



Chmielewski • Hanning

THERAPIE-TOOLS



Selbstwert

2. Auflage



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Fabian Chmielewski, Dipl.-Psych.
Praxisgemeinschaft am Weiltor
Große Weilstraße 8
45525 Hattingen

Sven Hanning, Dipl.-Psych.
Praxisgemeinschaft am Weiltor
Große Weilstraße 8
45525 Hattingen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29301-3 Print
ISBN 978-3-621-29302-0 E-Book (PDF)

2., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de

Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina Marie Oberdorfer
Herstellung: Lelia Rehm
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	11
Hinweise zur Arbeit mit diesem Buch	12
Einführung: Selbstwert und Selbstwertprobleme	13
1 Modul 1: Vorbereitungsphase	34
1.1 Einführung	34
1.2 Arbeitsmaterial	35
2 Modul 2: Das Soll-Ich	102
2.1 Einführung	102
2.2 Arbeitsmaterial	104
3 Modul 3: Das Bin-Ich	140
3.1 Einführung	140
3.2 Arbeitsmaterial	140
4 Modul 4: Das Wunsch-Ich	196
4.1 Einführung	196
4.2 Arbeitsmaterial	196
5 Modul 5: Der Selbstwert der Psychotherapeut*innen	255
5.1 Einführung	255
5.2 Arbeitsmaterial	256
Literatur	265

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

Einführung: Selbstwert und Selbstwertprobleme

INFO 1	Kurzwegweiser durch die Selbstwerttherapie	32
INFO 2	Ein Bild für tausend Wörter	33

1 Modul 1: Vorbereitungsphase

Beziehungsgestaltung

INFO 3	Therapiebeziehung als Wirkfaktor	40
INFO 4	Gestaltung der Therapiebeziehung: Bindung	41
INFO 5	Gestaltung der Therapiebeziehung: Kompetenz	43
INFO 6	Gestaltung der Therapiebeziehung: Selbstbestimmung	44
INFO 7	Schädliche Selbstwertstrategien in der Therapie	45

Psychoedukation

INFO 8	Selbstwertprobleme und ihr langer Schatten	47
INFO 9	Wozu brauchen Menschen Selbstwert?	49
AB 1	Den Flaschengeist einfangen	50

Grundbedürfnisse

INFO 10	Modellvermittlung: Selbstwert und Grundbedürfnisse	51
INFO 11	Wichtige Erfahrungen mit Grundbedürfnissen	52
INFO 12	Bindung – All you need is love	54
INFO 13	Kompetenz – Yes, I can!	56
INFO 14	Selbstbestimmung – I want to break free	58
AB 2	Wichtige Erfahrungen mit dem Bedürfnis nach Bindung	59
AB 3	Wichtige Erfahrungen mit dem Bedürfnis nach Kompetenz	60
AB 4	Wichtige Erfahrungen mit dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung	61
AB 5	Selbstwertbedürfnisse: Protokoll	62
INFO 15	Von Gefühlen und Gedanken auf Bedürfnisse schließen	63

Biografie und Selbstwert

AB 6	Meine Selbstwertbiografie	64
AB 7	Wichtige Selbstwertkrisen in der Lebensgeschichte	66
INFO 16	Wunden und Narben	67
INFO 17	»... und es liegt an mir«	68
INFO 18	Sind immer die Eltern schuld?	69

Selbstdiskrepanz

INFO 19	Selbstdiskrepanzmodell vermitteln	71
AB 8	Die Goldmünzenübung	72
AB 9	Der Prozess der Selbstbewertung	73
INFO 20	Die vielen Selbstwertgefühle	74
INFO 21	Herz und Verstand	76
AB 10	Übung: Im Spiegelkabinett	77
AB 11	Übung: Am Bahnsteig	81
AB 12	Im Spiegelkabinett / Am Bahnsteig: Auswertung	83
INFO 22	Das Trotz-Ich	85

Selbstwertkrisen

INFO 23	Selbstwertkrisen als Informationsquelle	86
INFO 24	Eine große Erschütterung der Macht – die Selbstwertkrise	87
AB 13	Meine Selbstwertkrisen: Protokoll	89
INFO 25	Bewältigungsversuche – den Teufel mit dem Beelzebub austreiben	90

Selbstwertstrategien

INFO 26	Selbstaufwertung	91
AB 14	Meine Selbstwertstrategien: Selbstaufwertung	95
INFO 27	Bewertung vermeiden	96
AB 15	Meine Selbstwertstrategien: Bewertung vermeiden	98
INFO 28	Ertragen	99
AB 16	Meine Selbstwertstrategien: Ertragen	100
AB 17	Zusammenfassung: meine Selbstwertstrategien	101

2 Modul 2: Das Soll-Ich

Die Regeln des Soll-Ichs erkennen

INFO 29	Das Soll-Ich	107
AB 18	Übung: Bilder sortieren	109
AB 19	Bilder sortieren: Bilderauswahl	112
INFO 30	Selbstbewertungsregeln identifizieren	113
AB 20	Meine Selbstbewertungsregeln identifizieren	114

Die Regeln des Soll-Ichs prüfen

INFO 31	Selbstbewertungsregeln aussortieren	115
AB 21	Meine Selbstbewertungsregeln aussortieren	117
AB 22	Selbstbewertungsregeln aussortieren: Beispiel	118

Veränderungen emotional verankern

INFO 32	Ein Gegenüber schaffen	119
INFO 33	Stuhldialog: Anleitung	121
AB 23	Stuhldialoge und Selbstdiskrepanz	126

AB 24	Übung: Ist doch albern!	129
AB 25	Übung: My brain is a DJ	130
AB 26	My brain is a DJ – meine persönliche Playlist der Selbstabwertungen	132
INFO 34	Soll-Ich aus verschiedenen Perspektiven	133
AB 27	Wer sagt mir, wie ich sein soll?	134

Selbstwertquellen

INFO 35	Abhängiger Selbstwert	135
AB 28	Selbstwertquellen	137
AB 29	Selbstwertquellen: Risiken und Nebenwirkungen	138
AB 30	Brief ans Soll-Ich	139

3 Modul 3: Das Bin-Ich

INFO 36	Das Bin-Ich	144
INFO 37	Selbstverifikation	145

Komplexe, realistische Selbstsicht etablieren

INFO 38	Anleitung: Vier Listen für den Selbstwert	147
AB 31	Was könnte ich an mir mögen?	153
AB 32	Was mag ich nicht an mir?	154
AB 33	Was könnten andere an mir mögen?	155
AB 34	Was könnte andere an mir stören?	156
INFO 39	Was Sie an sich mögen könnten: eine Liste voller Vorschläge	157
AB 35	Die Selbstwertumfrage	159
INFO 40	Auswertung der Selbstwertlisten	160
AB 36	Übung: Stärkenstapel	162
AB 37	Übung: Die Kontaktanzeige	163
AB 38	Übung: Weingummi und Lakritz	164
AB 39	Übung: Vielschichtigkeit	166
INFO 41	Profilvergleich	169

Verzerrungen abbauen

INFO 42	Im Zweifel für den Angeklagten: empirische Überprüfung	171
INFO 43	Bedürfnisprotokoll und Positivtagebuch	174
AB 40	Positivtagebuch	176
AB 41	Ein Archiv der besten Momente	178
AB 42	Übung: Positivbiografie	180

Umgang mit Lob und Kritik ändern

INFO 44	Lob und Komplimente annehmen	182
INFO 45	Kritik annehmen	183
AB 43	Übung: Selbstlob und Selbstkritik	184

Die neue Selbstsicht emotional verankern

AB 44	Übung: Kino der Grundbedürfnisse	186
AB 45	Übung: Das innere Fotoalbum	188
AB 46	Übung: Zurück in die Vergangenheit	190
AB 47	Übung: Das Spiegelbild korrigieren	193
INFO 46	Anleitung: Ein Brief an mich	194
AB 48	Ein Brief an mich	195

4 Modul 4: Das Wunsch-Ich

Das Wunsch-Ich klar sehen

INFO 47	Das Wunsch-Ich	200
AB 49	Übung: Mein wunderschönes Leben	201
INFO 48	Das gefürchtete Ich	203
AB 50	Übung: Die goldene Mitte	205
INFO 49	Viele Wunsch-Ichs	207

Annäherung ans Wunsch-Ich

INFO 50	Ich muss nicht bleiben wie ich bin	208
INFO 51	Umgang mit unerreichbaren Zielen	209
AB 51	Annäherung ans Wunsch-Ich	210
AB 52	Umwelt verändern	213
AB 53	Übung: Müssen und wollen	214

Zum Abgewöhnen: schädliche Selbstwertstrategien

INFO 52	Problematische Selbstwertstrategien abbauen	216
INFO 53	Zum Abgewöhnen – schädliche Strategien	217
AB 54	Meine Selbstwertstrategien	218
INFO 54	Schädliche Strategien abbauen: Selbstaufwertung	219
AB 55	Zum Abgewöhnen: Gegenentwurf zu Selbstaufwertung	221
INFO 55	Schädliche Strategien abbauen: Bewertung vermeiden	222
AB 56	Zum Abgewöhnen: Gegenentwurf zu Flucht und Vermeidung	224
INFO 56	Schädliche Strategien abbauen: Ertragen	225
AB 57	Zum Abgewöhnen: Gegenentwurf zu Strategien des Ertragens	227

Sich liebevoll betrachten und behandeln

AB 58	Übung: Liebevoller Blick	228
INFO 57	Sich selbst gut behandeln	230
AB 59	Freundlich mit mir reden	232
INFO 58	Umgang mit Selbstabwertungen	233
INFO 59	Selbstbewertung – Fremdbewertung	234
AB 60	Übung: Botschaften und Botschafter*innen	237

Bedürfnisbefriedigung verbessern

INFO 60	Selbstwert und Umgang mit Bedürfnissen	239
INFO 61	Das Bedürfnisprotokoll	241
AB 61	Bedürfnisse erfüllen	242
INFO 62	Bedürfnisbefriedigung verbessern	243
AB 62	Bedürfnisse erfüllen – konkrete Pläne	245
INFO 63	Maßgeschneiderter Aktivitätenaufbau	247
AB 63	Mein soziales Netzwerk	248
AB 64	Werte für den Selbstwert	249
INFO 64	Ungleichgewicht und Konflikte auf Bedürfnisebene	250
AB 65	Übung: Absender Wunsch-Ich	252
AB 66	Der Selbstwertbrief	253

5 Modul 5: Der Selbstwert der Psychotherapeut*innen

AB 67	Imaginationsübung: Therapeutische Selbstdiskrepanz	257
AB 68	Was ich an mir als Therapeut*in mögen könnte	259
AB 69	Was ich an mir als Therapeut*in nicht mag	260
AB 70	Was könnten Patient*innen an mir als Therapeut*in mögen?	261
AB 71	Was könnte Patient*innen an mir stören?	262
INFO 65	Bedürfnisse von Therapeut*innen	263

Übersicht Audio-Dateien

- ▶ Im Spiegelkabinett (zu AB 10)
- ▶ Am Bahnsteig (zu AB 11)
- ▶ Kino der Grundbedürfnisse (zu AB 44)
- ▶ Das Spiegelbild korrigieren (zu AB 47)
- ▶ Liebevoller Blick (zu AB 58)

Vorwort

Was ist mein Selbst wert? Viele Menschen leiden an Selbstwertproblemen und möchten Ihren Selbstwert im Rahmen der Psychotherapie verbessern. Wahrscheinlich schlagen Sie dieses Buch auf, weil Sie Menschen dabei helfen wollen.

Wir sind vor zwölf Jahren zu unserer Quest nach wirksamen Methoden der Selbstwerttherapie aufgebrochen, angetrieben von den Zielen und Wünschen unserer Patient*innen. Zu Beginn fanden wir nur ein paar versprengte Interventionen hier und da, meist als knappe Unterkapitel störungsspezifischer Manuale.

Bei der weiteren Suche stellten wir fest, dass es sich beim Selbstwert mitnichten um ein unbeackertes Feld handelt! Vielmehr gilt es als eins der meistbeforschten Themen der Psychologie. Diese Forschung findet jedoch vor allem in der Sozialpsychologie statt und scheint kaum einen Übertrag in die therapeutische Praxis gefunden zu haben. Jetzt nahm unsere Entdeckungsreise neue Fahrt auf. Über Jahre entdeckten wir immer neue großartige Ideen und Befunde zum Thema Selbstwert.

Wir fanden jetzt die empirischen Belege für unsere Erfahrungen mit Patient*innen: Die Verbesserung des Selbstwerts stellt eins der wichtigsten Therapieziele dar, und Zusammenhänge mit Selbstwertproblemen sind für zahlreiche, ganz unterschiedliche psychische Störungen belegt. Es stellte sich heraus, dass wir tatsächlich einer psychologischen Supervariablen nachspürten, die sich nicht nur auf psychische Gesundheit, sondern – je mehr wir herausfanden – auf beinahe alle Lebensbereiche auswirkt.

Und wir erkannten, dass wir auf den Schultern großer Vordenker standen. William James hatte schon 1890 die herausragende Bedeutung des Selbstwerts betont, wie Alfred Adler nach ihm, und auch Albert Ellis hatte dem Thema ein eigenes Buch gewidmet. In allen Therapierichtungen fanden wir großartige Ideen und Beiträge zum Thema und konnten ein Modell erarbeiten, das den einzelnen Interventionen einen konzeptionellen Rahmen gibt.

Wir freuen uns über die Rückmeldung, dass unsere Konzepte und Interventionen zu ganz unterschiedlichen Therapieschulen kompatibel sind und Kolleg*innen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem, tiefenpsychologischem, gestalttherapeutischem und schematherapeutischem Hintergrund gleichermaßen unsere Ideen in ihre Therapien integrieren.

Das Interesse von Kolleg*innen und Supervisand*innen hat uns immer wieder bestärkt, unsere Entdeckungsreise fortzusetzen. Bei Vorträgen und Workshops haben wir tolle Menschen kennengelernt, die uns durch gute Fragen und Hinweise auf neue Fährten gebracht haben. Die größte Inspirationsquelle war aber sicher die therapeutische Arbeit mit unseren Patient*innen.

Unsere Reise sehen wir bei weitem nicht als beendet an. Die Suche nach Wegen, Menschen zu einem besseren Selbstwert zu verhelfen, geht weiter. Es bleibt »work in progress«. In diesem Sinne freuen wir uns sehr über Rückmeldungen, welche Erfahrungen Sie mit unseren Übungen in Ihrem Therapiealltag machen.

In Form des Ratgebers »Ganz viel Wert – Selbstwert aktiv aufbauen und festigen« (2019) haben wir unsere Ideen für Betroffene zusammengefasst. Jetzt folgen mit diesem Buch theoretische Hintergründe, konkrete Anleitungen und Arbeitsmaterialien für Behandler*innen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen und gutes Gelingen beim Anwenden unserer Methoden. Möge der Selbstwert mit Ihnen sein!

Hattingen, im Frühjahr 2021

*Fabian Chmielewski
Sven Hanning*

Hinweise zur Arbeit mit diesem Buch

Icons zur Orientierung

Um sich im Buch schnell und effektiv zurechtzufinden, sind auf allen Arbeits- und Informationsblättern Icons abgebildet. Anhand dieser Icons können Sie direkt sehen, für wen das vorliegende Informations- oder Arbeitsblatt gedacht ist und wie es eingesetzt werden kann. Die folgenden Icons werden Ihnen auf den verschiedenen Arbeitsblättern begegnen:

-  **Therapeut*in:** Dieses Icon kennzeichnet Informations- oder Arbeitsblätter, die für die Therapeutin bzw. den Therapeuten selbst gedacht sind.
-  **Patient*in:** Informations- oder Arbeitsblätter mit diesem Icon werden dem Patienten bzw. der Patientin zur Bearbeitung ausgehändigt.
-  **Ran an den Stift:** Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt oder auch separat zu notieren.
-  **Input fürs Köpfchen:** Auf diese Weise markierte Abschnitte beinhalten Hintergrundinformationen für eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Inhalten der Therapie.
-  **Hier passiert etwas:** An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeut*innen oder Patient*innen gegeben.
-  **Wie sag ich's?** Dieses Icon kennzeichnet Beispiele in wörtlicher Rede als Beispielformulierungen für Therapeut*innen.
-  **Einfach zuhören ...** Mit diesem Icon gekennzeichnete Übungen finden Sie als Audio-Dateien im Online-Arbeitsmaterial.

Genderneutrale Sprache

Wir verwenden das Gendersternchen (*, z. B. Psychotherapeut*innen, Patient*innen). Indem wir eine diskriminierungssensible Sprache verwenden, sollen möglichst alle Menschen einbezogen und angesprochen werden.

Einführung: Selbstwert und Selbstwertprobleme

Bin ich mit mir zufrieden? Oder finde ich mich furchtbar und lehne mich innerlich selbst ab? Diese Selbstbewertung hat entscheidende Konsequenzen für Wohlbefinden, psychische Gesundheit und Lebensgestaltung (s. INFO 8 »Selbstwertprobleme und ihr langer Schatten«).

Angesichts dieser engen Verknüpfung zwischen Psychopathologie und Selbstwertproblemen verwundert es nicht, dass eine Verbesserung des Selbstwerts zu den wichtigsten Zielen von Menschen gehört, die eine Psychotherapie beginnen (Brockmann et al., 2003).

Psychotherapeut*innen hören deshalb in der therapeutischen Praxis häufig den Wunsch ihrer Patient*innen, den Selbstwert zu verbessern oder Selbstwertprobleme zu lindern. Diese Anliegen sind nicht an ein bestimmtes Störungsbild oder eine besondere Patientenclientel gebunden. Aufgrund der klaren empirischen Zusammenhänge stellen Selbstwertprobleme einen wichtigen Ansatzpunkt für psychotherapeutische Interventionen dar. Vordenker der Psychologie und Psychotherapie erkannten schon früh die zentrale Bedeutung des Selbstwerts für psychische Gesundheit (z. B. James, 1890; Adler, 1933 [2008]; Horney, 1988; Kohut, 1981). Epstein bezeichnete 1973 Selbstwert als das Bedürfnis, dem alle anderen untergeordnet sind (»all other needs are subordinate«).

Wichtig

Selbstwertprobleme stellen als transdiagnostisches Problem bei vielen unterschiedlichen psychischen Störungen sowohl eine Ursache als auch einen Ansatzpunkt für psychotherapeutische Interventionen dar.

Wie setze ich die Materialien und Inhalte dieses Buches in der Therapie um?

Wir haben die Informationen und Interventionen in diesem Buch in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht, von der Sie sich aber nach Belieben lösen können, um Ihren Patient*innen das zu geben, was sie gerade brauchen, wenn sie es brauchen.

Bei unseren Behandlungsvorschlägen gehen wir davon aus, dass sie in eine laufende Behandlung eingebettet werden. Bevor die ersten Selbstwertinterventionen zum Einsatz kommen, dürften Sie die Person also bereits kennen, eine gute therapeutische Beziehung etabliert haben und sowohl über die aktuellen Probleme als auch die Lebensgeschichte einen Überblick haben.

Der Aufbau unserer Interventionen folgt in den meisten Fällen einer grundlegenden Struktur:

- (1) **Die Probleme besser verstehen und eine Außenperspektive gewinnen.** Wir wollen Patient*innen dabei helfen, die Probleme, in die sie verstrickt sind, von außen zu betrachten. Deshalb steht die Vermittlung von Information im Sinne einer Psychoedukation und die Vermittlung von Modellen oft zu Beginn. Einfache Modelle helfen sowohl Patient*in als auch Therapeut*in, auch komplexe Problemlagen in der Draufsicht im Überblick zu behalten, statt in der Innensicht überwältigt und überfordert zu sein. Zur Psychoedukation empfehlen wir, Patient*innen die Inhalte in der Sitzung im Gespräch zu vermitteln, auf Fragen einzugehen und die Informationsblätter zur Konsolidierung des Besprochenen mit nach Hause zu geben.
- (2) **Den Verstand ins Boot holen.** Oft hören wir schon früh in der Behandlung: »Eigentlich weiß ich, dass es Quatsch ist, womit ich mich da quäle, aber mein Gefühl kommt nicht hinterher.« Aber nicht in allen Fällen sind Patient*innen an diesem Punkt, wenn sie die Behandlung beginnen. Oft muss man auch emotional belastende Probleme zuerst mit dem Verstand durchdringen und kognitiv überprüfen (»Stimmt das überhaupt?«). Um eine derartige Einsicht zu ermöglichen, setzen wir Interventionen ein, die im Kern den Ideen der Kognitiven Therapie folgen. Auch wenn die

kognitive Einsicht allein selten das Problem löst, stellt sie oft die notwendige Voraussetzung für eine Veränderung im Fühlen und Verhalten dar.

- (3) **Emotionale Einsicht schaffen.** Haben wir den Verstand auf unserer Seite, sollte eine emotionale Einsicht folgen. Im Alltag ist die emotionale Reaktion meist schneller als der Verstand und oft das, worunter die Menschen am Ende leiden. Um eine emotionale Einsicht zu erreichen, müssen die Menschen in der Psychotherapie Gefühle zulassen und erleben, statt nur »vernünftig darüber zu reden«. Dazu setzen wir vor allem emotionsaktivierende Interventionen ein, etwa Imaginationsübungen, Stuhldialoge und Briefe an sich selbst.
- (4) **Verhalten ändern.** Haben sie Verstand *und* Gefühl auf ihrer Seite, sollten Patient*innen viel besser als zuvor in der Lage sein, alte Verhaltensmuster loszulassen und neues Verhalten zu erproben. Gelingt diese Veränderung, können die Patient*innen korrigierende Erfahrungen machen und werden soziales Feedback auf das neue Verhalten bekommen. So ergibt sich eine Rückkopplungsschleife, die die Veränderungen auf kognitiver und emotionaler Ebene weiter festigt.

Nicht jede Intervention wirkt bei jeder Person zu jedem Zeitpunkt. Diese Einsicht erfordert Flexibilität in der Therapieplanung und der Durchführung der Behandlung und wird dazu führen, dass kaum zwei Therapien gleich ablaufen. Es kann auch bedeuten, dass eine Intervention, die in Sitzung 8 noch nicht greift, in Sitzung 15 sehr wohl ertragreich sein kann.

Ausblick

Im Folgenden liefern wir Ihnen als Therapeut*in die wichtigsten Hintergrundinformationen, die Sie brauchen, um von einer fundierten Basis aus an Selbstwertproblemen zu arbeiten. Dazu gehören Informationen zu den grundlegenden Theorien zum Selbstwert und die Kenntnis der Behandlungsmodelle, die wir daraus ableiten. Am Ende dieses Kapitels stellen wir Ihnen einen Kurzwegweiser durch die Behandlung zur Verfügung, damit Sie bei der Therapieplanung und in der laufenden Behandlung den Überblick behalten können.

Anschließend folgen in mehreren Modulen die Interventionen zur Behandlung von Selbstwertproblemen. Schließlich beenden wir das Buch mit einem Modul zum Selbstwert der Therapeut*innen, der sich in Therapiesituationen durchaus manchmal auswirken oder auch angegriffen werden kann.

Was verstehen wir unter Selbstwert?

Das Wort »Selbstwert« ist mit sehr vielen Bedeutungen aufgeladen. Es ist daher wichtig, zu Beginn dieses Buches zu erläutern, was wir mit diesem Begriff bezeichnen wollen, und ebenso wichtig ist es, zu Beginn der Behandlung zu klären, was Patient*innen eigentlich damit meinen, wenn sie sagen: »Ich möchte meinen Selbstwert verbessern.« Zu dieser Zielklärung können Sie das Arbeitsblatt 1 »Den Flaschengeist einfangen« nutzen.

Wir geben Ihnen hier in aller Kürze einen Überblick über die wichtigsten Begriffe, von denen viele im weiteren Verlauf des Buches weiter erläutert werden.

Begriffsverwirrung. Rund um das Thema Selbstwert existieren viele Begriffe, die zum Teil zu Recht oder zu Unrecht synonym verwendet werden – was für den Alltagsgebrauch dieser Wörter noch mehr gilt als für Fachliteratur. Die unscharfe Verwendung der Begriffe erhöht die Gefahr, die Anliegen von Patient*innen falsch zu verstehen.

Übersicht

- ▶ **Selbstwert** bezeichnet im engeren Sinne den Wert, den eine Person sich selbst zuschreibt.
- ▶ Die **Selbstbewertung** beschreibt genau diesen Prozess: Ich betrachte mich selbst und fälle dann ein Werturteil: »Ich bin in Ordnung« oder »Ich bin nicht in Ordnung«, »Ich bin gut (genug)« oder »Ich bin nicht gut (genug)«, »Ich bin wertvoll« oder »Ich bin wertlos«.
- ▶ Das **Selbstwertgefühl** bezeichnet eine ganze Spanne unterschiedlicher Gefühle, die ich ange- sichts meiner Selbstbewertung erlebe – wenn ich mich positiv bewerte, werden es angenehme Gefühle sein wie Zufriedenheit, Stolz und Freude. Bewerte ich mich negativ, werden unange- nehme Gefühle folgen: Scham, Angst, Schuld, Traurigkeit bis hin zu Selbsthass und Selbststekel. Viele Menschen erleben auch ein anhaltendes Selbstwertgefühl, das sich in gewisser Weise von dem eher kognitiven Selbstbewertungsprozess abgekoppelt hat (»Ich finde mich abstoßend und kann nicht erklären, warum«).
- ▶ **Selbstsicherheit** wird für gewöhnlich für die Sicherheit im sozialen Bereich verwendet, ganz ähnlich wie **Selbstbewusstsein** – wobei dieser Begriff doch strenggenommen beschreibt, dass ein Individuum sich selbst als eigene Person wahrnehmen kann, was man z. B. mit dem be- kannten Spiegeltest bei Kleinkindern und Tieren überprüft.
- ▶ **Selbstvertrauen** bezeichnet das Zutrauen in eigene Fähigkeiten im Sinne einer globalen Selbst- wirksamkeitsüberzeugung. Der weniger alltägliche Begriff **Selbstwirksamkeit** beschreibt die Erfahrung, mit dem eigenen Verhalten auf die Welt einzuwirken.
- ▶ **Selbstliebe** und **Selbstmitgefühl** bezeichnen positive emotionale Haltungen der eigenen Per- son gegenüber.
- ▶ **Selbstzufriedenheit** sollte man vom Wortsinn für das Therapieziel der meisten Menschen hal- ten – »Ich möchte mit mir selbst zufrieden sein« –, doch leider wird dieser Begriff meist mit **Selbstherrlichkeit** assoziiert, einer übertriebenen, überheblichen Sicht auf die eigene Person.
- ▶ Selbstwert kann **abhängig** oder **kontingent** sein, wenn er an bestimmte Bedingungen geknüpft wird: »Ich bin nur in Ordnung, wenn ...«. Wird der Selbstwert nicht an äußere oder innere Bedingungen geknüpft, spricht man von einem **unabhängigen** oder **nichtkontingenten** Selbst- wert.
- ▶ **Selbstakzeptanz** beschreibt eine akzeptierende Haltung der eigenen Person gegenüber: »Ich nehme mich so an, wie ich bin, mit allem, was ich an mir mag und allem, was mir an mir nicht gefällt.« Davon zu unterscheiden sind die **Selbstverbesserung** und **Selbstoptimierung**, die das Bestreben beschreiben, Unzulänglichkeiten immer weiter abzubauen.

Implizit und explizit. Der *explizite* Selbstwert beschreibt einen eher bewusstseinszugänglichen, kognitiven, »gedachten« Teil der Selbstbewertung, während der *implizite Selbstwert* den eher bewusstseins- fernen, »gefühlt« Teil des Selbstwertsystems beschreibt – eine Art Dauergefühl der eigenen Person gegenüber (INFO 21 »Herz und Verstand«).

Trait- und State-Selbstwert. Man kann von *Trait-Selbstwert* reden, wenn man eine überdauernde Selbstwertausprägung beschreibt: So denke und fühle ich die meiste Zeit über mich. *State-Selbstwert* hingegen meint das aktuelle Selbstwertempfinden in einem bestimmten Moment. Der *State-Selbstwert* bildet auch kurzfristige Schwankungen durch Lebensereignisse, Selbstwertkrisen oder experimentelle Manipulationen ab. Auch jemand mit hohem Trait-Selbstwert kann durch eine massive Attacke auf sei- nen Selbstwert mit einem niedrigen State-Selbstwert reagieren. Beispielsweise zeigen Studien, dass der Selbstwert fast aller Menschen sich verringert, wenn sie von ihren Beziehungspartner*innen verlassen werden (State-Selbstwert) – Menschen mit hohem Trait-Selbstwert erholen sich jedoch schneller von diesem »Knick« als Menschen mit niedrigem Trait-Selbstwert.

Selbstwertprobleme wirken sich auf allen Ebenen des Erlebens und Verhaltens aus:

- Im Denken erleben Menschen mit Selbstwertproblemen Gedanken wie »Ich bin wertlos«, »Ich bin nicht liebenswert«, »Ich bin ein Versager«.
- Im Gefühl begegnen uns gerade die negativen »Selbstwertgefühle«, z. B. Scham, Schuld und Angst.
- Im Verhalten können Selbstwertprobleme für viele dysfunktionale Strategien sorgen, unter denen die Betroffenen selbst und auch ihr Umfeld leiden kann (s. a. INFO 25 »Bewältigungsversuche – den Teufel mit dem Beelzebub austreiben«).

Bei der Klärung der Therapieziele ist es deshalb lohnend, gewünschte Veränderungen auf den verschiedenen Ebenen zu betrachten.

Subjektiver und objektiver Selbstwert

Bitte beachten Sie bei der Arbeit mit dem Buch: Wir gehen wie wichtige Vordenker auch davon aus, dass es nicht möglich und zudem ethisch hoch problematisch ist, Menschen einen globalen Wert zuzuschreiben und insbesondere verschiedenen Menschen unterschiedliche Werte zuzuschreiben. Der wahrgenommene Selbstwert stellt daher immer eine hoch subjektive, Schwankungen und Verzerrungen unterliegende Einschätzung ohne objektive Grundlage dar. Sprachlich genau müsste man deshalb immer von einem Selbstwertempfinden, einer Selbstwertschätzung oder Selbstbewertung sprechen. Wir verwenden jedoch durchgehend das Wort *Selbstwert* synonym für diese exakteren, aber weniger alltagssprachlichen Begriffe. Wenn wir also von einem höheren oder niedrigeren Selbstwert einer Person sprechen, ist nie der tatsächliche Wert seines Selbst gemeint, sondern immer die subjektive Selbstwertschätzung.

The Good, The Bad and The Ugly

Mit wem bekommen wir es in der Therapie zu tun? Beschreiben wir allein den phänotypischen, äußeren Eindruck, können wir bezüglich der Selbstwertausprägung drei Fälle unterscheiden – wir nennen sie *The Good*, *The Bad* und *The Ugly*.

The Good. The Good bezeichnet Menschen mit hohem, stabilem Selbstwert. Diese Personen denken über sich: »Ich bin okay und das wird sich auch so schnell nicht ändern.« Sie können angemessen selbstsicher auftreten und ihre eigenen Ziele verfolgen, ohne übermäßig von Selbstzweifeln angegriffen zu werden. Personen mit stabilem Selbstwert sind frei davon, ständig ihren Selbstwert zu steigern oder zu schützen. Solange keine außergewöhnlichen Krisen auftreten, sind Selbstwertthemen nicht weiter relevant.

Dieser Zustand ist der, den sich viele Menschen zu Beginn der Behandlung als Zielzustand wünschen.

The Bad. Der Zustand, in dem die meisten Menschen mit Selbstwertproblemen eine Therapie aufsuchen, ist The Bad. Die Personen leiden unter vermindertem, negativem oder brüchigem Selbstwert. Sie sind oft unsicher, trauen ihren eigenen Fähigkeiten nicht, halten sich für wenig liebenswert und »schwer vermittelbar«. Herausforderungen, bei denen man scheitern oder sich blamieren könnte, jagen ihnen große Angst ein, die zur Vermeidung einlädt. Menschen mit vermindertem Selbstwert stellen auch schnell ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten der Bedürfnisse anderer zurück – weil sie ihre eigenen Wünsche für weniger wichtig halten, sich nicht trauen, sie zu vertreten oder Angst haben, dass der seidene Faden, an dem ihre Beliebtheit hängt, dann reißen würde. The Bad bezeichnet den Prototypen eines Menschen mit vermindertem Selbstwert.

The Ugly. The Ugly bezeichnet Menschen, die erst auf den zweiten Blick Selbstwertprobleme offenbaren, weil sie eine grandiose oder auch aggressive Fassade vor sich hertragen. Diese Menschen werden kaum wegen ihrer gut verborgenen Selbstwertprobleme eine Therapie aufsuchen, eher wegen völlig

anderer Beschwerden oder wegen interaktioneller Probleme wie häufiger Konflikte und Kränkungssituationen. Während The Ugly durch unangenehme Verhaltensstrategien auffällt, leiden Betroffene hinter der Fassade genauso elend wie The Bad und haben deshalb im gleichen Maße Hilfe nötig und verdient, auch wenn ihr Verhalten es Behandler*innen schwer machen kann, die nötige Sympathie aufzubringen. Man mag hier schnell an Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsstrukturen denken, die nicht unbedingt die Diagnosekriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen müssen.

In der Therapie. The Good, The Bad und The Ugly brauchen vermutlich an unterschiedlichen Stellen Unterstützung, wenn sie eine Behandlung aufsuchen. The Good wird mit seinem stabilen Selbstwert wegen anderer Probleme zu uns kommen oder mit einer akuten, schwerwiegenden Krise, die den sonst positiven Selbstwert unterminiert hat. Da die Person über einen hohen »Trait«-Selbstwert verfügt, ist der aktuelle Knick wahrscheinlich relativ leicht zu überwinden. Bei The Good dürfte es sich in den meisten Fällen um relativ »einfache« Patient*innen handeln.

The Bad wird möglicherweise aufgrund der vorliegenden Selbstwertprobleme zu uns kommen oder aufgrund anderer Schwierigkeiten, die aber aller Wahrscheinlichkeit nach mit dem Selbstwertproblem zusammenhängen. The Bad bringt – im Gegensatz zu The Good – schon einen negativen »Trait«-Selbstwert mit. Die Selbstwertprobleme sind deshalb schwieriger und langwieriger zu behandeln als bei The Good (s. a. INFO 16 »Wunden und Narben«). The Bad bringt wahrscheinlich negative Grundannahmen über die eigene Person mit und wird uns eine schwierige Biografie berichten können, in der diese Grundannahmen geprägt wurden. The Bad wird der meistgesehene Gast sein, wenn wir Selbstwertprobleme behandeln. The Bad sind meist sehr dankbare Patient*innen, mögen aber aufgrund der Hartnäckigkeit negativer Grundüberzeugungen unsere Geduld auf die Probe stellen und Gefühle von Hilflosigkeit auf unserer Seite aktivieren (s. a. INFO 37 »Selbstverifikation«).

The Ugly hat seine Selbstwertprobleme vermutlich seit Jahren unter einer gut etablierten Maske und tendenziell unsympathischen Strategien vor sich und der Welt verborgen. Daher wird The Ugly unsere Praxis eher aufgrund anderer Probleme und häufig aufgrund interaktioneller Konflikte aufsuchen. The Ugly wird unsere therapeutische Kompetenz herausfordern, auch in Menschen, die aggressiv und abwertend auftreten, den hilfsbedürftigen, sympathischen Kern zu sehen. Bei The Ugly wird ein Großteil der Therapie sich darum drehen, schädliche interaktionelle Strategien abzubauen. Diese Strategien wird The Ugly auch uns gegenüber zeigen, was die Behandlung umso »aufregender« gestalten wird. Wir werden The Ugly freundlich und einfühlsam damit konfrontieren müssen, was sein Verhalten beim Gegenüber anrichtet. Um sich zu trauen, die alten, schädlichen Strategien loszulassen, muss The Ugly in der Therapie erst lernen, dass es gar nichts zu verbergen gibt, dass die pompöse Show und das aggressive Abwerten gar nicht nötig sind, weil auch The Ugly im Kern völlig in Ordnung ist.

Impliziter und expliziter Selbstwert

Befragt man das Selbstwertsystem, so kann man zwei unterschiedliche Antworten erhalten: eine verstandesmäßige, bewusstseinsnahe Antwort (»expliziter Selbstwert«) und eine eher gefühlsmäßige, bewusstseinsferne Antwort (»impliziter Selbstwert«). Vereinfacht können wir davon sprechen, dass unser Selbstwertsystem über zwei Sensoren verfügt. Ein eher affektiver Sensor und ein eher kognitiver Sensor.

Affektiver Selbstwert-Sensor. Der affektive Selbstwert-Sensor »erfährt« den Selbstwert aus Stimmungen, die aus der Erfüllung oder Frustrationen von Grundbedürfnissen resultieren. Seine Stärken bestehen in einer schnellen holistischen Beurteilung, die aufgrund hoher Automatisierung wenig kognitive Ressourcen verbraucht. Das affektive System kann uns dazu verhelfen, heuristische und pragmatische Einschätzungen »aus dem Bauch« zu treffen. Seine Schwächen bestehen in einer gewissen Grobheit, sein Urteil ist nicht sonderlich differenziert und folgt nicht immer den Gesetzen der Logik – sondern eher der Gewohnheit.

Kognitiver Selbstwert-Sensor. Der kognitive Selbstwert-Sensor ist evolutionär später entstanden und entwickelt sich auch in der Entwicklung eines Kindes später. Das kognitive System misst den Selbstwert durch den Abgleich unserer aktuellen Eigenschaften und Fähigkeiten mit einem Maßstab (»Wie bin ich und wie soll ich sein?«). Ein flexibler Sensor kann sich auf unterschiedliche Maßstäbe in unterschiedlichen Rollen und Umwelten einstellen. Dieses System ist hilfreich bei komplizierteren, vergleichenden Prozessen, bei denen es weniger auf Schnelligkeit als auf analytische Genauigkeit ankommt. Schwächen bestehen in seiner nur moderaten Geschwindigkeit und der geringeren emotionalen Überzeugungskraft.

Praxistipp

Dass der »gedachte« Selbstwert relativ intakt ist, lässt sich oft an wenig überraschten Reaktionen bei kognitiven Interventionen ablesen – z. B. wenn Patient*innen relativ früh im Therapieprozess sagen: »Ich weiß, dass ich so wertvoll bin wie andere, aber ...«, »Ich weiß, dass alle Menschen gleich viel wert sind, aber ...«.

Selbstwertkrisen. Die Unterscheidung von implizitem und explizitem Selbstwert erklärt, warum wir Selbstwertkrisen bei Menschen erleben können, die uns auf Nachfrage berichten würden, dass sie nicht an Selbstdurchdringung o. Ä. leiden – und dass Menschen uns oft nicht explizit erklären können, warum sie sich implizit furchtbar finden.

Praxistipp

Prüfen Sie bei einer akuten Selbstwertkrise eines/einer Patient*in vor allem:

- (1) Gab es eine Frustration wichtiger Grundbedürfnisse? Dann ist der affektive Sensor stärker beteiligt.
- (2) Gab es eine wichtige Diskrepanz-Erfahrung zwischen den Eigenschaften oder Fähigkeiten der Person und ihren Selbstbewertungsregeln? Dann ist der kognitive Sensor stärker beteiligt.

Die Unterscheidung von implizitem und explizitem Selbstwert offenbart, dass das Feld unterschiedlicher Selbstwertkonstellationen komplexer ist, als die äußere Betrachtung es erkennen lässt. Setzt man die Ausprägung von explizitem Selbstwert (hoch/niedrig) und implizitem Selbstwert (hoch/niedrig) zusammen, ergeben sich vier mögliche Konstellationen (s. Tab. 1).

Tabelle 1 Selbstwertkonstellation und verbundene Begriffe als Kombination von implizitem und explizitem Selbstwertsprägung

		implizit	
		hoch	niedrig
explizit	hoch	kongruent hoch	<ul style="list-style-type: none"> ► diskrepanz hoch ► fragil ► »Maskenmodell des Narzissmus« ► »Noisy«-Narzissmus
	niedrig	<ul style="list-style-type: none"> ► diskrepanz niedrig ► »beschädigt« ► »vulnerabler Narzissmus« ► »Closet«-Narzissmus 	kongruent niedrig

- (1) Einen kongruent niedrigen Selbstwert haben Menschen, bei denen explizite und implizite Bewertungen gleichermaßen negativ sind.
- (2) Ein »diskreptant hoher« oder »fragiler« (Bosson et al., 2003) Selbstwert bedeutet, dass der hohe explizite Selbstwert auf dem Sand eines implizit niedrigen Selbstwerts gebaut ist. Diese Konstellation entspricht in der Extremausprägung der traditionellen Vorstellung eines »Maskenmodells« des Narzissmus (z. B. Kernberg, 2006): Eine zur Schau gestellte Grandiosität überdeckt einen tatsächlich niedrigen Selbstwert. Diese Individuen sind nicht wirklich überzeugt von ihrem Wert und »überkompensieren« ihre Selbstzweifel (Raskin et al., 1991; Zeigler-Hill, 2006; Jordan et al., 2003).
- (3) Einen »diskreptant niedrigen« oder »beschädigten Selbstwert« (Schröder-Abé, 2007) zeigen Menschen, die sich implizit positiv bewerten, nach außen hin, explizit, aber einen negativen Selbstwert angeben und erleben. Vater et al. (2013) bringen diese Selbstwert-Konstellation mit dem Typus des »vulnerablen Narzissmus« in Verbindung (Wink, 1991). Diese Patient*innen wirken wie Menschen mit niedrigem Selbstwert, tragen aber unterliegende grandiose Erwartungen für sich selbst (Dickinson & Pincus, 2003). In den Kriterien des DSM-5 wird erstmals dieser Typus des »vulnerablen Narzissten« stärker gewürdigt. Der »grandiose« Narzisst ist leichter zu erkennen, seine schnell arrogante Angeberei ist leicht erkennbar, Gabbard (1989) nennt sie »noisy«. Der »vulnerable« Narzisst ist hingegen ein »covert« oder »closet narcissist«.
- (4) Das Therapieziel besteht in einem kongruent hohen Selbstwert: Wir wollen erreichen, dass Patient*innen sich sowohl implizit als auch explizit, also gefühlt und gedacht, affektiv und kognitiv realistisch-positiv bewerten. Je nach Patient*in kann es aber Unterschiede darin geben, welcher Selbstwert-Aspekt therapeutisch im Vordergrund stehen sollte – bei einer Person kann es mehr um den »gefühlt«, bei einer anderen stärker um den »gedachten« Selbstwert gehen.

Therapeutische Ansatzpunkte. In der therapeutischen Praxis können wir davon ausgehen, dass wir den expliziten Selbstwert eher durch kognitive Methoden erreichen, während wir den impliziten Selbstwert eher durch emotionsaktivierende und bedürfnisorientierte Interventionen beeinflussen.

Wichtig

Expliziter und impliziter Selbstwert stimmen nicht immer überein. Ein wirksamer Therapieansatz sollte auf beide Instanzen abzielen.

Der gefühlte Selbstwert gilt als schwieriger zu beeinflussen als der gedachte. Das ist verständlich: Ein negativer Selbstwert, der durch das affektive System geprägt ist, zeigt sich in einem globalen Gefühl, bei dem man – sowohl positiv als auch negativ – wenig mit Argumenten (und damit mit kognitiven Interventionen) ausrichten kann. William James sprach hier schon 1890 von einem »certain average tone of self feeling [...] which is independent of the objective reasons« (S. 306).

Praxistipp

Kann jemand keine »kognitiven Begründungen« für ein schlechtes Selbsterleben nennen, spricht das dafür, dass der negative Selbstwert vor allem durch das affektive System vermittelt ist.

Ein negativer gefühlter Selbstwert kann auch dazu führen, dass kognitive Interventionen kaum Durchschlagskraft entwickeln: Sie finden gemeinsam mit der Person glaubhafte, logische Gegenargumente gegen problematische Gedanken – sie kann sich emotional trotzdem nicht vom schlechten globalen Selbstwertgefühl distanzieren.

Praxistipp

Sicherlich fallen Ihnen Patient*innen ein, die sagen: »Ich weiß ja, dass ich objektiv genauso leistungsfähig bin wie andere – aber ich fühle mich trotzdem wie ein Versager, ohne begründen zu können, warum, es ist einfach so.«

Die Arbeit am gefühlten Selbstwert braucht etwas mehr Geduld und Frustrationstoleranz auf Seiten der Therapeut*innen als die Bearbeitung des gedachten Selbstwerts. Durch die Kenntnis dieser beiden Systeme können wir die Schwierigkeiten antizipieren und durch Psychoedukation auch unsere Patient*innen vor Hilf- und Hoffnungslosigkeit im Therapieverlauf schützen (s. INFO 21 »Herz und Verstand«).

Im Rahmen der Behandlung versuchen wir den gefühlten Selbstwert vor allem durch emotionsaktivierende Interventionen und durch die Verbesserung der Bedürfniserfüllung zu erreichen. Dazu stellt die bewusste Gestaltung der Therapiebeziehung ein wichtiges Werkzeug dar, denn dadurch können Patient*innen im geschützten Rahmen der Therapie neue, korrigierende Erfahrungen mit ihren Grundbedürfnissen machen. Außerdem erreichen wir das Gefühl – durch Stuhldialoge, Imaginationsübungen und Briefe an sich selbst – immer dann, wenn es weniger um Denken und Argumentieren geht und mehr ums Fühlen, Spüren und Ausprobieren.

Schädliche Selbstwertstrategien

Wenn Menschen sich in ihrem Selbstwert bedroht sehen, greifen sie zu mehr oder weniger hilfreichen Strategien, um der Bedrohung zu entkommen oder zumindest den Schaden zu minimieren.

Angesichts einer Bedrohung können Menschen mit Kampf, Flucht oder Unterordnung reagieren. Handelt es sich um eine Selbstwertbedrohung, so wird aus Kampf, Flucht oder Unterordnung: Selbstaufwertung, Bewertung vermeiden und Ertragen. Die Strategien sind in Tabelle 2 dargestellt. Die einzelnen Kategorien werden in den Informationsblättern für Patient*innen weiter mit Leben gefüllt.

Tabelle 2 Schädliche Selbstwertstrategien

Selbsterhöhung	Bewertung vermeiden	Ertragen
<ul style="list-style-type: none">► besonders sein / auffallen► besser sein als andere► mehr haben als andere► andere abwerten, um sich selbst aufzuwerten► einer überlegenen Gruppe angehören	<ul style="list-style-type: none">► Blamagen vermeiden und vorbeugen (Ablehnung und Misserfolg)► Publikum meiden, nicht im Mittelpunkt stehen► Herausforderungen aus dem Weg gehen, nur Dinge anfangen, bei denen man nicht scheitern kann► nicht anecken: unauffällig sein, sich anpassen, die eigene Meinung zurückhalten► ablenken	<ul style="list-style-type: none">► unterordnen, ertragen, gehorchen► sich schlecht behandeln lassen► in abwertenden Beziehungen ausharren► sich vernachlässigen► sich hergeben, aufopfern► es anderen recht machen

Für den therapeutischen Kontext können wir hinzufügen:

- Strategien der Selbstaufwertung begegnen uns häufig bei narzisstisch akzentuierten Patient*innen.
- Strategien von Flucht und Vermeidung begegnen uns häufig bei ängstlich-vermeidend akzentuierten Patient*innen.
- Strategien des Ertragens begegnen uns häufig bei dependent akzentuierten Patient*innen.

- Einen wilden, unvorhersehbaren Mix an Strategien finden wir bei emotional-instabil akzentuierten Patient*innen.

Menschen sind jedoch keineswegs auf eine Strategie festgelegt, sondern können je nach Situation unterschiedliche Strategien wählen. Je stärker Menschen unflexibel immer die gleiche Strategie wählen, desto größer ist die Nähe zur Persönlichkeitsstörung.

In der Therapie beschäftigen uns vor allem die dysfunktionalen Strategien, da diese weiteren Schaden anrichten; sie gilt es im Laufe der Therapie abzubauen und durch hilfreichere Strategien zu ersetzen. Dysfunktionalen Strategien ist gemeinsam, dass sie kurzfristig aversive Gefühle lindern sollen, langfristig jedoch das Problem aufrechterhalten oder neue, zusätzliche Probleme schaffen.

Selbstwertstrategien können auf unterschiedliche Art Schaden anrichten:

- Aufrechterhaltung: Indem Menschen ihre dysfunktionalen Strategien anwenden, verhindern sie, dass es zu korrekten Erfahrungen kommen kann. Alte Überzeugungen, Befürchtungen und Verhaltensbereitschaften werden gefestigt. Das geschieht in besonderem Maße bei Strategien der Vermeidung.

Beispiel

Eine Patientin wird gebeten, eine Rede auf der Weihnachtsfeier zu halten. Sie lehnt ab, aufgrund der Befürchtung, sich zu blamieren – sie vermeidet. So kann sie die Befürchtung »Ich hätte mich auf jeden Fall blamiert, ich kann so etwas einfach nicht« beibehalten. Hätte sie die Rede gehalten und festgestellt, dass sie sich nicht blamiert und vielleicht sogar positives Feedback erhalten, hätte sie eine korrigierende Erfahrung gemacht, die Befürchtung wäre widerlegt worden und ins Selbstbild wäre eingeschrieben worden: »Ich kann öffentlich reden, ohne mich zu blamieren.«

- Soziale Kosten: Dysfunktionale Selbstwertstrategien können auf das soziale Umfeld negativ wirken. Das ist insbesondere bei Strategien der Selbstaufwertung der Fall. Prahlen und das Abwerten anderer kann sehr abstoßend auf andere wirken. Aber auch Strategien der Vermeidung können einsam machen: Wer Einladungen nie nachkommt, sich aus sozialen Zusammenhängen heraushält, wird früher oder später nicht mehr eingeladen.
- Persönliche Kosten: Dysfunktionale Selbstwertstrategien können auf Kosten der wahren eigenen Bedürfnisse gehen und schaden damit direkt der Person selbst. Insbesondere bei Strategien des Ertragens ist das augenfällig: Wenn ich es den anderen immer recht mache, meine Bedürfnisse zurückstelle und bloß keine Umstände machen will, werden Grundbedürfnisse nicht erfüllt. Aber auch die Strategien der anderen Kategorien können sich in dieser Weise schädlich auswirken: Wenn ich mich ständig aufwerten muss, um Selbstwerterschütterungen aus dem Weg zu gehen, kann ich schwerlich durch echte, unbeschwerliche menschliche Begegnungen mein Bindungsbedürfnis erfüllen. Wenn ich jede Herausforderung vermeide, kann ich keine Kompetenzerfahrungen machen.

Therapeutischer Ansatzpunkt. Dysfunktionale Selbstwertstrategien tragen zu den negativen Konsequenzen der Selbstwertprobleme in erheblicher Weise mit und sind deshalb immer ein wichtiger Zielpunkt therapeutischer Interventionen.

Im Verlauf der Selbstwerttherapie beschäftigen sie uns fortlaufend. Dysfunktionale Strategien können sich schon im Erstgespräch in der Therapiebeziehung niederschlagen und direkt zum ersten Eindruck beitragen, den Therapeut*innen von neuen Patient*innen gewinnen. Wir müssen deshalb die dysfunktionalen Selbstwertstrategien ganz bewusst bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung beachten (s. INFO 7 »Schädliche Selbstwertstrategien in der Therapie«).

Wenn Patient*innen im Erstgespräch über ihre Beschwerden berichten, können wir als Therapeut*innen bereits Hypothesen darüber bilden, inwieweit dysfunktionale Strategien zu den Problemen beitragen.

In der Vorbereitungsphase reden wir explizit mit den Patient*innen über ihre Selbstwertstrategien, wenn wir uns ihren Umgang mit Selbstwertkrisen anschauen (s. INFO 25 »Bewältigungsversuche – den Teufel mit dem Beelzebub austreiben«).

Im späteren Therapieverlauf geht es darum, die dysfunktionalen Strategien loszulassen und/oder durch funktionalere zu ersetzen (s. INFO 52 »Problematische Selbstwertstrategien abbauen«). Es wird Patient*innen im späteren Therapieverlauf leichter als am Anfang gelingen, alte Strategien loszulassen, weil die übermäßig negative Sicht auf sich selbst und die überstrengen Anforderungen des »Soll-Ichs« dann bereits gelockert wurden. Tatsächlich kann es sich aber auch schon früher im Therapieverlauf lohnen, Gegenentwürfe zu schädlichem Verhalten zu erarbeiten und auszuprobieren; es gilt hier, die Therapieplanung mit Fingerspitzengefühl und ausreichend therapeutischer Flexibilität immer wieder an den Einzelfall anzupassen.

Selbstwert und Grundbedürfnisse

Die Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci (2017) versteht Selbstwert als Konsequenz aus der Erfüllung oder Frustration der Bedürfnisse nach sozialer Eingebundenheit, Kompetenz und Autonomie. Werden diese Bedürfnisse ausreichend erfüllt, so entwickelt sich ein stabiler Selbstwert, werden sie dauerhaft frustriert, entsteht ein instabiler, niedriger Selbstwert.

Selbstwert steht also nicht für sich, sondern fungiert als Steigbügelhalter anderer Bedürfnisse, deren evolutionärer Nutzen sich gut nachvollziehen lässt: Das Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit sorgt dafür, dass wir uns als Kinder an jemanden binden, der uns versorgt, später hilft es, dass wir in der Gemeinschaft leben können, einen Partner finden und unsere eigenen Nachkommen versorgen. Ein Bedürfnis nach Kompetenz hilft, die Fähigkeiten zu lernen und zu meistern, die wir zum Überleben brauchen – wer klettern, schwimmen und aus einem Feuerstein ein Messer fertigen kann, ist klar im Vorteil. Ein Autonomiebedürfnis hilft, unsere eigenen Ziele zu verfolgen, statt nach einer fremden Pfeife zu tanzen, was nicht unseren, sondern fremden Genen zugutekommen würde.

Wichtig

Die Selbstbestimmungstheorie versteht das Selbstwertempfinden als Konsequenz aus der Erfüllung der Grundbedürfnisse nach sozialer Eingebundenheit, Kompetenz und Autonomie.

Es geht um Leben und Tod. Aus einer evolutionären Perspektive sollten wichtige, energieverbrauchende Systeme einen Überlebensvorteil versprechen, sonst wären sie entweder nie entstanden oder hätten sich im Laufe der Entwicklung abgeschlichen. Die Verbindung des Selbstwerts zu überlebenswichtigen Grundbedürfnissen scheint daher naheliegend.

Diese Sichtweise kann uns helfen, die starken Gefühle nachzuvollziehen, die Menschen im Rahmen von Selbstwertkrisen erleben. Es geht eben nicht nur darum, »ob ich mich gut oder nicht so gut finde« – für das Gefühl geht es um Leben und Tod, denn es steht auf dem Spiel,

- ▶ ob ich von der überlebenswichtigen Gruppe ausgeschlossen werde (Bedürfnis nach Zugehörigkeit),
- ▶ ob meine Fähigkeiten ausreichen, um in der Welt zurechtzukommen (Bedürfnis nach Kompetenz) und
- ▶ ob ich mein Leben selbstbestimmt in die Hand nehmen und nach meinen Vorstellungen ausrichten kann (Bedürfnis nach Autonomie).

Schon Erich Fromm erklärt, dass der Verlust einer Selbstwertquelle für manche Menschen »gleichbedeutend mit einer Bedrohung seines Lebens« (Fromm, 1988, S. 75) sei.

Hilfe auf Umwegen. Wenn Selbstwert keinen Zweck an sich darstellt, sondern einen Erfüllungsgehilfen anderer wichtiger Bedürfnisse, dann müssen wir in der Praxis zur Linderung von Selbstwertproblemen nicht immer direkt an der Selbstbewertung ansetzen. Helfen wir Menschen, ihre Grundbedürfnisse zu erfüllen, sollte sich das auch positiv auf ihren Selbstwert auswirken – selbst, wenn wir kein einziges Mal explizit über Selbstwert sprechen.

Unser Bedürfnismodell orientiert sich an der Selbstbestimmungstheorie nach Ryan und Deci (2017); aus pragmatischen Gründen haben wir die Begrifflichkeiten zum Teil abgewandelt (s. Abb. 1).

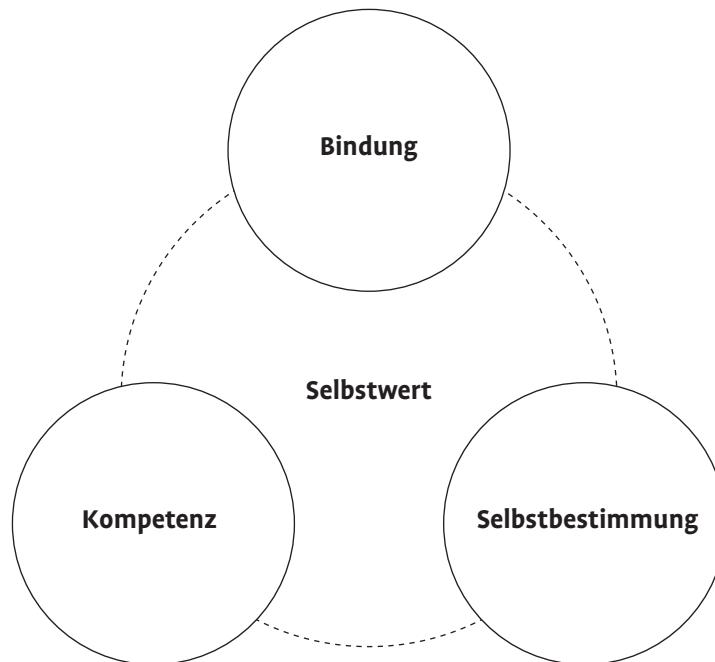


Abbildung 1 Grundbedürfnisse speisen den Selbstwert

Anhand des Modells erklären wir Patient*innen, dass die drei Grundbedürfnisse *Bindung*, *Kompetenz* und *Selbstbestimmung* den Selbstwert speisen. Dabei spielen biografische Erfahrungen ebenso eine Rolle wie die Bedürfnisbefriedigung in der Gegenwart. Ein Mangel kann aktuell bestehen und in der Gegenwart dem Selbstwert eine »Wunde« versetzen. Ebenso können Mängel in der Vergangenheit einen negativen Selbstwert geprägt haben – im Sinne einer »Narbe«.

Ungleichgewicht in den Grundbedürfnissen: Standbein und Spielbein

Alle Grundbedürfnisse sind wichtig für den Selbstwert, ideal ist eine ausbalancierte Erfüllung der Grundbedürfnisse. Sowohl Überbetonungen von Bindung in der Familie zu Ungunsten anderer Bedürfnisse wie Selbstbestimmung oder Kompetenz (z. B. in Form von Überbehütung) als auch Überbetonungen von Autonomie und Selbstentfaltung zu Ungunsten von Bindungserfahrungen können sich negativ auswirken.

Frustrationen eines Grundbedürfnisses können dazu führen, dass andere Bereiche überbetont werden: Wenn das eine Bein zu schwach ist, lehne ich mich einseitig auf das starke Bein.

Wenn Individuen z. B. schlechte Bindungserfahrungen machen, könnten sie beginnen, ihren Selbstwert hauptsächlich auf das Bein der Selbstbestimmung zu stellen. Ein Patient, dessen Eltern emotional kalt waren, kann versuchen, diesen Mangel auszugleichen, indem er alles auf Erfolg

setzt und zu einem »Selfmademan« wird, der auf niemanden außer auf sich selbst beim Erreichen seiner Ziele angewiesen ist, keinerlei Abhängigkeiten von anderen Menschen zu kennen und sich selbst genug zu sein scheint. Es kommt zu einer extremen Überbetonung der »Agency« zu Ungunsten der »Communion«: Das Erleben und die Zurschaustellung von Kompetenz und Selbstbestimmung werden überbetont gegenüber dem Erleben und Suchen nach intimen Beziehungen und der Empathie für andere und dem Interesse an anderen Menschen. Ein analoges Phänomen – mit umgekehrten Vorzeichen – lässt sich bei dependenten Partnern annehmen, die ihren Selbstwert aus der Bindung zum Partner speisen und dafür auf die eigene Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung verzichten.

Eine anhaltende, gleichmäßige Erfüllung aller Grundbedürfnisse bleibt dabei natürlich ein illusorisches Ideal – auch auf Bedürfnisebene müssen ständig Kompromisse gefunden und eine tragfähige Balance hergestellt werden, zumal sich die Grundbedürfnisse selbst zum Teil gegenseitig widersprechen: Ich kann schwer der treusorgende Familienvater (Bindung) sein und gleichzeitig der vollständig unabhängige Easy Rider, der jede Nacht an einem anderen Ort sein Lager aufschlägt (Selbstbestimmung). Schädlich wirken sich erst anhaltende und schwerwiegende Frustrationen aus.

Selbstwert und Selbstdiskrepanz

Neben dem Modell der Grundbedürfnisse basiert das zweite Modell, das unseren Behandlungsvorschlägen einen konzeptionellen Rahmen gibt, auf der Selbstdiskrepanztheorie von Higgins (1987). Sie postuliert, dass Menschen Vergleiche zwischen ihrem aktuellen Selbstkonzept (Aktual-Selbst) und der Vorstellung davon, wie sie sein sollten einerseits (Pflicht-Selbst) und dem, wie sie sein wollen andererseits (Ideal-Selbst) vollziehen. Diskrepanzen zwischen diesen drei Selbstbildern äußern sich differenziell in aversiven Gefühlen: Gefühle von Bedrohung und Angst werden vor allem bei einer Diskrepanz zwischen Pflicht- und Aktual-Selbst beschrieben. Laut Higgins blickt das Individuum hier vermeidungsmotiviert auf An- oder Abwesenheit von Strafe und Bedrohung. Diskrepanzen zwischen Ideal- und Aktual-Selbst korrespondieren wiederum stärker mit dem Belohnungssystem – hier blickt das Individuum annäherungsmotiviert auf An- oder Abwesenheit von Belohnungen.

Aus pragmatischen Gründen haben wir das Modell vereinfacht und verwenden eigene Bezeichnungen für die Komponenten. Wir erklären Patient*innen anhand einer einfachen Skizze, dass Menschen nicht eins, sondern mindestens drei Selbstbilder in sich tragen – Bin-Ich, Soll-Ich und Wunsch-Ich (s. Abb. 2). Selbstwertprobleme entstehen, wenn es starke Diskrepanzen zwischen diesen Selbstbildern gibt: »Ich bin nicht so, wie ich sein sollte und so wie ich sein sollte, will ich gar nicht werden.«

Bin-Ich. Das Bin-Ich stellt das aktuelle Selbstbild dar. Es ist bei Therapiebeginn häufig unvollständig und negativ verzerrt. Deshalb besteht das Therapieziel darin, die Selbstwahrnehmung realistischer zu gestalten, negative Verzerrungen abzubauen und die Komplexität des Selbstbilds zu erhöhen. Empirische Befunde belegen, dass eine höhere Komplexität des Selbstbilds mit höherem Selbstwert einhergeht (»To know oneself is to like oneself«, Baumgardner, 1990).

Soll-Ich. Das Soll-Ich stellt internalisierte Ansprüche und Selbstbewertungsregeln dar – es bildet die Vorstellung der Person davon ab, wie ein Mensch sein müsste, um wertvoll zu sein. Es ist bei Therapiebeginn häufig übermächtig und stellt unerreichbare Forderungen, die die Person unter Druck setzen oder gar lähmen und hilflos machen. Das Therapieziel besteht deshalb darin, die im Soll-Ich abgebildeten Maßstäbe neu zu reflektieren und bewusst zu entscheiden, ob die Bewertungsmaßstäbe zu den eigenen Werten passen. Die Selbstbewertungsregeln sollen bewusst gemacht, auf Vor- und Nachteile untersucht werden und schließlich soll die Person bewusst entscheiden können, welche Regeln der Selbstbewertung sie erhalten, welche sie verwerfen und welche sie modifizieren möchte.

Wunsch-Ich. Das Wunsch-Ich bildet eine Vorstellung davon ab, wie die Person gerne sein und leben würde, wenn sie völlig frei entscheiden könnte und keine fremden Vorgaben erfüllen müsste.

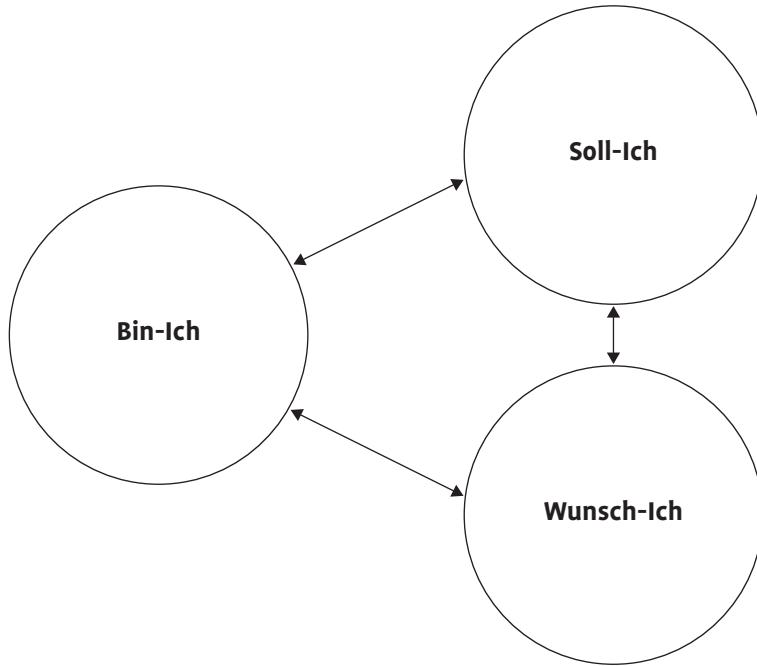


Abbildung 2 Selbstdiskrepanz

Kombination der Modelle

Über die Kombination des Bedürfnismodells und des Selbstdiskrepanzmodells lassen sich Entstehungsbedingungen von Selbstwertproblemen gut erklären, gleichzeitig können therapeutische Ansatzpunkte sowohl für die Arbeit am expliziten Selbstwert als auch am impliziten Selbstwert abgeleitet werden.

Das Bedürfnismodell deckt eher den impliziten, bewusstseinsfernen, »gefühlten« Teil des Selbstwerts ab (s. a. INFO 21 »Herz und Verstand«). Erfahrungen mit den Grundbedürfnissen prägen den impliziten Selbstwert, finden aber auch einen expliziten Niederschlag in den Komponenten des Selbstdiskrepanzmodells. Frustrierende Erfahrungen mit den Grundbedürfnissen werden sich in einer negativen Betrachtung des Bin-Ichs niederschlagen: Wir betrachten uns so, wie wichtige andere uns betrachtet haben.

- ▶ Wird mein Bedürfnis nach Bindung frustriert, werde ich lernen: »Ich bin nicht liebenswert.«
- ▶ Wird mein Bedürfnis nach Kompetenz und Anerkennung frustriert, werde ich über mich lernen: »Ich kann nichts, ich bin nicht gut genug, ich bin unfähig.«
- ▶ Wird mein Bedürfnis nach Selbstbestimmung frustriert, werde ich über mich lernen: »Ich kann meinen Entscheidungen nicht trauen, ich darf nicht tun, was ich will, ich muss tun, was die anderen von mir verlangen.«

Diese Annahmen über die eigene Person werden im Bin-Ich abgebildet. Abbildung 3 verdeutlicht, wie sich Erfahrungen mit Erfüllung und Frustration von Bedürfnissen auf die Selbstwahrnehmung auswirken.

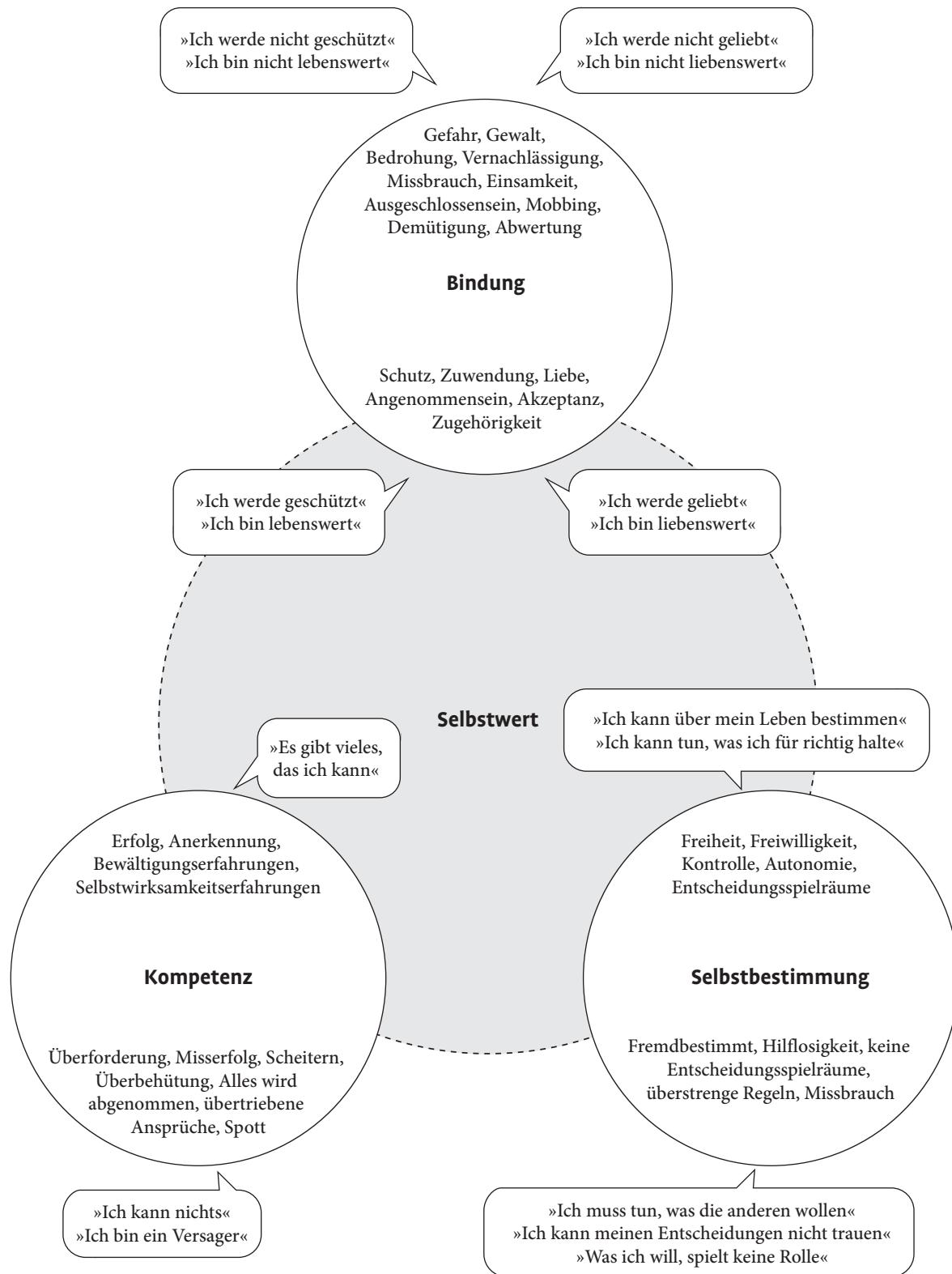


Abbildung 3 Erfüllung und Frustration von Grundbedürfnissen

In dieser Komponente finden wir die Grundannahmen des kognitiven Modells; schon Beck (1999) ging davon aus, dass es nur zwei Komponenten dysfunktionaler Grundannahmen gibt: nicht liebenswert sein und hilflos sein – und das in vielen unterschiedlichen Variationen. In dieser Kategorisierung sind die Bedürfnisse nach Kompetenz und Selbstbestimmung zu einer Kategorie zusammengefasst.

Auch das Soll-Ich entsteht aus der Erfahrung mit Grundbedürfnissen, insbesondere mit den Kontingenzen der Bedürfniserfüllung: Es bildet die *Bedingungen* ab, die zu erfüllen sind, damit meine Grundbedürfnisse erfüllt werden. Wenn mein Vater nur dann liebevoll reagiert, wenn ich gute Zensuren nach Hause bringe, wird im Soll-Ich verankert: »Du musst erfolgreich sein.« Hier finden wir die bedingten Annahmen des kognitiven Modells wieder (»Du bist nur liebenswert, wenn du erfolgreich bist«) oder die *Mussturbationen* nach Albert Ellis. Das Soll-Ich wird quasi zum Geiselnehmer, der sich mit den Geiseln Bindung, Erfolg und Selbstbestimmung verschanzt und sie erst freilässt, wenn die Verhandler seine Bedingungen erfüllen.

Sogar das Wunsch-Ich entsteht aus Erfahrungen mit den Grundbedürfnissen: Es bildet eine Vorstellung davon ab, wie das Leben der Person wäre, wenn es keine Bedingungen erfüllen müsste, um die Erfüllung seiner Bedürfnisse zu erreichen.

Wichtig

Die beiden Modelle »Grundbedürfnisse speisen den Selbstwert« und »Selbstdiskrepanz: Bin-Ich, Soll-Ich, Wunsch-Ich« bilden den Rahmen für die Selbstwerttherapie. Auf dem Hintergrund dieser Modelle können Sie die Ausgangslage bestimmen, Hypothesen über die Ätiologie der Probleme aufstellen und Ansatzpunkte für die Veränderung finden.

Zusammenfassung

Selbstwert und Selbstdiskrepanz

Aus den Erfahrungen mit Grundbedürfnissen einerseits und aus der Vermittlung von Wertmaßstäben andererseits bilden sich drei Selbstbilder heraus: das Bin-Ich, das Soll-Ich und das Wunsch-Ich.

- Das Bin-Ich zeigt einen Schnappschuss davon, wie eine Person sich selbst sieht.
- Das Soll-Ich zeigt, wie man sein müsste, um alle Forderungen und Wertmaßstäbe zu erfüllen.
- Das Wunsch-Ich zeichnet ein Bild davon, wie man gerne wäre, wenn es möglich wäre, die Grundbedürfnisse zu erfüllen, ohne dafür fremde Bedingungen erfüllen zu müssen.

Selbstwertprobleme entstehen dann, wenn große Diskrepanzen zwischen diesen drei Selbstbildern bestehen.

Ableitung des Therapieplans

Die prototypische Konstellation der Selbstdiskrepanz zu Beginn der Behandlung sieht so aus:

- (1) Das Bin-Ich ist negativ verzerrt, die Betroffenen sehen sich selbst schlechter, als sie eigentlich sind. Außerdem ist das Bin-Ich unvollständig, der Blick auf sich selbst ist auf kleine Ausschnitte der gesamten Person verengt. So mag eine essgestörte Patientin hauptsächlich auf ihr Gewicht fokussieren und wenig darüber nachdenken, ob sie nett zu anderen Menschen ist oder musikalisch. Ein Burnout-Patient mag eher mit Leistungsfragen beschäftigt sein und andere Bereiche seiner Persönlichkeit unbeachtet lassen.
- (2) Das Soll-Ich wird oft als übermächtig erlebt und enthält übertriebene oder gar unerreichbare Forderungen, die den Betroffenen häufig auch fremd vorkommen und gar nicht wie eigene Ziele und Wertvorstellungen, eher wie fremde Vorgaben, die es zu erfüllen gilt.