GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

# Männlicher Negativismus. Zwischen Hilferuf und Stigmatisierungsangst

**Raadts, Stefan; Neitzel, Lothar**

**2013**

**https://doi.org/10.25595/2622**

**Veröffentlichungsversion / published version**
**Zeitschriftenartikel / journal article**

**Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Raadts, Stefan; Neitzel, Lothar: *Männlicher Negativismus. Zwischen Hilferuf und Stigmatisierungsangst*, in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 5 (2013) Nr: 2, 139–147. DOI: https://doi.org/10.25595/2622.

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Stefan Raadts, Lothar Neitzel

# Männlicher Negativismus. Zwischen Hilferuf und Stigmatisierungsangst


## Zusammenfassung

Alle PatientInnen des Jahres 2011 einer norddeutschen psychosomatischen Klinik wurden hinsichtlich ihrer Ausprägung auf der PSSI-Skala „Kritischer Stil/negativistische Persönlichkeitsstörung" in hoch (t-Werte 71–80) vs. niedrig (t-Werte 20–40) und nach Geschlecht voneinander unterschieden. Es wurde angenommen, dass negativistische Männer ihre Persönlichkeitsstruktur unter anderem über traditionelle Männlichkeitskonzepte erworben haben, und zwar in der Form, dass sie affektive Regungen nach negativ-bedrohlichen Reizen eher unterdrücken und mit diesem Verhaltensmuster bei der Lebensbewältigung mehr und mehr gescheitert sind, bis hin zur Entwicklung einer klinischen Symptomatik. Bei der Aufnahme in die Klinik wird dieses Muster dann erneut aktiviert, sodass diese Männer im Vergleich zu hoch negativistischen Frauen reduzierte Angaben der Symptomausprägung (SCL-90) dokumentieren. Mehrere signifikante ANOVAS bestätigten diese Annahme. In der Korrelation der SCL-90-Skalen zu anderen Persönlichkeitsstilen des PSSI konnte dargestellt werden, dass im Vergleich zu hoch negativistischen Frauen die in der Sozialisation verdrängten negativ-bedrohlichen Inhalte auf den Skalen des depressiven Stils und des selbstunsicheren Stils zum Ausdruck kommen. Dies unterstützt die These, dass diese Männer frühzeitig gelernt haben, traditionell männlichen Verhaltensnormen zu entsprechen und selbstunsichere bzw. depressive Erlebensinhalte zu unterdrücken.



*Schlüsselwörter*
Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, Männlichkeitskonzepte, Scham, Stoizismus, PSI-Theorie



## Summary

Masculine negativism.
Crying for help and risking stigmatization?

All the patients in a psychosomatic hospital in northern Germany, having received psychotherapeutic treatment in 2011, were examined as to their scores on the PSSI scale "Critical personality style/Negativistic personality disorder". Based on their t-values they were labelled "low" (20–40) or "high" (71–80) and grouped according to gender. High negativistic male subjects were hypothesized to have acquired many aspects of their personality structure from traditional masculinity concepts, leading them to tend to suppress affective impulses after exposure to negative or threatening stimuli. The development of clinically relevant symptoms was thus derived from the experience of increasing failure of this affective pattern of behaviour in social situations. At the point of entry into hospital, high negativistic male patients re-activate that pattern and we expected them to score significantly lower than high negativistic women on the SCL-90 symptom index. Several significant 2x2 ANOVAs supported this hypothesis. Personality measures (PSSI) and SCL-90 score correlates showed, in comparison to high negativistic female individuals, a preference for the negative and threatening contents of the symptom index to be expressed on the Depressive and Self-Critical personality style, thus supporting the idea of early exposure to traditional male behavioural norms and their implementation in social situations.



*Keywords*
passive-aggressive personality disorder, masculinity concepts, shame, stoicism, PSI-theory

## 1 Einleitung

In ihrem neu erschienenen Buch „Das Ende der Männer“ kommt Hanna Rosin zu dem Befund, dass US-amerikanische Männer inzwischen auf nahezu allen Ebenen eine statistisch wahrnehmbare Entwicklungsstagnation aufweisen. Ob Schule, Universität oder Job – die aufstrebenden und an Karriere orientierten Frauen übertreffen die Männer, welche als schlechter qualifiziert und insgesamt unbeweglich bis hin zur Rigidität charakterisiert werden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben in den vergangenen zehn Jahren auch hierzulande die Frauen in diesem Bereich aufgeholt: Während der weibliche Anteil der Hochqualifizierten bei den 30- bis 34-jährigen Erwerbspersonen von 24 auf 35 % stieg, blieben die Männer weitgehend auf ihrem Wert von rund 30 % stehen (siehe: Der Spiegel 1/2013). Rosin führt dies unter anderem auf eine Unflexibilität zurück, die ihre Wurzeln in den traditionell männlichen Rollenbildern hat.

Im Rahmen klinischer Betrachtungen gehören diese Attribute in das Gebiet der Persönlichkeitsforschung, und es scheint ein lohnendes Unterfangen zu sein, mit entsprechenden Instrumenten die beschriebenen Charakteristika aus psychotherapeutischer Sicht widerzuspiegeln. Die von Rosin beschriebenen Probleme der Männer müssen zwangsläufig eine psychische Übersteigerung mit sich bringen, die sowohl in ambulanten als auch stationären Einrichtungen (mit-)behandelt wird. Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen bietet die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (Kuhl 2001; 2010) von Julius Kuhl (kurz: PSI-Theorie) einen sinnvollen Rahmen, um dem Phänomen genauer auf den Grund zu gehen, da sie es ermöglicht, das affektive Grundmuster einer Persönlichkeit zu entdifferenzieren. Rigidität wird darin als funktionale Abwehr von positiven und negativen Reizen aus der Außenwelt beschrieben und unter anderem der negativistischen Persönlichkeit zugeordnet. Im gesunden Rahmen wird dieser Persönlichkeitsanteil als kritische bzw. skeptische Haltung der Welt gegenüber beschrieben. In der übersteigerten (gestörten) Form wehren diese Personen jegliche Anforderungen oder Anregungen durch passiven Widerstand ab (Kuhl/Alsleben 2009), weswegen diese Persönlichkeitsstörung auch als passiv-aggressiv bezeichnet wird. Zwischen der (sehr viel bekannteren und besser erforschten) Borderlinestörung und der Negativistischen Störung lassen sich mit der PSI-Theorie dichotome Verbindungen schaffen: Beide Krankheitsbilder beruhen demnach auf eher konstitutionell verankerten Wurzeln, sind also dem Temperament zuzuordnen; die Borderlinestörung differenziert in der Heftigkeit des Ausdrucks nicht zwischen negativen und positiven Erlebensinhalten, beide werden stattdessen relativ ungebremst gebahnt, was für die Außenwelt als instabiler Wechsel zwischen vielfältigen Emotionen und inneren Haltungen wahrnehmbar wird. Die negativistische Störung blockiert dagegen positive und negative Anregungen von außen ebenso undifferenziert, und entsprechende Personen wirken daher für die Umwelt stoisch bis hin zu affektarm.

Der Entwicklungsschritt der Übernahme männlicher Rollenmuster müsste also einen Boden bieten, auf welchem Grundzüge einer negativistischen Persönlichkeit besonders gut gedeihen können. Es wird nicht in Zweifel gezogen, dass dies in den meisten Fällen zunächst durchaus sinnvoll ist. Unter welchen Bedingungen eine solche Haltung adaptiv ist und daher eine wichtige intrapsychische Funktion übernimmt, scheint allerdings zwischen den Geschlechtern zu variieren. Im stationären psychotherapeutischen

Kontext beobachten wir häufig erhöhte Anlaufzeiten für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung zu männlichen Patienten im Vergleich zu weiblichen Patienten. Stattdessen zeichnen sich diese Patienten durch eine erstaunliche Rigidität, Unflexibilität und emotionale Unangreifbarkeit aus. Die dabei nach außen transportierte Affektverflachung wirkt eher gekünstelt und als Teil einer lebensnotwendigen Fassade, jedoch weniger als authentischer Ausdruck einer schweren depressiven Verstimmung. Als Gründe dafür sind in der Regel Scham für den offenbarten Verlust an Kontrolle über das eigene Leben und eine darin liegende Bedrohung für die Selbstwertschätzung zu nennen. Für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung mag dieses Verhalten dysfunktional sein, verweist aber auf seine ehemals funktionalen und hilfreichen Wurzeln.

In der Sozialisation von Jungen und Mädchen sind nach wie vor oft traditionelle Muster zu erkennen (Schnack/Neutzling 2011). Im Gegensatz zu Mädchen müssen sich Jungen sehr viel häufiger sagen lassen, dass sie nicht weinen und sich zusammenreißen sollen, wenn etwas wehtut. In sozialen Kontexten mit ausgeprägt männlicher Normbetonung und hoher Kohäsion (Fußballverein, Armee, durchsetzungsorientierte Berufe) wird das Zeigen von Hemmung, Angst oder Schmerz besonders gerne mit Homosexualität oder Weiblichkeit assoziiert und löst eine schambesetzte Bedrohung für Status und Selbstwert aus (Hayward/Bright 1997). Daraus resultiert die – implizit motivierte – Konsequenz, dass die Betroffenen das Zeigen von Gefühlen generell unterbinden oder sich auf eine oberflächlich positive Emotionalität begrenzen. Das Hemmen von emotionalen Regungen gehört somit ebenso zu den von Männern früh erlernten Sozialisationsparametern wie das Herunterspielen von körperlichen oder psychischen Symptomen. Daraus folgt ein geschlechtstypisches Muster im Verhalten beim Aufsuchen von Hilfe, das bisher allerdings vorwiegend unter sozialpsychologischen Gesichtspunkten untersucht wurde. Bei genauerer Betrachtung des dabei von Michael E. Addis und James R. Mahalik (2003) entwickelten Modells fallen schnell die bereits erwähnten Aspekte der Scham und der Selbstwertproblematik auf.

Zur Entwicklung von übersteigertem Negativismus mit Störungswertigkeit wird dieser Umstand erst einen besonderen Beitrag leisten, wenn die psychischen Probleme einsetzen und mit den zur Verfügung stehenden Werkzeugen (Sucht, Verdrängung, Verleugnung, Rationalisierung, Aggression) nicht mehr gelöst werden können. Die Erschöpfung und Aufgeriebenheit, mit denen manche Patienten beiderlei Geschlechts häufig stationär aufgenommen werden, können möglicherweise zurückgeführt werden auf einen zwanghaften Aktionismus, mit dem die Betroffenen immer undifferenzierter dysfunktionale Lösungen in Anspruch nehmen. Im Sinne des Paradigmas der Erlernten Hilflosigkeit (Abramson/Seligman/Teasdale 1978) müssen diese Männer dann frustriert anerkennen, dass sie mit den Mitteln gescheitert sind, die sich noch während der Sozialisation und auch später als hilfreich erwiesen haben, um sich Respekt und Anerkennung von anderen männlichen Sozialisationspartnern zu verdienen. Die daraus resultierende Schlussfolgerung, sich professionelle Hilfe zu suchen, wird gerade unter Männern lange hinausgezögert (Hayward/Bright 1997). Um die damit verbundene Scham zu ertragen, bleibt vielen nur die Flucht in den Negativismus. „Mir hat nichts helfen können, warum sollte mir also ausgerechnet ein Psychologe helfen?“, ist eine typische Aussage, die genau die globale Verweigerungshaltung zum Ausdruck bringt, die zu Beginn einer stationären Psychotherapie das Beziehungsaufnahmeverhalten von negativistischen Männern

kennzeichnet. Das bedeutet: Die früh erlernte Fähigkeit, affektive Bedrohungen intrapsychisch zu unterdrücken, hat ihre Funktionalität für das Überleben und die Akzeptanz in der Männerwelt verloren und wird nun im Angesicht eines drohenden Stigmas dysfunktional übersteigert.

## 2 Hypothesen

Die Symptome sollten daher in einer Beziehung zu den lange unterdrückten Persönlichkeitsaspekten stehen, die wir bei mit traditionellem Männlichkeitskonzept sozialisierten Männern im Bereich der Selbstunsicherheit und Depressivität vermuteten. Wir fokussierten unsere Fall-Kontroll-Untersuchung auf männliche Patienten mit hoch negativistischen Persönlichkeitsanteilen mit der Hypothese, dass diese a) ihre Symptome bei Aufnahme in die Klinik als geringfügiger ausgeprägt beschreiben im Vergleich zu hoch negativistischen Patientinnen und dass sie b) auf der strukturellen Ebene der Persönlichkeit im Gegensatz zu hoch negativistischen Patientinnen ausgeprägte selbstunsichere Persönlichkeitsanteile aufweisen würden, nämlich genau die, welche sie jahrzehntelang unterdrückt hatten, um in der Männerwelt nicht als schwächlich zu gelten. Dies würde sich am ehesten als positive Korrelation der Symptomskalen mit der PSSI-Skala (Kuhl/Kazén 2009) zur selbstunsicheren Persönlichkeit abbilden.

## 3 Methoden

Dazu wurden die bei der Aufnahme in unsere Klinik erhobenen Scores des SCL-90-R (Symptom-Check-Liste, revidierte Fassung) und des PSSI (Persönlichkeitsstil- und -störungsinventar) aller PatientInnenaufnahmen (N = 829) des Jahres 2011 zugrunde gelegt. 29 männliche und 59 weibliche Patienten wurden als hoch negativistisch befundet ($t$-Werte >70), 25 männliche und 45 weibliche Patienten als niedrig negativistisch ($t$-Werte < 41). Die Scores der neun Einzel- und drei Globalskalen SCL-90-R wurden im Geschlechtervergleich über eine 2x2-Varianzanalyse verglichen. Anschließend wurden die jeweiligen Korrelationen der SCL-90-R-Skalen mit den PSSI-Skalen ausgewertet.

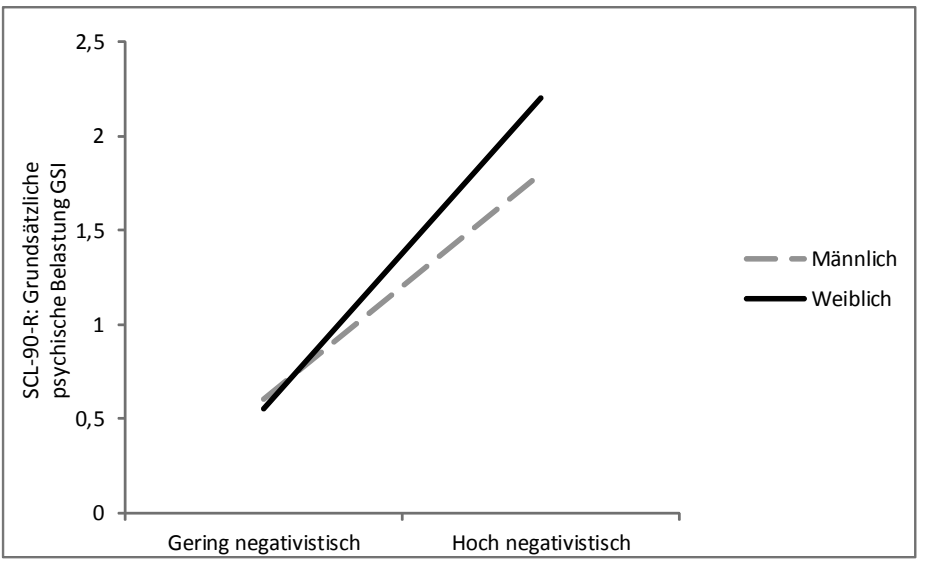
Der PSSI besteht aus 14 Skalen und orientiert sich am DSM-IV, dem im anglo-amerikanischen Raum gebräuchlichen diagnostischen Handbuch zur Erfassung psychischer Erkrankungen. Die PSSI-Skalen weisen eine Reliabilität von .73–.85 auf (Cronbachs Alpha) und gelten somit als akzeptabel bis gut bei ebenfalls gut belegter Konstruktvalidität.

## 4 Resultate

Erwartungsgemäß erfüllte sich die Vorhersage zu Hypothese a). Hoch negativistische männliche Patienten geben im SCL-90-R bei der Aufnahme in die Klinik ihre Symptome signifikant geringer zu Protokoll als hoch negativistische weibliche Patienten. Abb. 1 zeigt den 2x2-ANOVA-Interaktionseffekt zur psychischen Gesamtbelastung

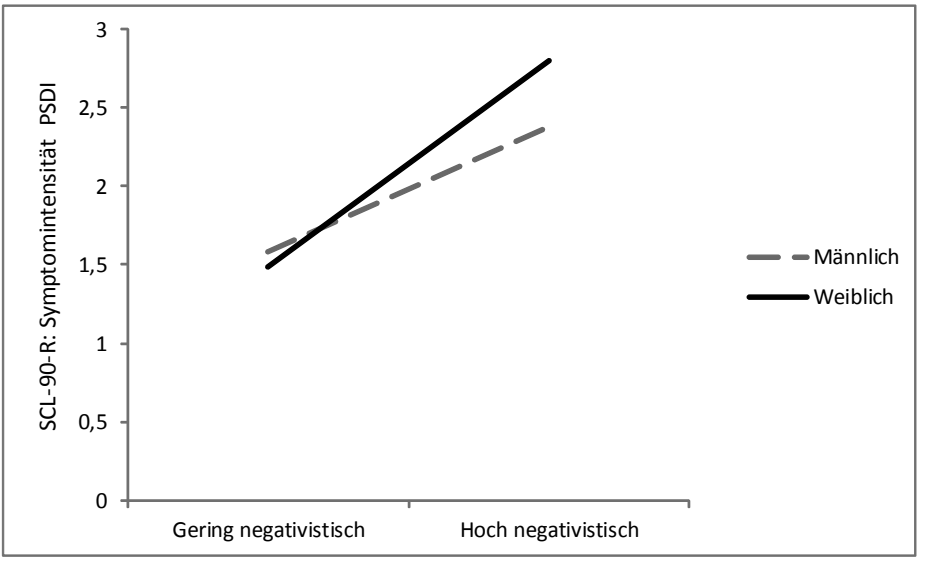
(GSI), Abb. 2 den 2x2-ANOVA-Interaktionseffekt zur Symptomintensität (PSDI). Interaktionseffekte werden nach demselben Muster außerdem signifikant und hochsignifikant für folgende Einzelskalen: Somatisierung ($p$ <.05; $F$ = 4,319; korr. $R^2$= .31), Depressivität ($p$ <.05; $F$ = 5,074; korr. $R^2$ = .62), Unsicherheit im Sozialkontakt ($p$ <.01; $F$ = 8,192; korr. $R^2$ = .66) und Paranoides Denken ($p$ <.01; $F$ = 9,882; korr. $R^2$ = .718). Keine ANOVA wurde für die SCL-90-R Scores signifikant, die die PatientInnen zur Entlassung angaben.

Abbildung 1: 2x2-ANOVA mit den GSI-Scores (SCL-90-R) als abhängiger Variable bei hoch vs. gering negativistischen PatientInnen (männlich vs. weiblich). Der Interaktionseffekt wird signifikant (p<.05; F=5,054; korr. $R^2$=.621).[1]




1 Quelle: eigene Darstellung.

Abbildung 2: 2x2-ANOVA mit den PSDI-Scores (SCL-90-R) als abhängiger Variable bei hoch vs. gering negativistischen PatientInnen (männlich vs. weiblich). Der Interaktionseffekt wird hochsignifikant ($p<.01$; $F=7{,}955$; korr. $R^2=.579$).[2]




Die PSSI-Skalen zum selbstunsicheren und zum depressiven Persönlichkeitsstil korrelieren bei den Männern mit fast allen Skalen des SCL-90-R signifikant, nicht aber bei den Frauen (Tab. 1). Dies unterstützt die Hypothese b). Beide Geschlechter zeigen außerdem auf den PSSI-Skalen zur Borderlinestörung und zur schizoiden Störung erhöhte signifikante Korrelationen mit den SCL-90-R-Aufnahme-Scores. Keine weiteren PSSI-Skalen weisen signifikante Korrelationen zu den SCL 90-R-Skalen bei beiden Geschlechtern auf.

2 Quelle: eigene Darstellung.

*Tabelle 1:* Korrelationen zwischen den SCL-90-R Skalen und den PSSI-Skalen Borderline (BL), Schizoid (SZ), Selbstunsicher (SU) und Depressiv (DP) bei hoch negativistischen (t-Wert 71–80) männlichen (n=29) und weiblichen Aufnahmepatienten (n=59).[3]
**=p<.05; **=p<.01; n.s.=nicht signifikant*

| Geschlecht | Männlich | | | | Weiblich | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSSI-Skala | BL | SZ | SU | DP | BL | SZ | SU | DP |
| SCL-90-R Skala | | | | | | | | |
| Somatisierung | .39* | .39* | .42* | .37* | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Zwanghaftigkeit | .56** | .54** | .57** | .65** | n.s. | .30* | n.s. | n.s. |
| Unsicherheit im Sozialkontakt | n.s. | .50** | .56** | .62** | .44** | .38** | .38** | n.s. |
| Depressivität | .52** | .49** | .60** | .66** | .29* | .36** | .33* | n.s. |
| Ängstlichkeit | .61** | .42* | .55** | .46* | .32* | .33* | n.s. | n.s. |
| Aggressivität/ Feindseligkeit | .45* | n.s. | n.s. | n.s. | .44** | n.s. | n.s. | n.s. |
| Phobische Angst | n.s. | .48** | .61** | .53** | n.s. | .45** | .27* | n.s. |
| Paranoides Denken | n.s. | n.s. | .39* | .57** | .32* | .32* | n.s. | n.s. |
| Psychotizismus | .46* | .37* | .54** | .50** | .28* | .30* | n.s. | n.s. |
| GSI | .52** | .48** | .57** | .59** | .32* | .38** | n.s. | n.s. |
| PSDI | .53** | .47* | .44* | .55** | .27* | .35** | n.s. | n.s.. |

## 5 Diskussion

Die Befunde zeigen einen (hoch-)signifikanten Interaktionseffekt zwischen Geschlecht und hoch bzw. gering ausgeprägten negativistischen Persönlichkeitsanteilen mit sehr guter Varianzaufklärung (korr. $R^2$). Demnach geben hoch negativistische männliche Patienten bei der Aufnahme zur stationären Behandlung ihre Symptome signifikant und hochsignifikant geringer ausgeprägt an, als es hoch negativistische weibliche Patienten tun, insbesondere bei Angaben zu körperlichen Problemen (Somatisierung), sozialer Unsicherheit, Depressivität und paranoidem Denken. Somit ist die Hypothese a) mit den zur Verfügung stehenden Daten belegt: Weder auf anderen Persönlichkeitsskalen noch bei der Entlassung ist ein so deutlicher Unterschied statistisch messbar. Hypothese b) nimmt an, dass auf der Basis der Persönlichkeit nun positive Korrelationen mit der PSSI-Skala zur selbstunsicheren Persönlichkeit entstehen, also: Je stärker die Symptome, desto ausgeprägter sind die

3 Quelle: eigene Darstellung.

lange unterdrückten selbstunsicheren Anteile. Im Ergebnis korreliert die Ausprägung der Symptomangaben mit vier Persönlichkeitsstilen des PSSI, während dies bei den weiblichen Patienten nur für zwei Stile gilt: Beide Geschlechter weisen signifikante Korrelationen auf den Skalen sowohl zum Borderlinestil als auch zum schizoiden Stil auf, Männer zusätzlich auf den Skalen zum depressiven und wie erwartet zum selbstunsicheren Stil.

Wie sind diese Ergebnisse nun zu interpretieren? Einerseits wird die geringer entwickelte Fähigkeit des Sich-Spüren-Könnens der Männer tatsächlich über die Resultate der ersten Hypothese dargestellt. Das wahre Dilemma der Ambivalenz und inneren Gespaltenheit zwischen dem ehemaligen Anspruch, männliche Normerwartungen zu erfüllen, und aktueller Realität einer psychischen Dekompensation kommt jedoch besonders über die Korrelationen zu der zweiten Hypothese zum Ausdruck. Gefühle von Selbstunsicherheit und Depressivität wurden früh mit Scham und Selbstwertbedrohung verknüpft und daher nicht funktional in die Persönlichkeitsentwicklung integriert. Allen klassischen psychotherapeutischen Schulen ist die Annahme gemein, dass nicht integrierte Persönlichkeitsanteile zum Boden für psychische Dekompensationen werden können und demnach eine psychotherapeutische Behandlung nahelegen, je länger die dagegen eingesetzten Strategien sich als fruchtlos oder gar pathologisch erweisen. Es sind also nicht die selbstunsicheren und depressiven Persönlichkeitsanteile, die pathologisch wirksam sind, sondern die übermäßig in Anspruch genommenen Maßnahmen, um diese Anteile nicht wahrnehmen zu müssen. Alles das, was negativistische Männer aber zuvor nicht wahrnehmen sollten, wird bei Aufnahme einer stationären Psychotherapie zum Thema und wirkt dann wie eine Art Zwickmühle. Diese Widersprüchlichkeit war diesen Männern über lange Zeit nicht unbekannt und wurde dann bekämpft, wenn eine Abwertung mit nachfolgender Beschämung zu erwarten war. Waren die bekannten Lösungswege nicht mehr realisierbar, traten in der Folge Aktionismus, autodestruktives Handeln und Suizidalität auf – in dieser Stichprobe bis hin zum Wunsch, sich therapeutisch behandeln zu lassen. Darauf soll würdigend hingewiesen sein, denn es handelt sich hier um Männer, die zu ihren selbstunsicheren und depressiven Anteilen schließlich doch stehen können und dies über die Aufnahme einer stationären Psychotherapie dokumentieren. Dies scheint eine Grunderkenntnis zu sein, welche für Männer erforderlich ist, um den Weg in eine Klinik als mögliche Lösungsalternative wahrzunehmen: Die Angst vor dem Stigma hat nicht mehr die Wertigkeit wie der drohende Verlust von Lebendigkeit. Die beobachteten geringeren Ausprägungen der Symptomangaben legen demzufolge nicht eine bewusste Strategie des schamvermeidenden Herunterspielens nahe, sondern eher eine durch früh zu eigen gemachte Männlichkeitskonzeptionen grundsätzlich weniger ausgeprägte Empfindungsfunktion. Demnach sollten betroffene Männer eine besondere Würdigung für den mutigen Schritt erhalten, denn sie erlauben es sich, gegen ihre Sozialisationserfahrung und ihre Angst vor Scham ihren Empfindungen endlich doch nachzuspüren, ergo: lebendiger zu werden. Interessanterweise gehört ja auch die Borderline-Skala (als Ausdruck für spontane bis überschießende und unreflektierte Lebendigkeit) zu den positiv korrelierenden Skalen, sodass sich hier Problem und Lösung in einer Wurzel wiederfinden und therapeutisch begleitet zu einer funktionaleren (sprich: flexibleren) Synthese heranreifen können.

Die hier dargelegte Entwicklungskette ist lediglich als Arbeitshypothese zu betrachten und sollte aufgrund einiger Überlegungen kritisch eingegrenzt werden. Ob die Individuen dieser Stichprobe tatsächlich mit traditionellen Männlichkeitskonzepten

sozialisiert wurden, ist nicht belegt. Auch bleibt es hypothetisch, ob die vor der Dekompensation implementierten Handlungsstrategien unter anderem den Zweck erfüllen sollten, als schwächlich wahrgenommene kognitive und emotionale intrapsychische Repräsentationen wie Selbstunsicherheit und Depressivität zu überlagern. Insgesamt präsentiert sich das Bild des negativistischen Mannes als das eines mit sich und seinen als problematisch wahrgenommenen Repräsentanzen kämpfenden Individuums, dem über gezielte kommunikative Hilfsinterventionen möglicherweise gut geholfen werden kann. Es scheint sinnvoll zu sein, die betroffenen Männer darin zu unterstützen, selbstunsichere und depressive Elemente anders zu begreifen und sinnvoller mit ihnen umzugehen. In stationären Therapiekonstellationen bieten sich möglicherweise auf genau diese Sachverhalte abzielende Gruppeninterventionen für Männer an. Weitere Untersuchungen könnten diese und andere Fragen auflösen und somit mehr Licht in das schwierige Unterfangen der Therapie von negativistischen Männern bringen.

## Literaturverzeichnis

Abramson, Lyn Y.; Seligman, Martin E. & Teasdale, John D. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49–74.

Addis, Michael E. & Mahalik, James R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American Psychologist, 58*, 5–14.

Der Spiegel (2013). *Männerdämmerung, 67*(1), 98–104.

Hayward, Peter & Bright, Jennifer. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health, 6,* 345–354.

Kuhl, Julius .(2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, Julius. (2010). *Lehrbuch der Persönlichkeitspsychologie: Motivation, Emotion und Selbststeuerung.* Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, Julius & Alsleben, Philipp. (2009). *Trainingsbegleitende Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik*. Osnabrück: Impart GmbH.

Kuhl, Julius & Kazén, Miguel. (2009). *Persönlichkeitsstil- und -störungsinventar*. Manual. 2., überarbeitete und neu normierte Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Schnack, Dieter & Neutzling, Rainer. (2011). *Kleine Helden in Not – Jungen auf der Suche nach Männlichkeit.* Berlin: Rowohlt.

### Zu den Personen

*Stefan Raadts*, Dr., 1969, Ltd. Psychologe, Clemens-August-Klinik Neuenkirchen-Vörden. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie, Persönlichkeitsforschung, Sportpsychologie.
Kontakt: Clemens-August-Klinik Neuenkirchen-Vörden, Wahlde 11, 49434 Neuenkirchen-Vörden
E-Mail: raadts@clemensaugust.de

*Lothar Neitzel*, Dr., 1951, Chefarzt, Clemens-August-Klinik Neuenkirchen-Vörden. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie, Persönlichkeitsforschung, Sportmedizin.
Kontakt: Clemens-August-Klinik Neuenkirchen-Vörden, Wahlde 11, 49434 Neuenkirchen-Vörden
E-Mail: neitzel@clemensaugust.de