese Art der Attributionsverzerrung, die auch „Egotismus“ bzw. „self serving bias“ genannt wird, ist unabhängig von Selbstwertbeeinträchtigungen bei allen Menschen anzutreffen. Nach MILLER und ROSS (1975) gibt es jedoch nur Belege für die selbstwertsteigernde Verzerrungsvariante.

Selbstbehindernde Strategien erwähnt JONES (1990). Demnach manipulieren Menschen bestimmte Faktoren vor einem befürchteten Mißerfolg absichtlich (z.B. durch die Einnahme von Medikamenten), um selbstwertunterstützende Erklärungen für drohendes Versagen anbieten zu können.

Neben selbstwertdienlichen Verzerrungen spielen auch gruppendienliche Attributionsverzerrungen, die eigen-bzw. fremdgruppenbezogene Stereotype schützen, eine Rolle. Wie aus verschiedenen Untersuchungen von HEWSTONE e.a. hervorgeht, neigen Mitglieder verschiedener Gruppen (hier Ethnien) dazu, positives Verhalten von Mitgliedern der Eigengruppe intern, negatives Verhalten jedoch extern zu attribuieren. Umgekehrtes wurde bei der Beurteilung von Verhalten einer Fremdgruppe beobachtet. Zwar wurde dieses Muster nicht immer beobachtet, aber es scheint sehr verbreitet zu sein.

Eine *kognitive Erklärung* dieses Musters geht davon aus, daß von Fremdgruppenmitgliedern eher negatives Verhalten erwartet wird. Wenn dieses sich bestätigt, so ist die interne Attribution des Verhaltens scheinbar folgerichtig.

Von *motivationalen* Überlegungen aus gesehen besteht ein Bedürfnis, die eigene Gruppe positiv zu sehen, und dadurch den Selbstwert zu steigern. Intergruppenverzerrungen bei der Attribution sind in diesem Zusammenhang auch als Bestandteil der Suche einer stabilen sozialen Identität zu sehen. Attributionen können zur Entwicklung, Festigung und zum Schutz einer positiven sozialen Identität dienen.

#### 3.4.6. Freiwilligkeitprinzip: Personenattribution bei wahrgenommenen Handlungsalternativen

Nach dem Freiwilligkeitsprinzip (JONES, HARRIS 1967) werden Handlungen um so eher intern attribuiert, je mehr gleichwertige Handlungsalternativen bereitgestanden haben, desto höher also die (wahrgenommene) Handlungsfreiheit ist.

#### 3.4.7. Erwartungseffekt

Wie DEAUX (1976) in einem Experiment zeigen konnte, spielen bei der Attribution schließlich vorwissensabhängige Erwartungseffekte eine wichtige Rolle: „typische männliche“ Leistungen wurden in einem Beurteilungsexperiment, wenn sie von Männern erbracht waren, eher intern attribuiert, wenn sie von Frauen erbracht waren dagegen eher extern. Bei „typisch weiblichen“ Leistungen waren die Attributionen genau umgekehrt.

### 3.5. Attributionsprozess

Auf dem Hintergrund des Ansatzes der sozialen Kognition wurde mit indirekten Methoden insbesondere mit der Methode der Reaktionszeitmessung der Prozess der Attribution untersucht.

Hierbei wurde zunächst festgestellt, daß Einschätzungen von Absichten bzw. Persönlichkeitsmerkmalen offensichtlich spontan erfolgen und nicht längere Zeit in Anspruch nehmen, als für das Situationsverständnis. Sobald kausale Schlußfolgerungen gefragt waren, stieg die Reaktionszeit jedoch an (SMITH, MILLER 1983). Demnach vollzieht sich in der Verständnisphase lediglich ein einfacher Schluß auf Persönlichkeitsmerkmale ohne kausales Verständnis.

Aus diesen Erkenntnissen ergibt sich ein Drei-Phasen-Modell der Attribution (GILBERT, PELHAM, KRULL 1988), das zunächst grundsätzlich davon ausgeht, daß Attribution nicht automatisch abläuft.

In der sog. Identifikationsphase wird zunächst die Situation wahrgenommen.

Der eigentliche Attributionsprozess beginnt mit der automatischen dispositionalen Schlussfolgerung. Diese Phase verläuft automatisch ohne bewußte Überlegung und mit geringem Aufwand. Die oben bereits beschriebenen Tendenz, zunächst auf Persönlichkeitsmerkmale zu attribuieren, deckt sich mit dieser Annahme. Auch Ergebnisse zum Bereich der Korrespondenzverzerrung (s.o.) deuten in diese Richtung.

Erst in der Phase der situativen Korrektur folgen aufwändige Einschätzungs- und Abwägungsprozesse.

Bestätigt wurde dieses Modell in einer Untersuchung von GILBERT e.a. In dieser Untersuchung neigten Personen, die während einer Attributionsaufgabe abgelenkt waren, deutlich häufiger zu internen Zuschreibungen als Personen, die nicht abgelenkt waren. Letztere konnten eine situative Korrektur anbringen, was eher zu externen Attributionen führte.

#### **4. Kontrolle, erlernte Hilflosigkeit und Attributionsstile**

War bislang hauptsächlich vom Bereich der Kausalattribution die Rede, entsteht mit der Theorie der erlernten Hilflosigkeit von SELIGMAN e.a. eine Verbindung zum Bereich der Attribution zukünftiger Kontrolle, der Kontrollmeinungen.

Es geht also im folgenden nicht mehr um Überzeugungen hinsichtlich der Ursachen sondern um Überzeugungen hinsichtlich des Einflusses auf zukünftige Ereignisse.

##### **4.1. Theorie der Erlernte Hilflosigkeit - Ursprüngliche Fassung**

Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit ist in ihrer ursprünglichen Form lerntheoretisch formuliert.

Auf der Grundlage seines triadischen Versuchsplanes stellte SELIGMAN fest, daß Hunde, die zuvor einem Hilflosigkeitstraining (wiederholter Erfahrung von Nicht-Kontingenz) ausgeliefert waren, im Gegensatz zu Hunden, die ein Lerntraining absolviert hatten bzw. keiner Intervention ausgesetzt waren, in der anschließenden Testphase deutlich schlechter in der Lage waren, ein Vermeidungsverhalten zu lernen. In verschiedenen Untersuchungen konnten diese Ergebnisse auch an anderen Tieren und auch an Menschen, dort aber mit Begriffsbildungsaufgaben etc., repliziert werden.

Hilflosigkeit ist definiert als Folge der wiederholten Erfahrung von Nicht-Kontingenz zweier Ereignisse. Das Individuum entwickelt daraus eine Erwartung hinsichtlich zukünftiger Kontingenzen:

„Die Hilflosigkeit eines Individuums besteht nun darin, daß das Individuum eine (wirkliche oder vermeintliche) Nicht-Kontingenz zwischen Ereignis und eigenem Verhalten feststellt oder tatsächliche Kontingenz nicht feststellt.“ (FLAMMER1990, S.59 f.)

Die Hilflosigkeit ist also auf die Überzeugung gegründet, daß das Eintreten eines bestimmten Ereignisses unabhängig von eigenem Verhalten ist. Es entsteht das Gefühl von Nicht-Kontrolle.

Die Folgen von generalisierter Hilflosigkeit sind kognitiver, emotionaler und motivationaler Art.

In *kognitiver Hinsicht* bewirkt Hilflosigkeit die Unfähigkeit oder Behinderung der Fähigkeit, neue Zusammenhänge wahrzunehmen, die Lernfähigkeit wird eingeschränkt.

In *emotionaler Hinsicht* bewirkt Hilflosigkeit Furcht bis hin zu Resignation bzw. Depression. Je wichtiger der Bereich ist, desto stärker sind die emotionalen Folgen der Hilflosigkeit. Da

die Angst selbst Bewältigungskapazität benötigt, beeinträchtigt sie im Folgenden die Aufgabenlösung, verstärkt also die kognitiven Folgen der Hilflosigkeit. (MIKULINCER 1989)

In *motivationaler Hinsicht* führt Hilflosigkeit schließlich zur Passivität. Das sowieso keine Kontingenz erwartet wird, sind Anstrengungen sowieso nutzlos.

#### 4.2. Attributionstheoretische Umformulierung der Theorie

Die attributionstheoretische Neuformulierung der Theorie (ABRAMSON; SELIGMAN, TEASDALE 1978, ABRAMSON, GARBER, SELIGMAN 1980) nimmt Konzepte von Heider, Rotter und Weiner mit auf. Zwar waren schon im ursprünglichen Konzept kognitive Elemente Bestandteil der Theorie (kognitive Repräsentationen von Kontingenzen), diese Elemente wurden jetzt jedoch entsprechend der allgemeinen Erfahrung, daß kognitive Repräsentanzen nicht der Realität entsprechen müssen, um attributionstheoretische Annahmen erweitert.

Zwischen der Wahrnehmung von Nicht-Kontrolle und der Generalisierung treten komplexe Attributionsprozesse. Als wichtigsten Attributionsdimensionen wurden im Laufe der Zeit aufgenommen:

Internalität (persönliche - universelle Hilflosigkeit)  
Stabilität (chronische - vorübergehende Hilflosigkeit)  
Globalität (globale - spezifische Hilflosigkeit)

Darüberhinaus wird angenommen, daß Hilflosigkeit neben motivationalen, emotionalen und kognitiven Auswirkungen auch Auswirkungen auf das *Selbstwertgefühl* hat.

Persönliche Hilflosigkeit demnach im Gegensatz zu universeller Hilflosigkeit negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl.

Die Stabilitätsdimension sagt etwas aus über die Dauer der Hilflosigkeit. Stabile Attributionen führen zu chronischer Hilflosigkeit, bei labiler Attribution ist nur vorübergehende Hilflosigkeit zu erwarten.

Die Globalitätsdimension schließlich sagt etwas über die Bereichsspezifität von Hilflosigkeit aus. Bei spezifischer Attribution generalisiert die Hilflosigkeitserwartung auf weniger Bereiche als bei globaler Attribution.

Ebenfalls wichtige Dimensionen hinsichtlich der Auswirkungen von Hilflosigkeit sind die Einschätzung der grundsätzlichen Veränderbarkeit von Bedingungen (indirekte Kontrolle) sowie die Wichtigkeit des Zielbereichs. Insbesondere die Wichtigkeit des als unkontrollierbar erlebten Bereichs hat Auswirkungen auf das Ausmaß der Folgen der Hilflosigkeit. Unwichtige Bereiche weniger Auswirkungen als wichtige Bereiche.

Der Spezialfall der Hoffnungslosigkeit ist gegeben, wenn ein unangenehmes Ereignis *sicher auftritt* (oder ein angenehmes Ereignis sicher nicht auftritt), wenn die *Hilflosigkeit universell (extern), stabil und global* ist. Diese Attributionskonstellation wird mit Depression in Verbindung gebracht.

### 4.3. Attributionsstile

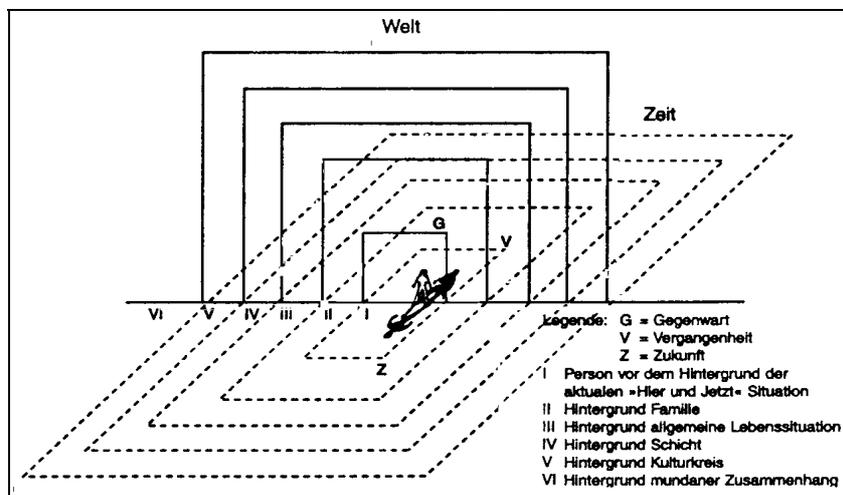
Entsprechend der individuellen Erfahrungen und aufgrund kognitiver Gewohnheiten bilden sich nach SELIGMAN Tendenzen bei Menschen heraus, verschiedenartige Ereignisse ähnlich zu erklären. Hieraus entstehen intraindividuell konsistente aber interindividuell unterschiedliche Attributionsstile. Als Dimensionen werden hierbei Internalität, Globalität und Stabilität angenommen.

In verschiedenen Untersuchungen konnten diese Stile nachgewiesen werden. Allerdings ist nur von einer mittleren intraindividuellen Generalisierbarkeit über verschiedene Lebensbereiche auszugehen.

## 5. Attribution und Supervision

### 5.1. Lebenswelt und Attributionstendenzen

Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen sind allgegenwärtige Phänomene. Sie können auf der *PatientenInnenebene* z.B. mitverursachend für Erkrankungen (z.B. Erlernete



Hilflosigkeit) sein. Auf der *SupervisandenInnenebene* spielen Attributionen in Form von Kausalvorstellungen impliziter oder expliziter Art über Erkrankungen eine Rolle. Im Kontext der Zusammenarbeit von KollegenInnen ist z.B. bedeutsam, wie Erfolg oder Mißerfolg selbst und von anderen attribuiert werden, und welche Verzerrungen hierbei eine Rolle spielen können (z.B. Gruppendienliche Verzerrungen im Hinblick auf therapeutische Richtungen etc.). Auch auf der *SupervisorenInnenebene* spielen komplexe Attributionsprozesse, die indirekt Auswirkungen auf die PatientenInnenebene Auswirkungen haben, eine wichtige Rolle.

Im folgenden möchte ich zunächst auf einige Faktoren eingehen, die für die Herausbildung von Attributionstendenzen und Kontrollüberzeugungen wichtig sind

aus: PETZOLD 1992a, S. 601

Der Rahmen für die Entstehung von Attributionsstilen und Attributionstendenzen ist immer der individuelle Hintergrund der attribuierenden Person.

Ausgehend von Lebensweltkonzepten (LEWIN, THOMAE, PETZOLD) leben Menschen im Kontext und Kontinuum ihrer biopsychosozialen Lebenswelt. Von dieser Welt sind sie geprägt und diese Welt prägen sie zugleich. Wenn man also Attributionstendenzen untersucht, so ist immer von den interaktiven Einflüssen zwischen Person und Umwelt im gesamten Lebenskontext auszugehen, d.h. Einflüsse auf die Entwicklung von Attributionstendenzen entspringen allen Ebenen. (vgl. PETZOLD 1992a, S.601 f.)

In Vergangenheit und Gegenwart haben *epochale Situationen, kulturellen Hintergründe, Schichtzugehörigkeiten, Gruppenzugehörigkeiten* (Berufsgruppen etc.) und *familiäre Hintergründe*, die sich in den *individuelle Erfahrungen der Person* bündeln (*kontinuierliche Erfahrungen und kritische Lebensereignisse*) Einfluss auf die Entwicklung von Attributionstendenzen, Kontrollüberzeugungen und die Einschätzung von Bewältigungsmöglichkeiten.

Die Möglichkeiten und Bedrohungen der Zukunft beeinflussen einerseits die Person auf allen Ebenen. Andererseits werden zukünftige Möglichkeiten und deren Einschätzung wesentlich durch Erfahrungen und Einflüsse der Vergangenheit mitbestimmt, die Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen bedingen.

Selbstverständlich spielen nicht alleine Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen für menschliches Handeln eine Rolle. Immer noch ist das materielle Vorhandensein bestimmter Möglichkeiten und Ressourcen wichtig und kann nicht durch Attributionsprozesse oder Kontrollüberzeugungen ersetzt werden. Wenn realer Nicht-Kontrolle (z.B. über stark schädigende Einflüsse oder über lebensnotwendige Ressourcen) eine kognitive Kontrollüberzeugung i.S. illusionärer Kontrolle gegenübersteht, entstehen pathogene Strukturen.

Im folgenden möchte ich exemplarisch einige Aspekte von Attributionen für verschiedene Ebenen der Supervision ausführen. Fragen der Attribution in *Zusammenhang mit Krankheit und Krankheitsverursachung* spielen auf der der PatientenInnenebene eine wichtige Rolle. Dabei geht es um „gewachsene“ Attributionsstile und um Überzeugungen hinsichtlich zukünftiger Selbstwirksamkeit (i.S. von Kontrolle).

Auf der SupervisandenInnenebene werden Einflüsse der institutionellen Rahmenbedingungen bzw. Einflüsse des professionellen Hintergrundes von TherapeutenInnen auf deren „professionelle“ Attributionsstile besprochen.

SupervisorenInnen müssen schließlich u.a. mit unterschiedlichen Attributionsprozessen auf unterschiedlichen Ebenen arbeiten. Eine ihrer wichtigsten Aufgaben ist die *Herstellung exzentrischer Positionen in Hinblick auf verschiedene Attributionen* und deren möglichen Verzerrungen.

## 5.2. Krankheitsverursachung und Krankheitsbewältigung

In unserem Zusammenhang besonders wichtig sind Annahmen von PatientenInnen, die im Zusammenhang mit Erkrankungen und deren Verarbeitung stehen. Attributionsstile und Attributionsmuster spielen sowohl bei der Krankheitsentstehung als auch bei der Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle.

Untersuchungen zur attributionstheoretisch umformulierten Theorie der erlernten Hilflosigkeit zeigen die Wichtigkeit von *Attributionsstilen*, die im Laufe der individuellen Geschichte erworben wurden, für die Genese bzw. Aufrechterhaltung von Erkrankungen. Depressive Erkrankungen sind oft zumindest mitbedingt durch intern-stabil-globale Attributionsmuster und werden dadurch auch aufrechterhalten. Ähnliche Zusammenhänge dürften sich für andere Erkrankungsgruppen (z.B. schizophrene Psychosen, psychosomatische Erkrankungen und insbesondere auch für Borderline-Erkrankungen) ergeben. Dabei ist davon auszugehen, daß diese Muster starken Verzerrungen unterliegen, und die Realität nur in Teilbereichen wieder spiegeln.

Bei Depressionen, aber auch bei anderen Erkrankungen, wird die Krankheitsbewältigung durch *Überzeugungen (Attributionen) über die Verursachung von Krankheiten* bei der Krankheitsbewältigung beeinflusst. Wer seine Erkrankung und deren Ursachen für nicht kontrollierbar hält, wird weniger Versuche unternehmen, diese zu beeinflussen.

Ähnliches gilt für die *Überzeugung von der Kontrollierbarkeit von Ressourcen*. Wer z.B. soziale Unterstützung für sich als nicht kontrollierbar betrachtet, wird weniger Anstrengungen machen, diese für sich einzufordern.

Bei Erkrankungen und deren Bewältigung spielen also nicht alleine objektive Faktoren und Möglichkeiten eine Rolle. Ebenso wichtig ist die Wahrnehmung dieser Faktoren sowie Überzeugungen über deren Ursachen (i.S. von Kausalattributionen) und Überzeugungen über deren Veränderbarkeit (i.S. von Kontrollierbarkeit), die aber mehr oder weniger nahe an der Realität liegen kann.

Ähnliches gilt im präventiven Bereich. Sowohl nach dem „*Health-Belief-Modell*“ als auch nach dem „*Schutzmotivationsmodell*“ sind einerseits Überzeugungen hinsichtlich der eigenen Bedrohung durch eine bestimmte Erkrankung, andererseits Überzeugungen hinsichtlich der persönlichen Wirksamkeit von Bewältigungsverhalten (Gesundheitsverhalten etc.) bedeutsam. Weder die objektive Bedrohung alleine noch die objektive Verfügbarkeit von Bewältigungsverhalten führen automatisch zu bestimmten Verhaltensweisen: Die Bedrohung muß wahrgenommen werden und als beeinflussbar attribuiert werden. Die Bewältigungsmöglichkeiten müssen wahrgenommen werden und als kontrollierbar (Selbstwirksamkeit) attribuiert werden.

Supervision hat in diesem Zusammenhang die Aufgabe, sowohl Kausalattributionen als auch Kontrollüberzeugungen zu überprüfen und ggfs. an die Realität, d.h. an tatsächliche Ursachenkomplexe bzw. tatsächliche Kontrollmöglichkeiten anzupassen.

### 5.3. Institutionelles Rahmenbedingungen und professionelle Attributionsmuster

Auf der Ebene der SupervisorInnen sind unter anderem die institutionellen Rahmenbedingungen bedeutsam. Es ist davon auszugehen, daß es für „professionelle“ Attributionsmuster relevant ist, in welchem institutionellen Rahmen die Arbeit stattfindet.

Ob die Arbeit im Rahmen einer psychotherapeutischen Praxis, einer ambulanten Beratungsstelle, eines Wohnheims, einer Tagesklinik, einer psychosomatischen Klinik oder einer (geschlossenen) Station einer psychiatrischen Klinik mit Aufnahmeverpflichtung stattfindet, macht vermutlich einen wichtigen Unterschied bezüglich der Einschätzung der eigenen therapeutischen Wirksamkeit.

Genauso wird die Zusammensetzung der PatientInnen eine wichtige Rolle spielen: Die langfristige Arbeit mit schwer depressiven PatientInnen führt mit Sicherheit zu anderen Überzeugungen hinsichtlich der eigenen therapeutischen Wirksamkeit und der therapeutischen Wirksamkeit überhaupt als die Arbeit mit PatientInnen mit Angsterkrankungen. (vgl. WOLFERSDORF e.a.1998)

Ebenso scheint mir die professionelle Ausrichtung des Teams und seine Zusammensetzung und Zusammenarbeitsstruktur bedeutend für die Ausrichtung „professioneller“ Attributionsmuster. Psychoanalytische Konzepte implizieren bedeutend weniger Beeinflussbarkeit von Erkrankungen als z.B. verhaltenstherapeutische Konzepte. Klassisch medizinisch-psychiatrische Krankheitsvorstellungen legen in erster Linie medikamentöse Behandlungen nahe, während gemeindepsychiatrische Konzepte eher auch soziale Beeinflussbarkeit mit einbeziehen, was letztlich die Möglichkeiten erweitert und damit vermutlich auch die Einschätzung der therapeutischen Beeinflussbarkeit vergrößert. Multiprofessionell zusammengesetzte Teams verfügen tendenziell über ein vielfältiges Zugangsspektrum, was wahrscheinlich auch zu anderen und breiteren Einschätzungen der therapeutischen Wirksamkeit führt. Nicht zuletzt spielt die interne Kooperation eine wichtige Rolle: Autoritäre Strukturen dürften nicht gerade die eigene Kompetenz- und Wirksamkeitseinschätzung unterstützen.

Im Rahmen therapeutischer Arbeit mit Menschen, die oft an einem Punkt der Perspektivlosigkeit sind, ist die gemeinsame Gewinnung neuer Perspektiven ein wichtiges Anliegen. Wie Untersuchungen zur Korrespondenzverzerrung nahelegen, bestehen zwischen Handelndem (in unserem Falle PatientIn) und Beobachter (in unserem Falle TherapeutIn) Unterschiede hinsichtlich der Ursachenattribution. Geht man davon aus, daß bei PatientInnen sowohl krankheitsbedingende als auch krankheitsbedingte systematische Attributionsverzerrungen (hier durchaus auch zu verstehen als maligne Narrative) bestehen, so ist es naheliegend, daß diese durch neue Perspektiven der TherapeutenInnen beeinflusst werden können.

Für die therapeutische Arbeit ist in diesem Zusammenhang wichtig, daß durch die o.g. Rahmenbedingungen der Arbeit nicht ebenfalls Hilflosigkeitsszenarios entwickelt werden. Diese Gefahr besteht umso mehr, je mehr Expertenmacht entsteht, desto weniger PatientInnen oder KlientInnen vom Konzept her Herr oder Frau über ihre Behandlung sind. Insbesondere in klassisch-medizinisch-psychiatrischen und psychoanalytisch orientierten Einrichtungen dürfte die Gefahr groß sein. Allerdings ist die professionelle Ausrichtung nicht allein ausschlaggebend: Auch durchaus „moderne“ multiprofessionelle, integrativ ausgerichtete Einrichtungen können durch die Einrichtungsstruktur und den Umgang mit PatientInnenrechten eher Hilflosigkeitsszenarios entwickeln.

#### 5.4. Attribution und Mehrperspektivität

Überzeugungen hinsichtlich der Verursachung von Zuständen (z.B. Erkrankungen) und Überzeugungen hinsichtlich der Wirksamkeit des eigenen Handelns sind wesentlich für zukünftiges Handeln und dessen Wirksamkeit. Diese Aussage trifft auf alle Ebenen (PatientInnen, SupervisandenInnen, SupervisorenInnen) zu.

Deshalb ist es eine wichtige Aufgabe von SupervisorenInnen, Attributionstendenzen und -stile, die für die den therapeutischen Prozess relevant sind, auf verschiedenen Ebenen zu identifizieren und handhabbar zu machen. Dabei geht es weniger darum, Attributionstendenzen quasi abzuschaffen, dies wird nicht möglich sein. Ziel ist es vielmehr, ihre Interaktionen und Resonanzen auf den verschiedenen Ebenen deutlich zu machen, ihre Wirkungsweise zu klären und dort, wo die Tendenzen dysfunktional sind (d.h. wo der Abstand zur Realität zu groß ist), für eine Überprüfung (i.S. einer Realitätsprüfung) zu ermöglichen.

Dysfunktionale Attributionsmuster und deren Resonanzen können aus unterschiedlichen Ebenen kommen. So können zum Beispiel gerade depressive PatientInnen erheblichen Einfluss auf therapeutische Teams im Sinne von Hoffnungslosigkeitsresonanzen haben. Durch diese Form der Resonanz wird, sofern sie unbeachtet bleibt, Veränderung im Sinne des therapeutischen Einflusses auf depressive Attributionstile erschwert.

Aspekte der professionellen Ausrichtung sowie strukturelle Aspekte der Institution können ihrerseits Einflüsse auf die Wirksamkeit therapeutischer Arbeit mit den Patienten haben. Wenn z.B. psychische Erkrankungen grundsätzlich für wenig beeinflussbar gehalten werden, so liegen die Schwerpunkte der Arbeit u.U. in erster Linie in der Bewältigung von Krankheitsfolgen. Diese Sicht hat natürlich auch Auswirkungen auf die betroffenen PatientInnen, denn sie werden dadurch zu „hoffnungslosen Fällen“.

Die wesentliche Beeinflussungsmöglichkeit durch Supervision besteht m.E. in der Verdeutlichung unterschiedlicher Sichtweisen und Perspektiven auf verschiedenen Ebenen und den daraus resultierenden unterschiedlichen Attributionen und deren Resonanzen auf den verschiedenen Ebenen.

Damit ist auf der SupervisorenInnenebene die Fähigkeit zu einer mehrperspektivischen Sichtweise wichtig. Um unterschiedliche Sichtweisen therapeutischer Situationen und die in ihnen wirksamen Attributionen deutlich machen zu können, ist es für SupervisorenInnen wichtig, mit verschiedenen theoretischen, institutionellen und strukturellen „Brillen“ von verschiedenen Ebenen (PatientInnen, SupervisandenInnen) aus schauen zu können. Hierdurch kann Supervision zu einem echten „Kontrollfaktor“ im Sinne einer Verbreiterung von therapeutischer Wirksamkeit werden.

Supervision kann aber dann sehr schnell kontraproduktiv werden, wenn SupervisandenInnen und SupervisorenInnen aus der gleichen theoretischen Richtung und möglicherweise auch noch mit ähnlichem institutionellen Erfahrungshintergrund wie die SupervisandenInnen kommen. Denn damit wird die Möglichkeit einer neuen Perspektive, wie sie durch einen externen Supervisor zumindest grundsätzlich angelegt wäre, wieder relativiert.

#### 6. Abschließende Bemerkungen

Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen sind wesentliche Faktoren für menschliches Handeln. Sie stellen Überzeugungen hinsichtlich der Verursachung von Zuständen bzw. Überzeugungen über die Verursachbarkeit von Zuständen dar. Sie lassen sich anhand verschiedener Dimensionen einordnen und unterliegen systematischen Fehlern bzw. Verzerrungen.

Obwohl Kausalattributionen nicht mit objektiven Ursachen und Kontrollattributionen nicht mit objektiver Kontrolle verwechselt werden dürfen, haben sie eine starke Wirksamkeit für menschliches Handeln. Dies gilt auch für verschiedene Ebenen des klinischen Bereichs. Attributionen spielen bei der Krankheitsverursachung und -verarbeitung eine wichtige Rolle. Institutionelle Rahmenbedingungen und therapeutisch-theoretische Hintergründe beeinflussen Wirksamkeitsüberzeugungen von Supervisanden und damit auch Attributionsmuster von Patienten.

Die Aufgabe von Supervision ist es in diesem Zusammenhang, die unterschiedlich wirksamen Attributionsstile und Kontrollüberzeugungen deutlich zu machen und deren Überprüfung zu ermöglichen. Hierfür ist eine mehrperspektivische Sichtweise notwendig. Dies betrifft sowohl Perspektiven der unterschiedlichen Ebenen (PatientIn, SupervisandIn) als auch unterschiedliche theoretische Sichtweisen und unterschiedliche institutionelle Sichtweisen.

Supervision wird dort am meisten bewirken können, wo sie die Kriterien der Mehrperspektivität erfüllt, d.h. wo die unterschiedlichen Perspektiven tatsächlich eingenommen werden können. Dies dürfte der Fall sein bei externer Supervision, die nicht ausschließlich aus der theoretischen Perspektive der Supervisanden arbeitet und die über verschiedene institutionelle Erfahrungen bzw. Sichtweisen verfügt.

Umgekehrt ist die Wirksamkeit von Supervision vermutlich dann eingeschränkt, wenn die Einnahme unterschiedlicher (zusätzlicher) Perspektiven nur eingeschränkt oder nicht möglich ist. Dies dürfte insbesondere dann der Fall sein, wenn Supervision von einer/m institutionsinternen SupervisorIn mit den theoretischen Perspektive der SupervisandenInnen und mit den gleichen institutionellen Erfahrungshintergründen durchgeführt wird.

## **7. Literatur**

ECK, Dietrich, Hg. (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

FINCHAM, Frank, HEWSTONE, Miles (2002) Attributionstheorie und -forschung - Von den Grundlagen zur Anwendung. In STROEBE, Wolfgang, JONAS, Klaus, HEWSTONE, Miles, Hg. Sozialpsychologie. Eine Einführung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 215 - 264

FLAMMER, August (1990) Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit: Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber

FRESE, Michael (1977) Psychische Störungen bei Arbeitern. Zum Einfluss von gesellschaftlicher Stellung und Arbeitsplatzmerkmalen. Salzburg

- FRESE, Michael, SCHÖFTHALER-RÜHL, Rosi (1976) Kognitive Ansätze in der Depressionsforschung. In HOFFMANN, Nicolas, Hg. (1976) Depressives Verhalten. Psychologische Modelle der Ätiologie und der Therapie. Salzburg: Müller, S. 17 - 107
- FÖRSTERLING, F. (1986) Attributionstheorie in der Klinischen Psychologie. München: Psychologie Verlags-Union
- HOFFMANN, Nicolas, Hg. (1976) Depressives Verhalten. Psychologische Modelle der Ätiologie und der Therapie. Salzburg: Müller
- MÖLLER, Heidi (2001) Was ist gute Supervision. Grundlagen - Merkmale - Methoden. Stuttgart: Klett-Cotta
- PETZOLD, Hilarion (1992a) Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 2. Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann
- PETZOLD, Hilarion (1998) Integrative Supervision, Metaconsulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn Junfermann
- SELIGMAN, M.E.P. (1979) Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg
- STROEBE, Wolfgang, JONAS, Klaus (2002) Gesundheitspsychologie - Eine sozialpsychologische Perspektive. In STROEBE, Wolfgang, JONAS, Klaus, HEWSTONE, Miles, Hg. Sozialpsychologie. Eine Einführung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 579 - 622
- THOMAE, Hans (1968) Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie. Göttingen: Hogrefe
- WOLFERSDORF, Manfred, GRÜNWALD, Iris (1998) Supervision in Teams mit depressiven Patienten. In ECK, Dietrich, Hg. (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 171 - 179