

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

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

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

Ausgabe 15/2007

Konzept und Konstrukt des Selbstwertes und seine Relevanz für die Psychotherapie

Dorothee Keller *

* Aus dem „**Department für psychosoziale Medizin und Psychotherapie**“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Donau-Universität Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Master of Science Lehrgang „Psychotherapeutische Psychologie“, **Donau-Universität Krems**. Diese Arbeit wurde auf der Grundlage einer Masterthese an der Donau-Universität Krems erstellt. Betreuer Prof. Dr. H.G. Petzold.

Vorwort

Beim Schreiben dieser Arbeit wurde ich zu Beginn mit meinem eigenen Selbstwert und meinen Selbstzweifeln konfrontiert, da mir diese Aufgabe kaum bewältigbar schien. Mich diesem Problem zu stellen, liess mein Selbstvertrauen wachsen und mein Selbstbewusstsein stärker werden. Dabei konnte ich immer wieder auf Ermutigung, Unterstützung und aufbauende Kritik zählen. Speziell danken möchte ich Doris Signer für ihre kompetente und engagierte Unterstützung während des gesamten Schreibprozesses, Prof. Hilarion Petzold für seine wertvollen und konstruktiven Hinweise und René Ullmann für die kontinuierliche fachliche Begleitung meiner therapeutischen Arbeit. Ein solches Projekt lässt jedoch auch die Familie nicht unbetroffen und deshalb bedanke ich mich bei meinem Mann Peter Knöpfel und meiner Tochter Seraina ganz herzlich. Beide brachten immer wieder viel Geduld und Verständnis auf, wenn ich durch die Denk-, Lese- und Schreibarbeit absorbiert war. Ein Dank gebührt auch meinen PatientInnen, von denen ich in unserer gemeinsamen Arbeit sehr viel lernen konnte. Die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik, die sich mit persönlichen und beruflichen Erfahrungen verknüpft, führte zu neuen Erkenntnissen, die nun wiederum in einer Art wechselseitigem Lern- und Entwicklungsprozess befruchtend in meine weitere Arbeit als Psychotherapeutin einfließen können.

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	1
INHALTSVERZEICHNIS	1
EINLEITUNG	3
1. DAS SELBST UND DAS SELBSTWERTERLEBEN	4
1.1 DEFINITION UND BEGRIFFSKLÄRUNG	4
1.2 SELBST, ICH, IDENTITÄT UND SELBSTWERT	5
1.2.1 <i>Entwicklung des Selbst, des Ich und der Identität</i>	8
1.2.2 <i>Entstehung und Entwicklung des Selbstwertyerlebens</i>	10
1.2.3 <i>Neurobiologische Korrelate</i>	12
1.3 INTERAKTIONEN DES SELBSTWERTERLEBENS MIT VERSCHIEDENEN EMOTIONEN	13
1.3.1 <i>Scham</i>	13
1.3.2 <i>Ärger</i>	14
1.3.3 <i>Angst</i>	15
2. SYNERGEM SELBSTWERT	17
2.1 THEORETISCHER HINTERGRUND DES SELBSTWERTS.....	17
2.2 SELBSTWERTDYNAMIK	19
2.2.1 <i>Selbstwertquellen</i>	19
2.2.2 <i>Selbstwertgefährdung bzw. Selbstwertbedrohung</i>	20
2.3 SELBSTWERTREGULATION: SELBSTWERTSCHUTZ UND –ERHÖHUNG.....	21
2.3.1 <i>Selbstbewertung und Selbstdarstellung</i>	23
2.3.2 <i>Fremdeinschätzung und Selbstwert</i>	25
2.4 SELBSTWERTERFASSUNG.....	25
3. SELBSTWERTERLEBEN UND PSYCHISCHE STÖRUNGEN	27
3.1 KLINISCHE PHÄNOMENE DES SELBSTWERTES UND DIAGNOSTIK	27
3.2 NIEDRIGER SELBSTWERT / INSUFFIZIENZGEFÜHLE / VERMINDETE SELBSTACHTUNG	30
3.2.1 <i>Depression</i>	30

3.2.2 Angsterkrankungen.....	31
3.2.3 Persönlichkeitsstörungen.....	32
3.2.4 Abhängigkeitserkrankungen	33
3.3 GESTEIGERTES SELBSTWERTERLEBEN / SELBSTÜBERHÖHUNG / GRANDIOSITÄT	34
3.4 INSTABILES SELBSTWERTERLEBEN	35
3.4.1 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	36
3.4.2 Narzisstische Persönlichkeitsstörung	36
3.5 VERKNÜPFUNG VON KÖRPERLICHEM SELBSTBILD UND/ODER KÖRPERGEWICHT UND SELBSTWERT.....	37
3.5.1 Essstörungen.....	37
3.6 SELBSTWERTKONFLIKTE.....	38
4. 4. PSYCHOTHERAPIE UND SELBSTWERTERLEBEN	39
4.1 STÄRKUNG, BEEINFLUSSUNG UND VERÄNDERUNG DES SELBSTWERTES	39
4.2 THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG – SELBSTWERTSTÄRKUNG ODER –BEDROHUNG?	41
4.2.1 Modalitäten zwischenmenschlichen Miteinanders.....	44
4.3 RESSOURCENORIENTIERUNG ALS SELBSTWERTQUELLE.....	46
4.4 PROTEKTIVE FAKTOREN ALS SELBSTWERTSCHUTZ	47
4.5 SELBSTWAHRNEHMUNG / SELBSTBEWERTUNG / SELBSTAKZEPTANZ.....	49
4.5.1 Selbstdarstellung als Möglichkeit der Selbstwertregulation und Selbstkontrolle.....	51
4.6 RISIKEN DER SELBSTWERTSTABILISIERUNG.....	52
5. NONVERBALE ZUGÄNGE DER INTEGRATIVEN THERAPIE ZUR ARBEIT AN SELBSTREFERENTIELLEN PERZEPTIONEN, EMOTIONEN UND KOGNITIONEN	53
5.1 DER „SCHÖPFERISCHE, KO-KREATIVE MENSCH“	53
5.2 INTEGRATIVE LEIB- UND BEWEGUNGSTHERAPIE	55
5.2.1 Selbstwahrnehmung und Selbsterleben.....	56
5.2.2 Kraft, Aggression und Ausdruck.....	58
5.2.3 Zwischenleiblichkeit, Bezogenheit und Grundvertrauen	59
5.3 ARBEIT MIT KREATIVEN MEDIEN	60
5.3.1 Selbstbild.....	61
5.3.2 Persönlichkeitsinventar: Innere Kinder und Kinderländer	62
5.3.3 Emotionale Differenzierungsarbeit.....	63
6. ZUSAMMENFASSUNG	65
7. LITERATUR	68

Einleitung

In meiner therapeutischen Arbeit in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis begegnen mir häufig Menschen, die an sich zweifeln, sich selbst nichts zutrauen, sich selbst nicht akzeptieren, sich lebensunwert fühlen oder sich selbst überschätzen – kurz: Menschen, die Probleme mit ihrem Selbstwerverleben haben. Sie leiden unter der negativen Bewertung von sich selbst und den damit einhergehenden negativen Gefühlen, können ihr Idealselbst und Realselbst nicht miteinander vereinbaren oder ihre Selbstwertkonflikte drücken sich in Beziehungsstörungen aus. Häufig wird als anzustrebendes Therapieziel denn auch der Wunsch geäußert, selbstbewusster und selbstsicherer werden oder das Selbstvertrauen stärken zu wollen. Aus diesem Grunde möchte ich mich in meiner Masterarbeit vertiefter mit dem Thema des Selbstwertes, bzw. des Selbstwerverlebens und den Möglichkeiten therapeutischer Bearbeitung auseinandersetzen. Obwohl Selbstwertprobleme weder im ICD-10 noch im DSM-IV klassifiziert sind, begleiten sie als Symptome viele psychische Störungsbilder sowie Problemverhaltensweisen (bspw. Affektive Störungen, Abhängigkeitserkrankungen oder bestimmte Persönlichkeitsstörungen, aber auch Zwangserkrankungen, Traumata oder Angststörungen sowie Aggressivität).

Wie Menschen sich selbst wahrnehmen und über sich denken, spielt eine wichtige Rolle für ihr Erleben und Verhalten. Schütz (2003) betrachtet den Selbstwert als zentralen psychologischen Faktor. Ein positiv getöntes Bild von der eigenen Person trägt denn auch viel zu unserem psychischen Wohlbefinden, zu unserer Beziehungs- und Leistungsfähigkeit bei. Das Selbstwertgefühl weist als einzige Emotion einen positiven und einen negativen Pol auf. Positiv tritt es als Freude, Stolz, Selbstachtung, Vertrauen in sich und die eigene Leistung, bis hin zu Machtrausch und Grössenwahn auf. Negativ finden wir es unter den Bezeichnungen Minderwertigkeitsgefühl, Selbstunsicherheit, Kränkung, Demütigung oder Unterlegenheit. Ein gutes und stabiles Selbstwerverleben tritt selten ins Bewusstsein und hängt mit dem Gefühl der eigenen Zufriedenheit, Güte, Leistung, Qualität, Macht und Überlegenheit zusammen. Selbstunwerverleben kann sich jedoch quälend bemerkbar machen durch Selbstzweifel, Angst, Scheu, Peinlichkeit und Versagensgefühle (vgl. Kruse 1991, 136f.). Obwohl unser Selbstwert-/Selbstunwerverleben im Laufe unserer Entwicklung beeinfluss- und veränderbar bleibt, wird es im Erwachsenenalter als relativ stabile Grösse angesehen. Trotzdem ist er lebenslang immer wieder Gefährdungen ausgesetzt, sei es durch narzisstische Kränkungen, durch Misserfolge, durch Entzug der gewohnten Anerkennung sowie aufgrund kritischer oder traumatischer Lebensereignissen. Deshalb kommt der Aufgabe einer befriedigenden Selbstwertregulation während unseres ganzen Lebens eine grundlegende Bedeutung zu.

Gerade in den letzten 20 Jahren rückte das Selbst, Selbstkonzept als auch der Selbstwert wieder vermehrt in den Blickpunkt der Forschung. Mit diesem Forschungsgegenstand sind sowohl sozial-, motivations-, entwicklungs- und persönlichkeitspsychologische sowie klinische Fragestellungen verbunden. Im Rahmen dieser Arbeit kann kein umfassender Überblick über die gesamte theoretische Literatur und Forschung der grundlagenpsychologischen Fächer zum Konzept und Konstrukt des Selbstwertes gegeben werden. Die theoretischen Grundlagen sollen jedoch daraufhin ausgelotet werden, welche Bedeutung sie im Anwendungsfeld der Psychotherapie haben und wie Störungen des Selbstwertes therapeutisch begegnet werden kann. Dazu dienen mir folgende Fragestellungen:

- Welche theoretischen Konzepte des Selbstwertes sind für die psychotherapeutische Arbeit von Bedeutung?
- Wie äussern sich Selbstwertprobleme in der klinischen Praxis?
- Wie kann positives Selbstwerverleben in der psychotherapeutischen Arbeit aufgebaut, gestärkt oder verändert werden?

In der Arbeit sollen vorerst unterschiedliche Konzepte zu Definition, Entstehung, Theorie, Dynamik und Regulierung des Selbstwertes zur Darstellung gelangen. In einem zweiten Teil soll die Theorie auf ihre Tauglichkeit für die klinische Praxis überprüft werden. Vorerst wird aufgezeigt, wie sich Selbstwertprobleme in der therapeutischen Praxis im Hinblick auf psychische Störungsbilder äussern und welche Möglichkeiten der therapeutischen Arbeit mit Selbstwertproblemen sich auf dem Hintergrund der Integrativen Therapie anbieten. Der Schwerpunkt liegt dabei auf niedrigem und instabilem Selbstwerverleben. Da sich selbstreferentielle Perzeptionen, Gefühle und Kognitionen und Volitionen entwicklungsgeschichtlich bereits sehr früh, in der präverbalen Zeit, auszubilden beginnen, möchte ich daran anknüpfend in einem letzten Teil deren Bearbeitung anhand nonverbaler Zugänge der Integrativen Therapie beleuchten und anhand entsprechender Fallbeispiele illustrieren.

1. Das Selbst und das Selbstwerverleben

1.1 Definition und Begriffsklärung

Der Begriff Selbstwert (-Gefühl) - an der Schnittstelle von Emotion, Motivation, Volition und Kognition - stellt innerhalb der Affekte einen Spezialfall dar. So ist es empfehlenswert beim Konzept Selbstwert gemäss der Differenzierung von Petzold (1993a, 696f) sowohl die kognitive Komponente der Einschätzung (appraisal, präfrontal) als auch den emotionalen Aspekt der Bewertung (valuation, limbisch) durch eine Person zu berücksichtigen, auch wenn der Begriff Selbstwertgefühl eher auf Emotionen zu verweisen scheint. Heute aber wird die Verschränkung von kognitiven und emotionalen Bereichen im cerebralen Processing betont (ebd. 814f). Integrative Konzepte wie „emotionale Intelligenz“ oder „reflexive Sinnlichkeit“ zeigen dies an (Heuring, Petzold 2003).

Kanning (2000) und Schütz (2003) verstehen den Selbstwert als Bestandteil einer Selbstkonzeption einer Person, bzw. als Ergebnis einer Bewertung des Selbst. Auch für Laux und Weber (1993, 50) stellt der Selbstwert kein Gefühl im engeren Sinn dar, sondern er ergibt sich aus einem kognitiven Bewertungsprozess. Je nachdem wie diese Beurteilung ausfällt, können jedoch positive oder negative Gefühle hervorgerufen werden: *„der Selbstwert oder das Selbstwertgefühl umfasst die affektiven Urteile einer Person über sich selbst“* (ebd.). Die Art und Weise wie jemand über sich denkt, muss jedoch nicht völlig damit übereinstimmen wie jemand sich selbst empfindet. Wells und Marwell (1976; in: Kruse 1991, 136) differenzieren deshalb *„klar zwischen Selbstevaluation als der kognitiven Seite und self-affection als der emotionalen Seite des Selbstbezuges“* und machen dadurch deutlich, dass die Qualität beider Prozesse unterschiedlich sein kann. Die Integrative Emotionstheorie stellt aber heraus, dass diese beiden Seiten verschränkt sind (Petzold 2003, 631ff.; Heuring, Petzold 2003), was auch durch die neuropsychologische Sicht eines ganzheitlich arbeitenden Gehirns unterstrichen wird (Lurija 1992; Petzold, Sieper 2007). Ich schliesse mich im Folgenden diesem Verständnis an.

Der Selbstwert kann sowohl für einzelne Teilbereiche oder Aspekte einer Person oder deren Gesamtheit der Bewertungen stehen, die jeweils affektiv, normativ, sozial oder volitional geprägt sein können. Somit beinhaltet der Begriff Selbstwert sowohl eine stabile, globale als auch sehr variable, spezifische Evaluationen der eigenen Person. *„Dabei kann ein Mensch prinzipiell so viele verschiedene Selbstwerte aufweisen, wie er unterschiedliche Konzeptionen von der eigenen Person aufgebaut hat“* (Kanning 2000, 11). Der Begriff Selbstwert im Singular entspricht jedoch nicht dieser Realität der verschiedenen Selbstkonzepte und -werte einer Person und verweist ebenso wenig auf die Zweiteilung der positiven und negativen Selbstbewertung. Je mehr Selbstkonzepte, bzw. Selbstwerte einem Menschen bewusst sind und je mehr Unterscheidungen in diesem Bereich gemacht werden können, desto höher ist die Selbstkomplexität einer Person. Der Begriff Selbstwert unter-

scheidet jedoch nicht, auf welchem Niveau der Komplexität sich die fragliche Selbst-Bewertung bewegt.

Selbstwertgefühl wird in Dorsch (1987, 603) definiert als „*eine stationäre Gestimmtheit des Selbstseins, mit dem der Mensch sich als Träger eines Wertes erlebt. Seine Verneinung ist das Minderwertigkeitsgefühl*“. Zumindest die Bewertung zentraler Selbstkonzepte einer Person oder extreme Bewertungen sind mit intensivem gefühlsmässigem Erleben verbunden, was sprachlich mit dem Begriff des Selbstwertgefühls zum Ausdruck gebracht wird. Entgegen gängiger Vorstellungen der meisten Emotionstheorien (z.B. Izard 1981; in Petzold 2003) definiert Kruse (1991) das positiv konnotierte Selbstwertgefühl und dessen negatives Pendant, das Wertlosigkeitsgefühl, als basale bzw. komplexe Emotionen für den Wert, den wir uns selbst geben und der uns von aussen zugeschrieben wird. Kruse (1991, 136) geht dabei vom Selbstwertgefühl als der psychischen Struktur des Selbst aus, die dieses strukturiert und „*eng mit der Leistungsmotivation, mit Dominanz- und Rivalitätsverhalten*“ verbunden ist. Frey und Hausser (1987; in Kruse 1991, 247) sprechen vom Selbstwertgefühl „*als generalisierte emotionale Komponente von Identität*“, Kast (2003, 213) stellt in ihrer Definition denselben Bezug her: „*Das Selbstwertgefühl ist die Emotion, die der Identität zu Grunde liegt*“. Nicht von ungefähr weisen sowohl die Identität als auch der Selbstwert einer Person einen engen Bezug zur Selbstdefinition auf und beide entwickeln sich in komplexen Wechselwirkungen mit dem sozialen Kontext.

Da der Selbstwert mit kognitiven, emotionalen und wahrscheinlich sogar volitiven Komponenten offenbar auch ganzheitlich erlebt wird, ist er im eigentlichen Sinne nicht als reines Gefühl wie Freude oder Zorn zu sehen. Petzold (2006v) schlägt deshalb vor, ihn als „Synergem“ als komplexes Erleben, „Selbsterleben“ zu definieren. Dieser Konzeptualisierung schliesse ich mich im Folgenden an. Die Bezeichnungen Selbstwert, Selbstwertgefühl, Selbstwertschätzung, Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz werden häufig in der Literatur synonym verwendet. Im Folgenden werden deshalb die Begriffe Selbstwert und Selbstwertschätzung i.S. einer positiven oder negativen Selbstbewertung als Termini auf der höchsten Abstraktionsebene gebraucht, um dessen theoretische Dimensionen zu erörtern. Im psychotherapeutischen Kontext spreche ich lieber von Selbsterleben und werde Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz als dessen Teilkomponenten benutzen. Selbstvertrauen /Selbstwirksamkeit wird gebraucht i.S. eines Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten als auch des Eindrucks von sich selbst, etwas verändern, gestalten oder bewirken zu können. Selbstakzeptanz meint ein sich selbst Annehmen und Akzeptieren mit Stärken als auch Schwächen. Eine zu hohe Selbstwertschätzung wird als solche benannt. Bei geringem Selbstwert wird synonym zwischen den Termini Wertlosigkeitsgefühl und niedrigem Selbsterleben abgewechselt und die Begriffe Selbstunsicherheit, Selbstzweifel sowie mangelndes Selbstvertrauen als deren Teilkomponenten einbezogen.

1.2 Selbst, Ich, Identität und Selbstwert

In der wissenschaftlichen Literatur und Forschung werden Begriffe wie Selbst, Selbstkonzept, Selbstwert, Ich und Identität, bzw. Persönlichkeit vielfach voneinander unabgegrenzt verwendet und allesamt unter dem Selbst subsumiert. Im Unterschied dazu werden Selbst, Ich und Identität in der Integrativen Therapie (Petzold 2003) als je eigenständiges Konzept voneinander differenziert und zu einer Persönlichkeitstheorie verschränkt. Diese verschiedenen Annahmen bedürfen vorerst der Klärung. Für die Konzeptualisierung des Selbst wird auch heute noch häufig auf William James (1890; vgl. Greve 2000a; Kanning 2000; Schütz 2003 u.a.) verwiesen, der zwischen dem „*self as knower*“ oder „*I*“, als einem aus Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen bestehenden Subjekt, das sich selbst betrachtet und reguliert und dem Selbst als Objekt der Betrachtung, dem „*self as known*“ oder „*Me*“ unterschied. Nach Kanning (2000, 19) umfasst das Selbst „*sowohl das Wissen, das eine Person über sich selbst hat (MICH oder auch „empirisches Selbst“)* als auch den Ge-

genstand (ICH), der sich im Bewusstsein der Person zeigt“. Auch Greve (2000a, 17f.) plädiert dafür, das Ich „aus empirisch-wissenschaftlicher Perspektive als Geflecht von Prozessen, Dynamiken und Interaktionen zu rekonstruieren, die mit den vielfältigen Inhalten des ‚Me‘ operieren“. Unterschieden wird einerseits ein System von selbstbezogenen Überzeugungen, z.B. wie wir selbst uns wahrnehmen, beschreiben, bewerten, wie wir über uns nachdenken, welche Zukunftsvorstellungen wir von uns entwickeln und wie wir uns rückblickend aus dem Erlebten heraus rekonstruieren. Andererseits beinhaltet das Selbst Prozesse, die die Entwicklung, Aufrechterhaltung, Anpassung und Verbesserung unseres Selbstbildes, unseres Selbstverständnisses und unseres Selbstwerterlebens ermöglichen. Die eigene Person wird dabei als Objekt zum Gegenstand des Bewusstseins gemacht, wobei sie gleichzeitig als Träger dieses Bewusstseins auch Subjekt ist. Durch die Fähigkeit zur Selbstobjektivierung kann „der Mensch sich selbst als einen aktiv Handelnden erkennen [...], der von anderen Menschen unterschieden und unterscheidbar ist und der nicht zuletzt über sich selbst Behauptungen aufstellen und Aussagen formulieren kann“ (Filipp 2000, 12). Demzufolge erschliesst sich „das Selbst [...] dem Individuum auf indirektem Wege in Form von selbstbezogenen Konzeptionen“ (Kanning 2000, 38).

Hannover, Pöhlmann und Springer (2004, 317) definieren das Selbst denn auch „(a) als die Gesamtheit der kognitiven Konzepte oder des Wissens, die bzw. das eine Person im Laufe ihres Lebens über sich selbst erwirbt (self schemata; Markus, 1977), oder (b) als die Gesamtheit der Annahmen (beliefs) einer Person über sich selbst (self concept; Lazarus 1998) oder (c) als die Theorie, die eine Person über sich selbst hat (self-theory; Epstein 1973)“. Markus & Nurius (1986; in Laux & Weber 1993, 50) verstehen unter Selbstkonzept eine mentale Repräsentation der eigenen Person nicht i.S. eines kohärenten Kerns der Persönlichkeit, sondern „als Sammlung und Verknüpfung situations- und bereichsspezifischer Selbstschemata [...], die auch Inkonsistenzen aufweisen können“. Ebenfalls haben Personen ein Bewusstsein darüber, was sie nicht sind, die sog. negationalen Selbstkonzepte (McGuire & Mc Guire 1991; in Kanning 2000). Selbstkonzepte, i.S. einer Einstellung sich selbst gegenüber, erfahren eine Unterteilung in eine deskriptive Komponente und eine evaluative Komponente, die nach Schütz (2003) das Selbstwert (-gefühl) konstituiert. Kanning (2000, 20) fügt eine dritte, die „konative Komponente“ an, die mit einer Verhaltensintention einhergeht, da die Einstellung sich selbst gegenüber eine wichtige Basis für die Verhaltenssteuerung darstellt. Welche Handlungsziele sich ein Mensch setzt, hängt nicht nur von den eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten ab, sondern auch davon, ob Handlungen erfolgreich verlaufen und wie die eigenen Möglichkeiten subjektiv bewertet werden. Dieser Vorgang ist nicht einfach als passive Prägung zu verstehen, sondern er wird durch die erwachsene Person reaktiv, proaktiv und evokativ (vgl. Greve 2005) mitbestimmt, indem bestimmte Ziele (z.B. Situationen, Personen) aufgesucht und andere vermieden werden. Eine Person mit einem positiven Selbstbild bzw. Selbstwert kann eher zielgerichtet vorgehen, da weder Versagensängste noch Selbstzweifel im Vordergrund stehen. Dies verweist darauf, wie stark die eigenen Selbstkonzepte die zukünftige Selbstwahrnehmung und die Handlungskonstitution beeinflussen. Da Individuen in verschiedenen Situationen nach übergreifenden Motiven handeln, vermitteln sie nach aussen hin dennoch ein stabiles Erscheinungsbild. Diese aktive und absichtliche Selbstgestaltung erzeugt unsere „phänotypische Stabilität“ (Greve 2005) der Persönlichkeit im Erwachsenenalter.

Die Inhalte des Selbst werden von Greve (2000a, vgl. 18 –21) in eine zeitliche (aktuelles, retrospektives, prospektives Selbstbild) und in eine modale Perspektive (reales und mögliches Selbstbild) geordnet. Die „possible selves“ (Markus & Nurius, 1986; in: Greve 2000a) repräsentieren Entwicklungsaufgaben und -ziele, die sowohl mit unseren Hoffnungen wie auch Befürchtungen verknüpft sind. Klinisch bedeutsam werden sie dann, wenn internalisierte Forderungen von Bezugspersonen (ought self; Higgins 1987; in Hannover et al. 2004) häufig unbewusst ebenfalls handlungsleitend wirken, bspw. in Form eines übermä-

sigen Leistungsstrebens oder Perfektionismus. Kanning (2000, vgl. 21-31) bezieht – wie schon *Petzold*, 1974j - den sozialen und ökologischen Kontext mit ein, indem er zusätzlich zwischen privaten und öffentlichen, ökologischen, individuellen und kollektiven Selbstkonzepten differenziert. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich ein Mensch und damit auch sein Selbst sowie seine Identität nicht nur durch Introspektion und Selbstbeobachtung, sondern ganz wesentlich in Interaktionen mit anderen entwickelt. So werden Bewertungen, die andere einer Person gegenüber vornehmen und dieser über soziale Interaktionen mitteilen, wiederum das Selbst des betroffenen Individuums beeinflussen (*looking glass self*, Cooley 1902; in Hannover 2004). Selbstbildern stehen deshalb immer Fremdbilder gegenüber: „*Durch Symbole und Rollen weist der soziale Kontext der Person ein Selbst zu, welches dann, ‚mit den Augen der anderen gesehen‘ zu einem Selbstkonzept werden kann*“ (Mead 1968; in Kanning 2000, 22). Das kollektive Selbstkonzept bezieht sich darauf, dass jedes Individuum zwangsläufig Mitglied verschiedenster sozialer Gruppen ist (bspw. Geschlechts- und Nationalitätengruppen oder freiwilliger Mitgliedschaften in Vereinen) und sich deshalb auch als Teil eines sozialen Kontextes versteht. Diese „*soziale Identität*“ (Tajfel 1978; in Kanning 2000) ist auch in der psychotherapeutischen Arbeit gegenwärtig, da dabei immer der Mensch in seiner konkreten Lebenssituation und in seinem lebensgeschichtlichen Entwicklungsprozess interessiert. Mit ihrem intersubjektiven und kokreativen Ansatz, wonach Subjektivität immer in Intersubjektivität (G. Marcel 1978; E. Levinas 1989; in Petzold 1993a/2003a), Zwischenleiblichkeit und Ko-respondenz mit der Welt und dem Mitmenschen gründet, nimmt auch die Integrative Therapie diese Perspektive auf und legt diese anthropologische Grundannahmen auch ihrer Persönlichkeitstheorie zugrunde.

Das Selbst als selbstbezogenes, dynamisches Informationsverarbeitungs- und Wissenssystem zeichnet sich durch eine Dialektik von Stabilität und Wandel aus. „*Während Stabilität wichtige Funktionen für das persönliche Gefühl von Kontinuität und Identität erfüllt (Swann 1990), ist eine dem jeweiligen Kontext angemessene handlungsleitende Funktion der Selbstdefinition nur dann gewährleistet, wenn sie zumindest ein gewisses Mass an Realitätsbezug und damit Veränderbarkeit hat*“ (Freund, 2000, 115). Die vorgängigen Ausführungen lassen den Schluss zu, dass das Selbst und die Persönlichkeit wechselseitig aufeinander einwirken (z.B. Greve 2005; Hannover et al. 2004). Auch wenn diese Annahme einer ausreichenden Stabilität und Flexibilität des Subjektes geteilt wird, ist im Unterschied dazu das Selbst Teil der Integrativen Persönlichkeitstheorie (Petzold 2001p, 2003, vgl. Kap. 1.2.1), die die Dimensionen Selbst, Ich und Identität differenziert und als Ausgangsposition auch dieser Arbeit zugrunde liegt. Das Selbst wird „*als Synergem sich ausbildender, sensumotorischer, emotionaler (selbstreferentieller, leibgegründeter), kognitiver und kommunikativer Schemata*“ (ebd., 431) konzeptualisiert. Aufgrund genetisch vorgegebener Reifungsschritte, sowie Stimulierungen aus dem Lebensraum entwickelt sich aus diesem „archaischen Leibselbst“ ein Ich (bzw. *Selbst in actu*). Vorerst mit archaischer Qualität ausgestattet, bildet sich das „*reife Ich*“ als „*Gesamtheit aller Ich-Funktionen im Prozess*“ (ebd.), wobei folgende Ich-Funktionen unterschieden werden: primäre (bewusstes Wahrnehmen, Fühlen, Wollen, Denken, Werten und Handeln), sekundäre (z.B. Nähe-Distanz-Regulation, Identitätsbildung, Kreativität) und tertiäre (ethische und ästhetische Differenzierungen; vgl. Petzold 2001p, 46). Dieses „*reife Ich*“ ist fähig, die Identität zu konstituieren, durch die sich ein Individuum als einzigartig und als zugehörig zu bestimmten anderen erfährt, als konstant und wandelbar, sowie trotz aller Widersprüche und Spannungen als eine Einheit i.S. von Kohärenz. In der Identität werden „*die verschiedenen Selbstbildtypen und Persönlichkeitsaspekte, Fremdbilder, Rollen, Teilpersönlichkeiten durch das Ich integriert*“ (ebd., 433) und zwar durch Zuschreibungen von aussen (Fremdattributionen, Identifizierungen), erfahrenen Selbstzuschreibungen (Identifikationen) und deren emotionalen Bewertung (valuati-on) sowie kognitiven Einschätzung (appraisal). Identität konstituiert sich demnach aus der Selbstwahrnehmung, Selbsteinschätzung und Selbstbewertung eigener Gefühle, Empfin-

dungen, Gedanken und Handlungen (Innenperspektive; „I“ vgl. James 1890) und aufgrund der Bilder, die andere sich von uns machen (Aussenperspektive; „me“ ebd.; Mead 1968) und die wiederum auf das eigene Identitätserleben zurückwirken. Dies macht deutlich, dass Identitätsprozesse in unserer Leiblichkeit und unserer sozialen Realität gründen und zwar über die ganze Lebensspanne, wobei „*das Eigene im Kontakt mit dem Anderen durch das ‚Aushandeln von Grenzen‘, im Erkanntwerden und Sich-selbst-Erkennen immer wieder herausgebildet wird*“ (Petzold 2001p, 35). Der Mensch wird im integrativen Ansatz als Mitgestaltender seiner Identitätsprozesse gesehen aufgrund derer er wiederum auf sein soziales Netzwerk sowie seine Lebenswelt zurückwirkt und sich durch dieses ko-kreative, ko-responzierende Wechselspiel mit Anderen, Identitätsstile ausbilden und bestimmte Selbstbilder akzentuieren können. Eine solche in das Entwicklungs- und Sozialisationsgeschehen eingebettete, sowohl selbstreflexiv als auch narrativ und polylogisch ausgerichtete „*Identitätsarbeit*“ (ebd.), ist aus dieser Sicht immer prozessual zu verstehen, verschränkt internale und externale Prozesse und wird - sich selbst fortwährend wieder überschreitend - zur „*transversalen Identität*“ (ebd.). Dadurch soll gewährleistet werden, dass sich eine „*variable, vielfaçettige Identitätsrepräsentation*“ (ebd.) ausbilden kann sowie eine Identität, die nicht zu labil und diffus ist, jedoch auch sich wandelnd den komplexen Anforderungen der Wirklichkeit gerecht werden kann.

1.2.1 Entwicklung des Selbst, des Ich und der Identität

Die Entwicklung von Selbst, Ich und Identität ist, dem leibphänomenologischen Ansatz der Integrativen Therapie (Petzold 2003) und neurowissenschaftlichen Perspektiven (z.B. Gazzaniga 2002) entsprechend, an den in die Lebenswelt eingebetteten Körper geknüpft, in dem alle Lebensprozesse der Wahrnehmung, Handlung, der Speicherfähigkeit und Regulation wurzeln. Durch ko-kreatives, wechselseitiges Interaktionsgeschehen mit den Bezugspersonen in entsprechenden Enkulturations- und Sozialisationsprozessen wird dieser Körper aufgrund seiner Möglichkeiten zu „*Einleibung*“ und „*Verkörperung*“ (Petzold 2005ö) zum subjektiven Leib (*interacting subject embodied and embedded*; Petzold 2005ö). In diesem Leibbegriff verschränken sich die materielle, körperlich-organismische Basis mit all den transmateriellen, psychischen und geistigen (kognitiven, emotionalen und volitiven) Prozessen eines Menschen, die sich ebenfalls nicht vom Körper loslösen lassen, zum anthropologischen Konstrukt des „*Leibsubjekts in der Lebenswelt*“ (ebd.). Die durch vielfältige Erfahrungen und multiple Stimulierungen gewonnenen, sowie mnestisch im Leibgedächtnis archivierten, äusseren und inneren Informationen bilden die Grundlage des die Welt verkörpernden Subjekts, des „*informierten Leibes in Kontext / Kontinuum*“ (ebd.). Das sich entwickelnde Leibselbst (vgl. Petzold 2003, 529-548), das sich schon im Leib der Mutter in „*kommutibler Interaktion*“ befindet, bildet durch Gen-expressionen und ihre Umweltantworten in Prozessen der „*Mentalisierung*“ erst reflexives Bewusstsein und ein Bewusstsein über Bewußtseinszustände von Anderen („*theory of mind*“) aus (vgl. Petzold 2005r). Somit kann erst für den Bereich des „*reifen Selbst*“ von der Herausbildung eines „*reflexiven Ichs*“ mit ständig wachsender Sinnerfassungs- und Sinnverarbeitungskapazität ausgegangen werden, um Selbstkonzepte (kognitiv-emotionale Identitätsschemata) entwickeln zu können, die wiederum als neurohumorale „*Informationen*“ in den Leib, das Leibselbst zurückwirken und dieses verändern bis hin zu Mimik und Gestik. Stern (1992) stellt in seiner psychoanalytischen Entwicklungstheorie das Selbstempfinden als zentrales Organisationsprinzip dar, um ebenfalls deutlich zu machen, dass es sich dabei noch nicht um bewusste Selbstreflexion handelt. Die von Baumeister (1998; in Bayer & Gollwitzer 2000) aus kognitiv-selbsttheoretischer Sicht für die Entwicklung des Selbst konstituierenden Quellen können demnach erst ab vier Jahren Gültigkeit beanspruchen. Differenziert werden: 1) das reflexive Bewusstsein des Menschen, indem er sich selbst zum Gegenstand des eigenen Nachdenkens macht; 2) die Einbettung des Selbst in einen sozialen Kontext, denn erst durch die in Interaktionen mit anderen gewonnenen Bilder über sich selbst, lernt eine Person, wer sie selbst ist; und 3) der Mensch als Handelnder und Entscheidender, der selbst-

bezogene Ziele und Standards ausbildet, wonach er Selbstbewertung und Verhalten richtet. In diesen grundlegenden Annahmen des Strebens nach Selbstheit als auch Zugehörigkeit, nach Selbstidentität als auch Bindung, zeigt sich eine bestimmte Doppelstruktur des menschlichen Wesens. Sowohl Exzentrizität zur eigenen Leiblichkeit und zur Lebenswelt als auch Zentriertheit im Leibe und in der Lebensspanne sind dazu notwendig. Erst die Exzentrizität zum anderen ermöglicht die Anerkennung dessen Würde als Mitsubjekt, denn die eigene Subjektivität wird durch die Subjekthaftigkeit des andern konstituiert, „*Mensch wird man durch den Mitmenschen*“ (Petzold 2003, vgl. 408ff.).

Die lediglich skizzierten Entwicklungslinien zeigen, dass der Säugling von Geburt an ein soziales Wesen ist, das zwischen sich und andern unterscheiden, sowie Interaktionen mit bedeutsamen Anderen suchen und aufrechterhalten kann. Um ein hinreichend positiv getöntes Selbstempfinden zu entwickeln, ist das kindliche Selbst trotz aller Eigeninitiative und Abgegrenztheit auf Einfühlung, affektreflektierendes Spiegeln und Resonanz der Bezugspersonen angewiesen. „*Bezugspersonen stellen in Koregulation mit ihrem Kind emotionspezifische Kontingenzen zwischen Anlass, sozialer Bewertung, Ausdrucks- und Körperreaktionen und Bewältigungshandlungen her*“ (Holodynski 2006, 125). Diese Interaktionen mit den frühesten Bezugspersonen werden als generalisierte Selbstschemata in unserem episodischen Gedächtnis abgelegt, was dazu führt, dass wir ähnliche Beziehungserfahrungen auch in späteren Situationen erwarten. In seinen Konzeptbildungen Mitte der achtziger Jahre nahm Stern an: „*Zu Anfang existieren die anderen „in“ uns nur in Form von Erinnerungen oder bewussten oder unbewussten Vorstellungen, die das Erleben des Zusammenseins mit Ihnen betreffen*“ (Stern, 1992, 339), auch wenn sie keine realitätsgetreuen Aufzeichnungen, sondern eine Schematisierung von Ereignissen darstellen. Diese Vorstellungsmuster der Interaktionen zwischen dem Selbst und dem „*das Selbst regulierenden Anderen*“ („*RIGs*“, ebd.) scheinen Entstehung und Entwicklung unserer Selbstempfindungen stark zu beeinflussen. Kann sich ein Kind nicht auf die zuverlässige, elterliche Zuwendung und Anwesenheit verlassen, vermag dies von Unsicherheit und Ängsten geprägte Interaktionsmuster auszulösen, jederzeit zurückgestossen oder fallengelassen werden zu können. Eine allzu mangelhafte bzw. an bestimmte Leistungen oder Verhaltensweisen geknüpfte emotionale Einstellung der Bezugspersonen auf die jeweilige Gefühlslage des Kindes, kann ebenfalls negatives Selbsterleben fördern. Wenn nur bestimmte Erfahrungen des Kindes im Erleben des Anderen Akzeptanz finden, nehmen – auf Überlegungen Ferenczis aufbauend - Winnicott u. a. an, dass aufgrund dieser aus der intersubjektiven Gemeinsamkeit ausgeschlossenen Bereiche, i.S. einer frühen Anpassung an die Umweltforderungen, sich ein sogenanntes „*falsches Selbst*“ (Winnicott 1960; in Stern 1992) ausbildet. Dies ist eine höchst problematische Annahme, da sie ein vorhandenes oder zumindest disponiertes „*richtiges Selbst*“ unterstellt und dabei negiert, dass richtig oder falsch soziale Wertungen sind, die in jeweils anderen Kulturen unterschiedlich ausfallen können. Entwicklung ist immer auch Sozialisation und bewertende bzw. selbstbewertende Kategorien müssen im Prozess der Mentalisierung im Sinne der Ausbildung individueller/subjektiver „*mentaler Repräsentationen*“ an die zugrundeliegenden „*kollektiven mentalen Repräsentationen*“ rückgebunden werden (Petzold 2005r) wie schon Vygotskij (1922/1978) feststellte, dass alles Intramentale zuvor Intermental war. Entsprechend der Annahme, dass sich Menschen aufgrund der Neuroplastizität ihres Gehirns und auch für die Adoleszenz und das Erwachsenenalter anzunehmender „*sensiblen Phasen*“ (Blakemore, Firth 2006; in Petzold 2006v) über die ganze Lebensspanne verändern können, muss auch von einer Veränderbarkeit ihrer inneren Bilder ausgegangen werden und zwar ebenfalls in Bezug auf ihre sozialen Netzwerke. Selbstwertprozesse stellen i.d.S. Mentalisierungsprozesse dar über Theorien, die ich über mich selbst habe unter Verarbeitung von Theorien, die andere über mich bilden.

Aufgrund von Ablehnung, Vernachlässigung und Misshandlung kann es bereits in der frühen Entwicklungsphase zu jedem Zeitpunkt zu Fehlabbildungen und Defiziten in der Be-

ziehung mit den dafür notwendigen Bezugspersonen kommen. Dabei kommt gerade der Phase der Identitätsbildung ab dem zweiten Lebensjahr mit den entsprechenden kognitiven (appraisal) und emotionalen (valuation) Bewertungsprozessen grosse Bedeutung zu. Im positiven Fall tragen sie zum Aufbau positiver selbstbezogener Gefühle und Kognitionen bei, die in Selbstkonzepte sowie positives Identitätserleben eingehen und i.d.S. zu protektiven Faktoren werden. Sind sie jedoch negativ, konstituieren sie Risikofaktoren und können zu Selbstentfremdung oder einer brüchigen Identität mit Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstzweifeln führen. Auch im Erwachsenenalter bleibt die Fortsetzung der Entwicklung zu einer Persönlichkeit, die sich mit den relevanten anderen selbst steuern kann, wichtigste Aufgabe und findet im Konzept des „*life-span-development*“ der Integrativen Therapie seine Entsprechung. Diese „*wird in einem biopsychosozialen Verständnis gesehen als der fortschreitende Lebensprozess eines Menschen mit seinem ‚Konvoy‘ unter den Einflüssen interagierender ‚Ereignisketten‘, Ketten von widrigen Ereignissen, ‚Ketten schützender Ereignisse‘ und prolongierter Mangel Erfahrungen*“ (Müller et al. 2003, 6). Wenn in psychotherapeutischen Prozessen Änderungen im Selbstkonzept und Selbstwelterleben angestossen werden sollen, stellt diese Wandelbarkeit des Selbst eine wichtige Grundvoraussetzung dar.

1.2.2 Entstehung und Entwicklung des Selbstwelterlebens

Die Entstehung selbstbewertender Emotionen und Kognitionen wird entscheidend davon bestimmt, wie Bezugspersonen einem Kind und seinen Handlungen gegenüber positive und missbilligende Reaktionen einsetzen. Je nachdem ob die Reaktion auf normgerechtes Verhalten (inkl. Tüchtigkeitsmassstäbe) positiv oder negativ ausfällt, wird Stolz oder Scham ausgelöst, was Klein- und Vorschulkinder meist in Interaktionen erleben. Davon ausgenommen sind vom Säugling selbst initiierte Verhaltensweisen, die ihm das Gefühl geben, Reaktionen seiner Bezugspersonen vorwegnehmen und kontrollieren zu können, z. B. sich Aufrichten im Laufstälchen, die auch alleine gemacht werden („*mastery experiences*“, „*effectance motivation*“ Harter 1978; in Petzold et al. 1995). Der Zeitpunkt des ersten Auftretens von Selbstwert als komplexem, sowohl emotionale als auch kognitive Momente umfassenden, Synergem ist vor dem 2. Lebensjahr nicht möglich. Da sich das Selbstwertgefühl auch als stille Selbstzufriedenheit ausdrücken kann, ist es zudem schlecht mimisch abzulesen und dementsprechend empirisch zu erfassen. Heckhausen (1985; in Kruse 1991, 138) beschreibt den Ausdruck von Stolz als Art Vorläufer positiven Selbstwelterlebens nach Erfolgserlebnissen von Kindern, was frühestens ab 1 ½ Jahren auftritt. Das Gegenstück - das negative Selbstwertgefühl - wird von Heckhausen nach Auftreten von Misserfolg frühestens mit 2 ½ Jahren beobachtet. Dieses äussert sich durch Zusammensinken, enger Körperhaltung mit zur Seite geneigtem Kopf, verlegenem Lächeln, sowie mit auf das eigene Werk gerichtetem Blick und Händen. Er kommentiert seine Forschungsergebnisse folgendermassen: „*Mit zwei Jahren können Kinder zwar Erfolg, aber noch keine ‚niederdrückenden Misserfolgserlebnisse‘ empfinden*“ (ebd., 139). Holodynski (2006, 130) merkt an Heckhausens Studie kritisch an, dass ein Versuchsleiter zugegen war und allein auf sich gestellte Vorschulkinder gemäss einer eigenen Studie nicht mit Stolz oder Scham, sondern mit „*effektorientierten Emotionen wie Freude, Ärger oder Enttäuschung reagierten*“. Eine internalisierte Selbstbewertung, die eine Stolz- bzw. Schamreaktion ohne reale Anwesenheit eines anderen erlaube, sei erst ab dem Grundschulalter möglich. Die Konstituierung des Selbstwertgefühls ist denn auch „*eng mit der kognitiven Entwicklung verbunden und in die Formierung von Selbstbildern, Selbstevaluation, Identität und Handlungssteuerung einbezogen, so dass kognitive und emotionale Momente in jeder Aktion gemeinsam auftreten*“ (Kruse 1991, 137).

Ältere psychoanalytische Theorien (z.B. Mentzos 2002; Kohut 1997) subsumieren den Begriff Selbstwert unter das „Narzissmuskonzept“, wobei auf Freud's „*primären Narzissmus*“ zurückgreifend davon ausgegangen wird, dass ein Säugling noch zu keiner differen-

zierten Subjekt-Objekt-Beziehung fähig sei. Weder diese Annahme, noch diejenige einer autistischen und symbiotischen Phase (Mertens 1992), wonach sich ein Säugling aufgrund einer gelingenden, fortschreitenden Ich-Entwicklung lernt als getrenntes Individuum wohlzufühlen und sich selbst zu vertrauen, wird von neuerer empirischer Säuglings- und Entwicklungsforschung (z.B. Dornes 1994; Petzold et al. 1995) gestützt. Diese zeichnen ein Bild eines kompetenten und initiativen Säuglings (vgl. Kap. 3.3), der aktiv in die wechselseitige Interaktion und Kommunikation mit Bezugspersonen eingreift. Entsprechend ihrem biopsychosozialen Ansatz geht die Integrative Therapie (Petzold 2003) von einem Grundvertrauen aus, das sich beim Föten bereits pränatal auszubilden beginnt und worauf positives Selbstwerterleben basiert. Dieses schaltet sich jedoch erst im Alter von ca. 1 ½ Jahren als Disposition auf und muss mittels wertschätzender verbaler und nonverbaler Interaktionen gestärkt werden. Diese selbstregulatorische Komponente wird folgendermassen definiert: *„'Selbstaffiliation', ‚Selbstwerterleben‘ sind komplexe Konstrukte, Synergeme. Sie umfassen erlebte emotionale Dimensionen, „Selbstwertgefühl“ (valuation), und erfasste kognitive „Selbsteinschätzung“ (appraisal) sowie erlebtes Wollen, „Selbstwirksamkeit“ (volitional self-efficacy). Wie alle komplexen Kognitions-Emotions-Volitions-Muster werden {sie, dk} ganzheitlich als „Synergeme“ erlebt (deshalb Selbstwerterleben) und müssen als Entwicklungsprozesse in sozialen Netzwerken/Konvois über die Lebensspanne hin betrachtet werden. Sie sind mit lebensaltersspezifischen, kulturabhängigen und damit genderspezifischen kognitiven und emotionalen Bewertungsparametern verbunden“* (Petzold 2006v, 14f.).

Die Selbstwertentwicklung ist demnach an verschiedene Entwicklungsniveaus und –kontexte gebunden und es kann nicht einfach von einer Art von Selbsterleben ausgegangen werden. Im Gegenteil muss auch in der therapeutischen Arbeit sorgfältig exploriert werden, welche Bedingungen und Familienatmosphären zu wertschätzenden Attributierungen führten und entsprechend verinnerlicht werden konnten oder weshalb dies eben nicht möglich war. Für Kruse (1991, 140) ist *„das Ansprechen von Freude im Kleinkind und der Aufbau einer sicheren Bindung zu den Eltern eine Voraussetzung für eine gelungene Selbstwertentwicklung“*. Umgekehrt kann das Bindungs- und Kontrollbedürfnis eines Säuglings schon sehr früh verletzt und dadurch die Entwicklung des Selbstwertempfindens negativ gestört werden, so *„dass das Kind von vornherein schon ein negatives Selbstbild und ein schlechtes Selbstwertgefühl entwickelt“* (Grawe 2004, 251). Entsprechend betonen Hefler und Kollegen (1999; in Potreck-Rose et al. 2004), dass eine strafende Familienatmosphäre zu geringem Selbstwert; Unterstützung und Wertschätzung seitens der Eltern jedoch zu einem höheren Selbstwert der Kinder führt (z.B. van Aken, Asendorpf & Wilpers, 1996).

Verschiedene Studien beschäftigen sich mit dem Selbstwertgefühl von Adoleszenten, wonach die Höhe des Selbstwertes v.a. bei Mädchen vorübergehend leicht abnehmen kann (z.B. Simmons et al. 1979; in Pinquart et al. 2000; Flaake 1991; in Schütz 2003). Auch Silbereisen und Albrecht (1990; in Schütz, 2003) stellen auf der Basis der Berliner Jugendlängsschnittstudie bei Mädchen eine stärkere Selbstablehnung fest als bei Jungen. Emotionale Verbundenheit mit den Eltern sowie das Pflegen emotional naher Beziehungen zwischen Jugendlichen und die Anerkennung durch Peers führt i.d. Regel zu grösserer Selbstachtung, höherer Selbstwertschätzung und wirkt identitätsstiftend. Fehlende oder negative Bewertung - sei es in Bezug auf körperliche, soziale oder persönlichkeitsbestimmte Merkmale - durch Gleichaltrige stellt ein Faktor für geringen Selbstwert dar. Umgekehrt kann bei Jugendlichen die Übertragung bestimmter Aufgaben und entsprechender Erfolgserlebnisse dazu führen, dass ihr Selbstwertgefühl erhöht und Gefühle der Selbstwirksamkeit gestärkt werden (Petzold 2006t). Auch die Schule gilt mit den Bewertungen durch Lehrer und KollegInnen, den Feedbacks in Form von Noten und der Möglichkeit des sozialen Vergleichs als wichtiger Einflussfaktor auf die Entwicklung des Selbst. Jugendliche mit guten Schulleistungen weisen denn auch eine höhere Selbstwertschätzung (Zimmerman et al.

1997; in Pinquart et al. 2000) und ein positiveres Selbstbild der eigenen schulischen Leistungsfähigkeit auf (Roeser & Eccles 1998; in ebd.). Ebenfalls scheint das Geschlecht im Hinblick auf selbstwertbezogene Attributionen eine Rolle zu spielen. Gemäss einer Untersuchung von Burgner und Hewstone (1993; in Schütz 2003) gebrauchten bereits im Vorschulalter Mädchen öfters als Jungen selbstabwertende Attributionen, Jungen dagegen selbstwertdienliche.

1.2.3 Neurobiologische Korrelate

Den Menschen zeichnet von allen anderen Wesen aus, „*dass er im Laufe seiner Ontogenese Bewusstheit über die eigene Existenz erlangt und eine Gedächtnisrepräsentation der eigenen Person etabliert (Baumeister 1998) – d.h. ein mentales Selbst entwickelt*“ (in Hannover et al. 2004, 319). Von Strack (1988; in Hannover et al. 2004) und seinem postulierten „*Social-Cognition-Paradigmas*“ wird das Selbst als spezifische Gedächtnisrepräsentation verstanden, die nur selbstbezogene Informationen umfasst und eine Art assoziatives Netzwerk darstellt (Bower & Gilligan 1979; in ebd.). „*Die kognitive Repräsentation der eigenen Person bildet demnach einen Knoten, um den herum sich im Laufe der Ontogenese ein Netzwerk von weiteren Informations-Knoten aufbaut*“ (Hannover et al. 2004, 321). Heute muss man aber mit der „*emotional neurosciences*“ (Barret, Wagner 2000; Davidson 2000; Panksepp 1998), ja mit den volitionalen Neurowissenschaften (Petzold, Sieper 2007) die kognitive Perspektive (Gazzaniga 2002) erweitern. Hannover und Kollegen (2004; Hannover 1996) gehen als Modellvorstellung davon aus, dass der zeitliche Abstand zur letzten Aktivierung und deren Häufigkeit bestimmt, welche Selbstaspekte in das Arbeitsselbst gelangen. Komplexe Informationsverarbeitungs- und Darstellungsprozesse im Gehirn ermöglichen denn auch, dass ein Individuum sich selbst bewusst erleben kann. Die diesen Primärerfahrungen zugrundeliegende neuronale Verarbeitung der entsprechenden Stimuli geschieht komplett unbewusst, was mit Hilfe bildgebender Verfahren nachgewiesen werden konnte. Metzinger (2005, 257) postuliert denn auch, dass „*es einen Teil des menschlichen Selbstmodells gibt, der hochgradig stimuluskorreliert ist und ausschliesslich auf intern erzeugter Information beruht*“, wobei er Inputs aus dem Vestibulärorgan, dem invarianten Teil des Körperschemas, aus Sensoren in den Eingeweiden und Blutgefässen, sowie aus Teilen des oberen Hirnstamms und des Hypothalamus unterscheidet. Um ein Ich-Bewusstsein zu erzeugen, das uns in die Lage versetzt, die verschiedenen inneren und äusseren Stimuli als kohärente Wahrnehmung in einer Person zu integrieren, sind noch weitere Hirnareale vonnöten. Markowitsch und Welzer (2006) folgend ist das autobiographische Gedächtnis zuständig, alle Wahrnehmungen und Erinnerungen, die zum Ich-Gefühl beitragen, trotz dessen steten Wandlung zu einer stabilen Einheit zu verbinden. Nach Müller und Petzold (2003, 8) sind für solche Selbst- und Identitätsprozesse eines Menschen folgende Hirnzentren zuständig: „*angemessene und positive kognitive Ereigniseinschätzung (appraisal / Frontalhirn), angemessene bzw. positive emotionale Ereignisbewertung (valuation / limbisches System), angemessene und nachhaltige Willensunterstützung (volition / cingulärer Gyrus)*“. Für die Gedächtnisverarbeitung wird zusätzlich auf die hippocampale Formation zurückgegriffen.

Menschen kommen mit cerebralen Dispositionen auf die Welt, aus denen sich das Selbst entwickelt, indem Erfahrungen mit anderen sich zum Selbst synthetisieren. Das Ich oder Selbst als „*ontogenetisch spätes Produkt des Gehirns*“ (Roth 2003, 37) tritt in seinen verschiedenen Merkmalen parallel zur Ausreifung des Gehirns zu unterschiedlichen Zeiten der kindlichen Entwicklung auf und ist an die Dendritenentwicklung, Synapsendichte, Myelinisierung der Nervenfasern sowie entsprechende neuronale Verschaltungen gebunden. Der orbitofrontale Cortex, als Sitz des „*ethischen Ich bzw. des Gewissen*“, ist erst zum Ende der Adoleszenz hinlänglich ausgereift, wobei lebenslang kontextabhängige Weiterentwicklungen erfolgen können. Das „*autobiographische Ich*“, das „*sprachliche Ich*“ und das „*reflexive Ich*“ (Roth ebd.) sind nicht vor Ende des 3. Lebensjahres entwickelt. Im Unterschied dazu

arbeiten unser limbisches System und der Hypothalamus bereits pränatal und bleiben auch in der ersten Lebensphase sehr aktiv. Wiederkehrende, positive, negative oder defizitäre Beziehungserfahrungen werden dort bewertet und nach Roth (ebd.) im „emotionalen Erfahrungsgedächtnis“ in unbewusster Form gespeichert. Diese frühen Bindungsmuster bzw. kognitiven und volitionalen Schemata mit den damit einhergehenden Berührungen, Lauten, Gerüchen, Körperempfindungen etc. führen nach Grawe (2004, 197) „auch zur Herausbildung neurophysiologischer Schaltkreise, die wichtig sind für die spätere Emotionsregulation und die Regulation neurophysiologischer Parameter“. So werden nach Panksepp (1998; in Grawe 2004) in einer gut funktionierenden Bindungsbeziehung sowohl seitens der Mutter als auch des Kindes v.a. körpereigene Opiate und das Neuropeptid Oxytocin ausgeschüttet, die mütterliches Fürsorgeverhalten aktivieren und kindliche Trennungsangst oder andere negative Emotionen beruhigen oder hemmen. Wenn die Bindungserfahrungen eines Kindes jedoch nicht positiv verlaufen, fehlt die Bahnung dieser Gedächtnisschemata und die spätere Selbst- und Emotionsregulation ist nicht möglich oder zumindest erschwert. Aus Sicht der Integrativen Therapie (Petzold 2002) muss hier ergänzend hinzugefügt werden, dass sich das Selbst nicht nur in Dyaden, sondern narrativ in Polyaden konstituiert, wofür das autobiographische Gedächtnis grundlegend ist, das „die Synchronisierung des einzelnen mit seiner sozialen Umwelt gewährleistet“ (Markowitsch et al. 2006, 215). Traumaerlebnisse im Kindesalter können jedoch ebenfalls zu einer Stressanfälligkeit des Hirns führen, so dass die „Übertragungsfunktionen für biographische Gedächtnisinhalte“ sowie bestimmte Hirnregionen (z.B. der Hippocampus; ebd., 125) beeinträchtigt werden und zu entsprechenden Kognitions-Emotions- und Verhaltensmustern führen. Dies hat zur Folge, dass in Therapieprozessen durch neue Erfahrungen und Einübung Veränderungen an Nervenzellen oder Netzwerkverbindungen geschaffen werden müssen, wofür die „neuronale Plastizität“ (Schiepek 2003) des Gehirns wichtig ist. Solche Umorganisationen setzen jedoch sensorische und motorische Stimulierungen, sowie „bestimmte motivationale Zustände und arousal-Grade“ voraus (ebd., 10).

Für soziale Interaktionen ist die menschliche Fähigkeit bedeutsam, eigene Handlungen von denjenigen anderer zu unterscheiden oder als gleich mit den eigenen zu erkennen, sowie Handlungen anderer vorherzusagen, zu erklären und zu verstehen. „Im Vorgang dieser Abgrenzung fremder Handlungen, Gefühle und Intentionen kann das eigene Ich mit eigenen Handlungen, Gefühlen und Intentionen erst konstituiert werden“ (Kircher & Leube, 2005, 279). Sowohl bei der Perspektivenübernahme wie auch bei der Empathie scheinen die vorerst beim Affen und später auch beim Menschen entdeckten Spiegelneurone (Rizzolatti et al. 2001; in Kircher et al. 2005) eine wichtige Rolle zu spielen. Dank diesen Nervenzellen gelingt es uns, beobachtete Teile einer Szene i.S. eines intuitiven Verstehens zu einer wahrscheinlich zu erwartenden Gesamtszene zu ergänzen. In solchen Theory-of-Mind-Prozessen sind nach Kircher u.a. (2005) der vordere paracinguläre Kortex, der Sulcus temporalis superior und die Temporalpole aktiv; wenn eigene von fremden Handlungen unterschieden werden sollen, ist vor allem der rechte Parietallappen beteiligt.

1.3 Interaktionen des Selbstwerterlebens mit verschiedenen Emotionen

1.3.1 Scham

Schamgefühle hängen einerseits mit Schwierigkeiten der Selbstöffnung und Selbstaufmerksamkeit sowie dem Zeigen von Gefühlen und Einstellungen zusammen, andererseits jedoch auch mit der Verletzung moralischer Normen. Scham ist denn auch facettenreich und tritt aus psychoanalytischer Sicht (Wurmser 1997) als komplexes affektives und kognitives Reaktionsmuster, als Angstform, sowie in anhaltender Form als Charakterhaltung bzw. Reaktionsbildung in Erscheinung. Sie signalisiert jedoch auch eine kränkende Diskrepanz zwischen realem Ich und idealen Selbstbildern bzw. Identitätsschemata in Form von Selbstkritik und Selbstverurteilung, die auf einem Vergleichsprozess zwischen idealen inne-

ren Bildern von sich und den tatsächlichen Handlungen oder Eigenschaften des erlebten Selbst basiert. Wer sich schämt, glaubt sich in seiner Selbstachtung (kognitiv) oder seinem Selbstwerterleben bedroht, sei es nun durch innere Spannungen und Konflikte oder aufgrund äusserer Kritik, Verachtung oder Blossstellung durch andere. Scham steht demnach in Zusammenhang mit Sehen und Gesehenwerden, bzw. mit der Angst vor eigener oder fremder Entwertung, Verachtung oder Zurückweisung. Nach Kruse (1991, 150) ist Scham ein „*inneres, extrem aversives Signal [...], das sensibel auf die Übertretung von Distanzgrenzen bzw. die Preisgabe von Intimem reagiert*“. Schamgefühle, die häufig als quälend empfunden werden, bewirken im sozialen Kontakt die Einhaltung von Grenzen, unterbinden jedoch auch vertrauensvolle Beziehungen. Osten (2000, 190) führt an, dass Scham „*hauptsächlich weil sie Leistungs- und Perfektionsidealen im Wege steht, in unserem Kulturkreis „nicht gesellschaftsfähig“ ist und daher im sozialen Kontext schnell verdrängt wird*“. Das Bestreben, Scham und Peinlichkeit zu vermeiden, ist für Kruse (1991) denn auch relevant für das Verständnis sozialer Interaktionen.

Neuere entwicklungspsychologische und neurobiologische Konzeptualisierungen der Struktur von Scham (Buss 2004; in Petzold 2006v, vgl. 16ff.) tragen dieser sozialen Komponente vermehrt Rechnung. Demnach wird Scham einerseits genetisch disponiert und in intersubjektiven Sozialisationsprozessen entwickelt, tritt andererseits v.a. in Erscheinung, wenn Normen oder Konventionen, die das gemeinschaftliche Zusammenleben regeln, bedroht sind. Beschämung kann somit der Herstellung sozialer Kontrolle dienen, jedoch andererseits auch eine Verhaltensänderung in Richtung Regelkonformität anregen, um Beschämung zukünftig zu vermeiden. Das Zeigen von Scham vermag unter Umständen allfällige Sanktionen abzuschwächen oder es können andere „*Strategien des Umgangs mit Scham („Wurstigkeit“) oder Entschämung (Rationalisierung, Rechtfertigung, Umwertung bzw. Negativierung der Konvention, Entwicklung von Metapositionen und Exzentrizität etc.)*“ (Petzold ebd., 17) entwickelt werden. Das Auftreten von Scham, bzw. die Entwicklung von Schamgefühlen und entsprechenden „*Stilen des Schämens*“ bzw. des „*Entschämens*“ (ebd.) ist in hohem Masse an kulturelle Spezifitäten, sowohl unterschiedlicher Ethnien jedoch auch Familienkulturen, gebunden. Die Art der Interaktionen der Bezugspersonen untereinander, jedoch auch derjenigen mit dem Kind und zu den Geschwistern ist relevant dafür, welche Schammuster sich über Identifizierung, Identifikation und entsprechender kognitiver und emotionaler Bewertung ausbilden. Schamgefühle können deshalb häufig aufgrund von entsprechenden Blossstellungserfahrungen als früh gebahnte Muster von Familienatmosphären und –kontexten gesehen werden. Auch Holodynski (2006, 126) macht Missbilligung als „*negative Seite der sozialen Bewertung*“ verantwortlich für die Entstehung von Scham. Er führt weiter aus, dass aufgrund missbilligender Reaktionen von Bezugspersonen normative Massstäbe in die Interaktion einfließen und das Kind dafür sensibilisieren, was sein effektorientiertes Handeln bewirkt. Dies wiederum kann dazu führen, dass es daraufhin wirkt, mit seinen Handlungen wertschätzende Reaktionen auszulösen. Die Verletzung normativer Standards kann jedoch auch zu einem Ausschluss bzw. Beziehungsabbruch führen. Buss (1980; in Holodynski, vgl. 128) geht von der Scham denn auch als soziale Angst aus, bspw. von den Eltern verlassen zu werden. Ebenfalls wird „*Scham als Angst vor dem Verlust der elterlichen Liebe und Wertschätzung*“ gesehen (z.B. Piers & Singer 1953; in ebd.; Wurmser 1997).

1.3.2 Ärger

Wenn wir uns in unserer Persönlichkeit angegriffen oder in unserem Selbstwert verletzt fühlen, wenn ein Aspekt unserer Selbsterhaltung, der Selbstentfaltung oder der Selbstachtung bedroht ist, wird häufig Ärger und Aggression ausgelöst. So existiert eine Vielzahl ärgerauslösender Faktoren bzw. Kränkungen (wie Kritik, Vorhaltungen, Blossstellung, Missachtung, Spott, Beleidigungen oder fehlende Anerkennung für erbrachte Leistung), die alle den Selbstwert und das Selbstkonzept angreifen. Die Ärger- oder Wutreaktion hat ihren Sinn in

der Wiederherstellung der Selbstwertbalance. Menschen, die Mühe haben, ihren Ärger oder ihre Aggression wahrzunehmen und auszudrücken, können indes ihr Selbstwertgefühl nicht oder nur ungenügend schützen. Hall (1899; in Laux & Weber 1993) betrachtet Grenzüberschreitungen, die die Integrität eines Menschen besonders nachhaltig beeinträchtigen, als besonders selbstwertrelevant und ärgerauslösend. In der Adoleszenz, einer für Autonomiebestrebungen besonders sensiblen Entwicklungsphase, lösen solche Verletzungen der Privatsphäre denn auch häufig starken Ärger aus. Auch bestimmte, mit dem Selbstwert zusammenhängende Angriffspunkte wie Selbstenthüllung, Wunde Punkte, ein niedriges Selbstwertgefühl und /oder ein negatives Selbstkonzept, wirken zusätzlich ärgerverstärkend. So kann ein Grundgefühl, im eigenen Leben nichts bewirken zu können, eine ohnmächtige Wut auslösen, die zu destruktiven Handlungen führt.

In ihrer Studie nach einem wirkungsvollen Auslöser für Ärger bestätigen Green und Murray (1973; in Laux & Weber 1993), dass die Versuchspersonen, die zuerst eine persönliche Information preisgaben und danach genau dort angegriffen wurden, stärker aggressiv reagierten als andere, die keinen Einblick in ihr Inneres gewährten. Selbstenthüllungen schwächen die Abwehr und erhöhen die Verwundbarkeit gegenüber Selbstwertangriffen, zumal dadurch zusätzlich eine soziale Regel verletzt wird, indem persönliche Informationen gegen einen selbst verwendet werden. In einer Studie zu Selbstkonzept und Umgang mit verschiedenen selbstwertrelevanten Provokationen kommen Kuckuck und Polivka (1990; in Laux et al. 1993, 104) zum Schluss, dass die Gruppe mit schwächeren Selbstkonzepten *„sich stärker in ihrem Selbstwert verletzt fühlt, mehr Unsicherheit, mehr Angst und tendenziell mehr Wut empfindet“* als diejenigen mit positiverem Selbstkonzept. Diese Selbstwertverletzung führt zu einer stärkeren Notwendigkeit nach Selbstwertschutz und einem eher defensiven Bewältigungsverhalten basierend auf stiller Abwertung des anderen oder Unterdrückung und Überspielen von Gefühlen (zusammenfassend vgl. Laux & Weber 1993, 98-107).

Ärger und Aggression haben die Funktion, die Selbstwertbalance zwischen Menschen aufrecht zu erhalten. Sowohl der Ärgerausdruck als auch das Kontrollieren von Ärger auf selbstwertverletzende Angriffe kann mit selbstregulatorischen Intentionen verknüpft sein und beide Formen sind mit Vor- und Nachteilen behaftet. Wenn jemand mit einem heftigen und impulsiven Ärgerausbruch die eigene Selbstunsicherheit und Verletzbarkeit durch Demonstration von Stärke und Durchsetzungsfähigkeit verstecken möchte, wird gerade durch diese Verteidigung offenbar, wie stark ihn der Angriff getroffen hat. Ebenso trachtet man durch das Verbergen oder Überspielen von Ärger danach, die eigene Verletzbarkeit zu verstecken und bspw. als ruhig und gelassen zu erscheinen. Gleichwohl vermittelt man von sich ein Bild als Menschen, der schwach ist und sich nicht behaupten kann. Hier zeigt sich die Begrenztheit beider Reaktionen, da die eigene Verletzbarkeit die geschützt werden möchte, trotzdem offensichtlich wird. Laux und Weber (1993, 115) postulieren denn auch *„emotionsoffenes, aber beherrschtes Problemhandeln“* und *„humorvolles Umgestalten der Situation“* als zu bevorzugende, jedoch schwierig zu bewerkstellende Selbstdarstellungsformen auf ärgerauslösende Selbstwertverletzungen.

1.3.3 Angst

Angst übt eine wichtige Funktion für unser Überleben und unsere Anpassung an die Umwelt aus. So bringt sie in uns i.S. eines Signals bei äusseren Gefahrenreizen oder sonstigen bedrohlichen oder unkontrollierbaren Situationen eine Flucht- oder Vermeidungsreaktion in Gang, motiviert uns also zu selbstschützendem Verhalten. Starke Angst wird nach Grawe (2004, 97) denn auch ausgelöst, *„wenn motivationale Ziele bedroht werden, z.B. wenn wir irgendwo zu scheitern drohen, wenn uns ein wichtiger Verlust droht, wenn etwas auf uns zukommt, das wir mit allen Mitteln zu vermeiden trachten“*. Ängste weisen oft einen Zusammenhang mit negativem Selbstwernerleben auf. Wer sich zu vielen Problemen ge-

genüber sieht, wer von sich selbst glaubt, keinen Einfluss auf das eigene Leben zu haben, der bekommt vor den Anforderungen der Welt und der anderen Angst, weil er meint, nichts dagegenhalten zu können. So können Versagensängste einen Menschen mit niedrigem Selbstvertrauen daran hindern, sich Herausforderungen zu stellen, Verantwortung zu übernehmen und dadurch neue Bewältigungserfahrungen zu machen. *„Gelingt uns das aber nicht, schwindet unser Respekt für uns selbst, wir fühlen uns ohnmächtig, die Überzeugung, Leben gestalten zu können, schwindet, und wir reagieren mit Angst“* (Kast 2003, 203).

Auf der neurobiologischen Ebene aktiviert Angst (Grawe 2004; Hüther et al. 2003) emotionale Zentren (z.B. Amygdala, Kerngebiete im Mittelhirn und Hirnstamm, Hypothalamus) und löst eine neuroendokrine Stressreaktion aus, die zur Bewältigung angstausslösender Situationen oder Herausforderungen beitragen soll. Wenn Angst als erlebtes Gefühl entsteht, hat die Aktivierung und Ausschüttung von Signalstoffen (z.B. Noradrenalin) bereits begonnen, begleitet von Herzrasen, Schweißbildung oder der Handlungsbereitschaft unserer Muskeln. Dauert der Stress- bzw. Angstzustand länger an, kommt es zu weiterer Ausschüttung von Signalstoffen wie bspw. Cortisol (Hüther 1999). Je nach Art der Bewältigungsleistung kommt es zu entsprechenden neuronalen und synaptischen Verschaltungen und besonders tiefgreifender, struktureller Verankerung dieser Erfahrungen. Werden nun vorwiegend negative, ablehnende oder mit Kontrollverlust einhergehende Erfahrungen gemacht, führt dies zu negativen Selbstbildern sowie einseitigen neuronalen Bahnungen, Verschaltungs- und Reaktionsmustern, die durch bestimmte bewusste oder unbewusste Reize leicht wieder angestossen werden können. Neue Situationen werden dann nicht als bewältigbare Herausforderungen erlebt, sondern aktivieren eine Stress- und Angstreaktion und verunmöglichen Lernerfahrungen (vgl. Hüther 1999). Ebenso können sich Internalisierungen einstmals erlebter Abwertung später in Form von Selbstzweifeln und Selbstbeschuldigungen äussern. Angst tritt jedoch auch in selbstwertbedrohlichen Situationen auf, in denen wir uns im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer wähnen und unsicher sind, ob wir gegen aussen den Eindruck erwecken können, den wir uns erhoffen. Schlenker und Leary (1982; in Laux et al. 1993, 122) konzeptualisieren diesen Zweifel als soziale Angst und Leistungsangst vor einer erwarteten oder tatsächlichen Bewertung durch andere: *„Angst entsteht in realen oder vorgestellten sozialen Situationen, wenn Personen motiviert sind, bestimmte Eindrücke auf andere zu machen, aber daran zweifeln, ob ihnen dies gelingen wird“*. Dieser Ansatz geht davon aus, dass die Angst als Folge bestimmter Selbstdarstellungsprobleme (z.B. Bühnenangst) hervorgerufen wird. Durch diese Zweifel, ob wir den gewünschten Eindruck vermitteln können, geraten zentrale Selbstbilder ins Wanken. Da dadurch bestimmte Bereiche unserer Identität und unseres Selbstwertes bedroht werden, erlangt der Selbstwertschutz stärkere Bedeutung.

Laux und Weber (1993) beschäftigen sich mit der gegensätzlichen Problemstellung, inwiefern bereits ausgelöste Angst mittels Selbstdarstellung bewältigt werden kann. Dies stellt uns vor die Herausforderung, nebst einer bedrohlichen Situation zusätzlich die dadurch entstehende Angst als körperlich wahrnehmbarer Affekt und als Selbstwertbedrohung zu bewältigen. Das Wahrnehmen der Angst verstärkt die Befürchtung, diese Angst könnte sichtbar werden, die eigene Unsicherheit verraten und dazu führen, den gewünschten Eindruck nicht erreichen zu können. Diese Situation wird defensiv bewältigt, indem die Angst möglichst verborgen oder unterdrückt wird. Laux und Weber (1993, 130) halten denn auch fest: *„Bei der Angst geht es im Unterschied zum Ärger vor allem darum, Aufsehen zu vermeiden, sich an die Situation reibungslos und unauffällig anzupassen und vor den anderen möglichst gut dazustehen“*. Vor allem in verschiedenen Auftrittssituationen (z.B. Prüfung, Bewerbung) wird versucht, die Angst zu kontrollieren, um trotzdem möglichst sicher und kompetent zu erscheinen. Nach Laux und Weber (1993) bewältigen bestimmte Menschen ihre Angst vor befürchtigtem oder tatsächlichem Versagen jedoch auch, indem sie sie mit-

teilen. Schlechte Leistungen werden dann mit der erlebten Angst zu erklären versucht. Auf diese Weise gibt man ein nicht zentrales Selbstbild - bspw. dasjenige des Unaufgeregten - auf und schützt dadurch das höher bewertete des Kompetenten. Bei Gelingen dieser Darstellung ist der Selbstwert weniger bedroht und die Angst wird verringert.

2. Synergem Selbstwert

2.1 Theoretischer Hintergrund des Selbstwerts

In der psychologischen Forschung wird nach Kanning (2000, 41) der Selbstwert „*nicht als eine objektiv vorhandene, quasi materielle Grösse, sondern vielmehr als ein Bestandteil personenbezogener Konstruktionen der Realität*“ verstanden. Schütz (2003, 5) konzeptualisiert den Selbstwert denn auch „*einerseits als Produkt bestimmter selbstreferentieller Prozesse, andererseits als Determinante von Erleben und Verhalten*“. Die Selbstwertschätzung einer Person basiert auf der Bewertung selbstbezogenen Wissens, bspw. der Wahrnehmung eigener Fähigkeiten, von Handlungserfolgen oder wie man im sozialen Kontext akzeptiert und anerkannt wird (vgl. Harter 1993; in Schütz 2003). Die verschiedenen kontextspezifischen Selbstbewertungen werden in den hierarchisch aufgebauten, globalen Selbstwert integriert, wobei er in einen intellektuellen, emotionalen, sozialen und physischen Bereich (Deusinger 1984; Marsh, Byrne & Shavelson 1992; in Schütz 2003) unterteilt wird. Je nach Bedeutung, die das jeweilige Selbstkonzept für die eigene Person hat, basiert die entsprechende Selbstbewertung auf einem sehr globalen bis hin zu einem äusserst spezifischen Niveau. So ist bspw. der Selbstwert in bezug auf schulische Leistungen viel umfassender als der Selbstwert, der sich aus dem Resultat eines einzelnen Mathematiktests ergibt. Ebenfalls können die Selbstbewertungen der verschiedenen Bereiche stark auseinanderklaffen. So kann eine Person in bezug auf ihre intellektuelle Leistungsfähigkeit ein positives Selbstwerterleben, jedoch bzgl. ihrer physischen Attraktivität eine niedrige Selbstwertschätzung haben. Da diese Bereiche stark miteinander verflochten sind, wird trotzdem von einer globalen Selbstbewertung i.S. einer übergreifenden Einschätzung ausgegangen (Fleming & Courtney 1984). Uneinigkeit besteht nach Schütz (2003) dabei, ob die entsprechenden bereichsspezifischen Einschätzungen die allgemeine Selbstbewertung einer Person beeinflussen oder umgekehrt. Kurzfristige Schwankungen des Selbstwerterlebens lassen sich als Aspekte des Zustandsselbstwertes erfassen.

Selbstbewertungsprozesse und die daraus folgende Selbsteinschätzung stellen eine wichtige Grundlage der Verhaltenssteuerung dar. Um zu einem gewünschten Ziel zu gelangen, wird unterschieden zwischen der Erwartung, dieses auch zu erreichen („*Verhaltens-Effektivität*“) und der Erwartung der „*Selbst-Effizienz*“, die anzeigt, in welchem Masse sich jemand selbst zutraut, das geeignete Verhalten in der entsprechenden Situation erfolgreich auszuführen (vgl. Bandura 1977; in Kanning 2000). Flammer (1990) spricht in diesem Zusammenhang von Kontrollmeinung, bzw. „*locus of control*“ und differenziert zwischen aktivem Kontrollieren, das der Zielerreichung dient und dem Wissen, über bestimmte Zielbereiche Kontrolle zu haben. Letzteres ist für den eigenen Selbstwert relevant und Teil des Selbstbildes. Jemand, der sich minderwertig fühlt, wird sich meist auch nicht viel zutrauen, Kritik und Misserfolg öfters persönlich nehmen und die eigene Selbst-Effizienz oder Kontrolle eher negativ einschätzen. Korrektive Erfahrungen i.S. positiven, erfolgreichen Verhaltens werden dadurch vermieden und führen zu einer Festigung der globalen negativen Selbstbewertung. Personen mit hohem Selbstwert attribuieren Erfolge eher sich selbst zu, währenddem sie Kritik und Misserfolge mit äusseren Faktoren in Verbindung bringen. Nicht von ungefähr wirken sich positive Selbstbewertungen denn auch auf die Bewältigung von Belastungen und Krankheiten günstig aus (Huinink, Diewald & Heckhausen 1995; in Schütz 2000). Umgekehrt können Krankheiten oder Behinderungen auch zu negativer Selbstwertschätzung führen.

Nicht nur die Höhe des Selbstwertes spielt eine Rolle für das Wohlbefinden von Personen, sondern auch dessen Stabilität (vgl. z.B. Kernis et al. 1993; in Schütz 2003). Je höher die Selbstkomplexität einer Person ist, desto mehr Möglichkeiten zur Selbstwertstabilisierung stehen ihr zur Verfügung und desto leichter kann ein einzelner negativer Selbstwert ausgehalten werden. Als Grundlage einer hohen Stabilität dienen realistische Standards und Einstellungen, die es ermöglichen, sich eigene Fehler oder Selbstzweifel zuzugestehen und auch gelegentliche Auseinandersetzungen in Beziehungen als normal hinzunehmen. *„Personen mit stabilem Selbstwert sind grundsätzlich ausgeglichener und zufriedener als Personen mit instabilem Selbstwert [...], da ihr Selbstwert nicht leicht durch Konflikte, negative soziale Rückmeldungen etc. gefährdet werden kann“* (Potreck-Rose et al. 2004, 27). Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Höhe und das Niveau der Selbstwertkontinuität stellt Sandmeier (2005) anhand Daten der LifE-Studie (Fend, Georg, Berger, Grob und Lauterbach 2005) fest, demnach Frauen zwischen 15 und 35 Jahren einen tieferen Selbstwert aufweisen als Männer. *„Während Männer eher auf hohem Niveau stabil sind, sind Frauen vermehrt auf tiefem und durchschnittlichem Niveau stabil“* (ebd., 63).

Leary, Tambor, Terdal und Downs (1995; in Schütz 2000, 192) sehen den Selbstwert als *„Indikator dafür, wie stark eine Person in ihrer sozialen Umgebung geschätzt und anerkannt wird“* und betonen damit seine soziale Dimension. Diese wird vor allem in Verbindung mit sozialen Vorurteilen deutlich. Durch die Abwertung ganzer Bevölkerungsgruppen aufgrund der Wahrnehmung kultureller Eigenarten, (bspw. alle Muslime sind Terroristen), können kollektive Selbstwerteinbußen erzeugt werden. *„Eine Person, die aufgrund ihrer tatsächlichen oder konstruierten Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe negativen Bewertungen ausgesetzt ist, wird sich aktiv bemühen müssen, will sie selbst einen positiven kollektiven Selbstwert aufbauen bzw. festigen“* (Kanning 2000, 43). Ebenso ist gemäss Riggio und Kollegen (1993; in Kanning 2000) die soziale Integration von Personen mit geringem Selbstwert erschwert. Gleichzeitig wird ihnen durch die fehlende soziale Integration die Möglichkeit genommen, sich angemessene und hilfreiche Kompetenzen im sozialen Umgang zu erwerben. Umgekehrt können auch negative Selbstbewertungen korrigiert oder gemildert werden (vgl. Newcomp & Keefe 1997; in Kanning 2000) durch positive Rückmeldungen der Bezugspersonen und deren Integration in das eigene Selbstbild. Auf Selbstwerterhöhungen, die mit Identifikationen mit einer erfolgreichen Gruppe in Zusammenhang stehen, weisen Hirt, Zillmann, Erickson und Kennedy (1992; in Schütz, 2003) hin.

Im Rahmen von Arbeiten zu Kultur- und Geschlechtervergleich wird zwischen einem unabhängigen und einem interdependenten Selbstkonzept unterschieden (bspw. Schütz 2000, 2003). Beim independenten Selbstkonzept, das vor allem bei Männern der westlichen Industrieländer beobachtet wird, basiert der Selbstwert grösstenteils auf individuellen Leistungen und Abgrenzung von andern. Das interdependente Selbstkonzept findet besonders bei Frauen und im asiatischen Kulturkreis Verbreitung, deren Selbstwert vor allem auf der Verbundenheit mit anderen beruht. Nach Josephs, Markus et al. (1992; in Schütz 2003) ist denn auch das Einlösen kulturell vorgegebener geschlechtsspezifischer Rollenerwartungen wichtig für den Selbstwert einer Person. Hannover, Pöhlmann und Springer (2004, 337) betonen die Wichtigkeit independenter versus interdependenter Selbstkonstruktionen, da sie sich auf Kognition, Emotion sowie Motivation von Personen auswirken: *„So zeigen Personen mit independenter Selbstkonstruktion stärkere Urteilsfehler (Bias) (z.B. Choi & Nisbett 1998) nehmen feldunabhängiger wahr (Kühnen, Hannover & Schubert 2001) und haben schwächere Tendenzen zur Selbstkritik (z.B. Heine, Kitayama, Lehman, Takata, Die, Leung & Matsumoto, 2001) als Personen mit interdependentem Selbst“*.

2.2 Selbstwertdynamik

Die Selbstwertschätzung eines Menschen ist nicht stabil, sondern beeinflussbar und entwicklungsfähig durch verschiedene Faktoren. Biologische, sozial vorgegebene und autonome Entwicklungsaufgaben (z.B. Berufswahl, Klimakterium, Berentung), lebensgeschichtliche Veränderungen (z.B. Arbeitslosigkeit, Scheidung oder Übernahme der Mutterrolle) sowie Reaktionen auf selbstwertbedrohende Situationen (z.B. Kritik von aussen) können Selbstwertschwankungen auslösen und inhaltliche Umgewichtungen in bestehenden Selbstkonzepten oder die Bildung von neuen Selbstbildern zur Folge haben (vgl. Greve 2005). Selbstkonzepte wie auch Selbst-Bewertungen, bzw. indirekt die entsprechenden Selbstwerte einer Person reagieren relativ empfindlich auf veränderte Dynamiken und sind grundsätzlich variabel sowie beeinflussbar durch kognitive und behaviorale Prozesse.

Dabei werden kurzfristige Wirkungen, die den aktuellen oder situativen Selbstwert beeinflussen, von dauerhaften Einflüssen unterschieden, die die habituelle Selbstwertschätzung betreffen. So kann eine gute Prüfungsnote aktuell als selbstwertstärkend erlebt werden. Ebenso kann sie jedoch dazu dienen, den grundsätzlichen Stolz auf die eigenen schulischen Fähigkeiten, als Basis des Selbstwertes einer Person, zu nähren. Es wird im Folgenden also darum gehen, welche Erfahrungen, Bedingungen oder Verhaltensweisen herangezogen werden können, um den Selbstwert zu speisen oder eben auch zu beeinträchtigen. Da jeder Mensch über spezielle Stärken und Schwächen verfügt, besondere Vulnerabilitäten hat oder in unterschiedlichen Bereichen empfänglicher für Kritik ist, werden dieselben Erfahrungen nicht für alle entweder selbstwertdienlich oder –bedrohlich sein. So konnten in verschiedensten Studien individuelle wie genderspezifische Unterschiede und Differenzen zwischen Personen unterschiedlicher Kulturen sowie zwischen selbstwertstarken und –schwachen Personen aufgezeigt werden. Selbstwertrelevant sind nach Schütz (2003) die Themen und Bereiche, die aktuell wichtig sind für die eigene Selbstwertschätzung, bspw. Beruf, Haushaltstätigkeit, Beziehung, Familie, Werthaltungen und eigene Standards. So stellt denn die Orientierung am eigenen inneren Massstab den Selbstwert auch nicht in Frage. Zu einem Selbstwertproblem kann es jedoch kommen, wenn Standards zu hoch gesetzt werden, indem sie bspw. mit einer hohen Leistung gekoppelt sind, wenn diese inneren Massstäbe mit sozialen Beziehungen oder Nähe nicht vereinbar sind oder wenn eigene Standards sich stark unterscheiden von denjenigen der sozialen Umwelt.

Das Selbstwertniveau sowie die Selbstwertstabilität einer Person scheinen einen Einfluss auf die Selbstwertdynamik zu haben. Schütz (2003) fand in ihrer auf zehn Einzelfallinterviews basierenden Studie denn auch Unterschiede zwischen den verschiedenen Selbstwertgruppen, wobei diese Befunde wegen des sehr kleinen Gruppenumfangs mit entsprechender Vorsicht zu geniessen sind. So äusserten Personen mit hohem Selbstwert häufiger soziale Fertigkeiten und das Gefühl der Überlegenheit gegenüber anderen, währenddem Männer mit niedrigem Selbstwert in weit geringerem Masse subjektiv positiv bewertete Eigenschaften aufführten. Selbstwertbedrohungen wurden anhand von Partnerschaftskonflikten untersucht. Über Gefühle von Vernachlässigung berichteten vor allem Frauen mit hohem Selbstwert, währenddem solche mit niedriger Selbstwertschätzung sich häufiger abgewertet fühlten. Männer mit niedrigem Selbstwert fühlten sich öfters ungerechtfertigt kritisiert und Männer mit hohem Selbstwert äusserten am wenigsten Belastung.

2.2.1 Selbstwertquellen

Da die Selbstwertschätzung auf der Bewertung selbstreferentiellen Wissens basiert, kommen alle diesbezüglichen Ursprünge als Selbstwertquellen in Frage. Filipp und Frey (1988; in Schütz 2000, 191) nennen folgende Informationsquellen, die der Selbstbewertung dienen, allerdings leider nicht lebensaltersspezifisch: „1) *Beobachtung eigenen Verhaltens und Erlebens*; 2) *Beobachtung physiologischer Zustände*; 3) *Informationen aus sozialer Rückmeldung* und 4) *soziale Vergleichsprozesse*“. Menschen nehmen sich nicht nur wahr, son-

dern messen ihr Handeln und Denken an ihren inneren Standards und bewerten sich anhand ihrer Idealbilder. James (1890; in Schütz 2003, 58) definiert denn auch als Quelle der Selbstbewertung bzw. des Selbstwertes das „*Verhältnis von Erfolgen einer Person in Relation zu ihren Ansprüchen*“. Nicht selten finden sich hinter Selbstbewertungen auch internalisierte Fremdbewertungen, bspw. wie jemand in den Augen anderer sein sollte, was zu Konflikten oder überhöhten Ansprüchen führen kann. Auch soziale Vergleichsprozesse im Gruppenkontext dienen in hohem Masse der Selbstbewertung.

Inhaltlich werden eher kurzfristige, aktuelle oder dauerhafte Selbstwertquellen voneinander unterschieden, die entweder unsere situative oder habituelle Selbstwertschätzung speisen. Schütz (vgl. 2003, 21) nennt mit Bezug auf unterschiedliche Studien einzelne, spezifische Quellen, die sich aktuell positiv auf die Selbstwertschätzung auswirken u.a.: berufliche oder sportliche Erfolge, ehrenamtliches Engagement, Lernerfolge und positive Rückmeldungen, Religiosität, Sexualität, soziale Unterstützung, Anerkennung durch Gleichaltrige und Lehrpersonen sowie für andere Sorge und Verantwortung zu tragen. Auch Verliebtheit kann einen selbstwerterhöhenden Charakter (Aron, Paris & Aron 1995; in Schütz 2003) annehmen. Selbstwertstärkend wirken demnach „*das Erleben eigener Kompetenzen, Fähigkeiten und Erfolge sowie positiver Rückmeldungen und [...] das Gefühl, akzeptiert, angenommen oder gebraucht zu werden*“ (Potreck-Rose et al. 2004, 31). Diese meist einzeln untersuchten Quellen geben jedoch keine Auskunft darüber, welche Bedeutung sie für die befragte Person im Vergleich zu andern haben. Schütz (1998) gelang es in qualitativen Interviews zur individuellen Dynamik des Selbstwertes, für die von ihr untersuchte Gruppe eine Gewichtung der Quellen der Selbstwertschätzung herauszukristallisieren, wonach Stolz auf individuelle Fähigkeiten und Leistungen am häufigsten genannt wurde. Da diese Studie mittelschichtslastig sowie nicht kultur- und gendersensibel angelegt war, sind diese Resultate mit Vorsicht zu geniessen. Damit jedoch individuelle Leistungen eine wichtige Selbstwertquelle sein können, muss das Individuum die eigene Leistung selbst positiv wahrnehmen. Unerlässlich ist zudem, dass andere von dieser Leistung ebenfalls Notiz nehmen und sie entsprechend anerkennen. Besonders Selbstwert stärkend sind positive Leistungsrückmeldungen, wenn sie mit absoluten Leistungswerten und sozialen Vergleichsinformationen einhergehen. Als weitere wichtige Faktoren der Selbstwertbasis wurden „*befriedigende soziale Beziehungen, soziale Kontaktfähigkeit, Überlegenheit über andere sowie eine Grundhaltung der Selbstakzeptanz*“ (Schütz 2000, 192) erwähnt. Auch ein bestimmtes Ausmass von persönlich erlebter Selbstbestimmtheit (vgl. Flammer, „locus of control“) oder das Gefühl, subjektiv etwas bewirken zu können durch die Setzung, Verfolgung und Umsetzung eigener Ziele kann eine Selbstwertquelle darstellen.

Sandmeier (2005) kam in ihrer Analyse von drei relevanten Selbstwertquellen (berufliche Selbstwirksamkeit, Selbstkonzept der Kindererziehung und wahrgenommene Wertschätzung des Partners bzw. der Partnerin) zum Schluss, dass geschlechtsspezifische Unterschiede v.a. in der Phase der Familiengründung auftreten. Durch die häufig praktizierte Rollenteilung, derzufolge die Frau sich der Kindererziehung widmet, wird die berufliche Selbstwirksamkeit als Quelle weniger bedeutsam, das Selbstkonzept der Kindererziehung jedoch relevanter für den Selbstwert von Müttern als von Vätern. Vor der Familienphase ist die berufliche Kompetenz für den Selbstwert der Männer als auch der Frauen am bedeutsamsten.

2.2.2 Selbstwertgefährdung bzw. Selbstwertbedrohung

Viele verschiedene Faktoren und Belastungen können den Selbstwert bzw. die Identität eines Menschen jederzeit gefährden und beeinträchtigen. Selbstwertbedrohend wirken nach Kruse (1991) Kränkungen, Vernachlässigungen, Selbstüberbewertungen, Krisen, Krankheiten sowie dramatische Lebensereignisse oder gesellschaftliche Faktoren, bspw. Verwitwung, Arbeitslosigkeit, schlechte Berufsaussichten, chronische Krankheiten, Sucht-

krankheit der Eltern sowie traumatische Erfahrungen. Stimmer (1987; in Schütz 2003) zeigt auf, dass für orientierungsschwache Menschen die Möglichkeit der kreativen Selbstbestimmung in der Moderne eine Quelle von Selbstwertinstabilität sein kann. Weisensel und Schütz (1998; in Schütz 2003) merken an, dass Misserfolgserlebnisse und soziale Vergleiche sich belastend auf den Selbstwert auswirken können, wie ebenso eine starke Infragestellung einer subjektiv wichtigen positiven Selbst-Bewertung. Als zusätzliche selbstwertbedrohende Ereignisse nennt Schütz (2003) Konflikte und Kritik, mangelnde Anerkennung des Partners sowie Inanspruchnahme von Hilfe. *„Selbstwertbedrohlich sind Hilfeleistungen [...] dann, wenn sie nicht geringfügig sind und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, wenn sie ohne Gegenleistung erfolgen, oder wenn sie in einer kompetitiven Umgebung stattfinden“* (Schütz 2003, 22). Ebenfalls bedroht Hilflosigkeit die Selbstwertschätzung, da sich eine Person ausserstande fühlt, mit einer schwierigen Situation alleine zurechtzukommen. Untersucht wurden auch spezifische auf Frauen bezogene selbstwertbedrohende Ereignisse, u.a. Mutterschaft, Klimakterium, Sterilität oder Totaloperation der Gebärmutter (in Schütz, 2003). Selbstwertkrisen können jedoch auch bei Männern aufgrund einer Infertilität ausgelöst werden (vgl. Küchenhoff et al. 1999). Josephs, Markus et al. (1992; in Schütz 2003) fanden in ihrer Untersuchung an Studierenden unterschiedliche Auslöser für defensive Reaktionen zwischen den Geschlechtern: bei Männern bezogen sie sich auf fehlende individuelle Fähigkeiten, bei Frauen auf fehlende soziale Fähigkeiten.

In einer Interviewstudie von Schütz (2003) wird Selbstkritik als wichtige Ursache für die Bedrohung des Selbstwertes genannt. Kritische Gedanken können unterschieden werden nach internalen Auslösern i.S. eines Nichterreichens interner Standards in Form von Selbstkritik und negativen Selbsteinschätzungen sowie externalen Auslösern in Folge der Kritik von anderen. Kritik von anderen wird von Personen mit niedrigem Selbstwert als bedrohender wahrgenommen (z.B. Schlenker 1987; in Schütz 2003), währenddem Selbstkritik häufiger von Personen mit hohem Selbstwert geäußert wird. Potreck-Rose & Jacob (2004, 36) stellen ebenfalls einen Zusammenhang her mit dem Selbstwertniveau: *„Selbstwert-schwache Menschen reagieren auf Selbstwertbedrohungen auch emotional stärker mit Selbstwertverletzung, Unsicherheit und Angst als selbstwertstarke Personen“*. Da Menschen nach selbstwerterhöhender Darstellung streben, scheint alles, was uns als positive Erscheinung in Frage stellt, so etwa negative Leistungsrückmeldungen bzw. Frustrationen, selbstwertgefährdend zu sein. Dementsprechend stellen Laux & Weber (1993) denn auch einen Zusammenhang her zwischen Selbstwertbedrohung und Verletzungen des Selbstwertes nach Selbstöffnung oder dem Treffen wunder Punkte. Nicht von ungefähr wird von Lazarus (1991; in Schütz 2003, 71) *„die Verletzung des Selbstwertgefühls [...] in Stress- und Emotionstheorien als primäre Ursache für das Entstehen negativer Emotionen betrachtet“*. Auch die Nichtwahrung von Symmetrie in Beziehungen durch eine nicht ebenbürtige Behandlung 12-Jähriger in Interaktionen mit Gleichaltrigen, übt nach Krappmann (1993; in Potreck-Rose et al. 2004) eine verstärkende Wirkung auf Selbstwertbedrohungen aus. Ebenfalls führt der Ausschluss aus einer Gruppe aus persönlichen Gründen zu einer Verminderung der Selbstwertschätzung (Leary et al., 1995).

Selbstwertbedrohungen gehen meist einher mit dem Erleben, nicht alleine zurechtzukommen, erfolglos zu sein, keine positive Akzeptanz zu erfahren und Rückschläge bewältigen zu müssen. Gemeinsam ist all diesen bedrohlichen Ereignissen indes, dass sie eine selbstwertschützende Reaktion provozieren. Wer sich selbst auch mit seinen Schwächen akzeptieren lernt, dem fällt es leichter, auch anlässlich gelegentlicher eigener Fehler oder Kritik von aussen sein positives Selbstwerterleben nicht zu verlieren.

2.3 Selbstwertregulation: Selbstwertschutz und –erhöhung

Die Selbstwertschätzung als zentraler Aspekt der Persönlichkeit übt somit auf viele Regulationsprozesse grossen Einfluss aus, bspw. auf unsere Reaktionen auf Erfolge und Misser-

folge (vgl. Blaine & Crocker 1993; in Schütz 2003), auf unser Selbstkonzept, sowie auf unsere emotionale Befindlichkeit (Harter 1993; in ebd.). „Selbstwertregulation kann verstanden werden als Verhalten, das dem Ziel dient, Selbstwertgefühl zu schützen und zu erhöhen“ (Stahlberg et al. 1985; in Schütz 2003, 6). Ein Bedürfnis nach Selbstwertschutz bzw. -erhöhung ist indes erst möglich, wenn sich ein bewusstes Selbst mit entsprechenden Selbstbildern entwickelt hat. Deshalb werden von Grawe (2004, 250) folgende zwei Qualitäten als Voraussetzung für die Selbstwertregulation genannt: „ein Bewusstsein seiner selbst als Individuum und die Fähigkeit zu reflexivem Denken“. Nach dem Verständnis der integrativen Therapie (Petzold 2003a) muss als interaktionales Moment ergänzend hinzugefügt werden, dass es dazu auch eines erlebten Anderen und des sozialen Vergleichs mit diesem bedarf. Scheier und Carver (1982; in Kruse 1991) postulieren ein selbstregulatorisches Modell, wonach alle zielgerichteten Handlungen einer Person permanent mit einem inneren Standard abgeglichen werden, der natürlich aus dem sozialen Umfeld kommt. Wenn beides zu stark voneinander abweicht, wird ein negativer Affekt ausgelöst, der eine Verhaltensänderung in Richtung Anpassung an die internalisierten Standards der Anderen bewirken soll. Die von Laux und Weber (1993, 26) für die Selbstregulation unterschiedenen, bewussten oder unbewussten Bewältigungsintentionen sollen denn auch: „1) Verletztes Selbstwertgefühl und angegriffenes Selbstkonzept wiederherstellen; 2) Selbstwertgefühl und Selbstkonzept schützen und bewahren; 3) Selbstwertgefühl steigern und Selbstkonzept erweitern“.

Da Menschen ein Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung haben, werden sie versuchen selbstkonzeptrelevante Informationen in einer Weise aufzunehmen und zu verarbeiten bei der ihr Selbstwert geschützt oder erhöht, sowie ihr Selbstbild bestätigt wird. Bereits Maslow (1954; in Potreck-Rose et al., 2004, 39) betont diesen Aspekt, in der vierten Stufe seiner Bedürfnispyramide mit dem „Bedürfnis nach Selbstwertschätzung sowie sozialer Anerkennung“. Ebenfalls wird die Tendenz zur Selbstwerterhöhung von bestimmten Autoren (z.B. Leary et al. 1995; in Hannover et al., 2004) als Grundthematik des Menschen angesehen. Selbstwertdienliches Verhalten soll dazu beitragen, eine negative Selbstbewertung zu verändern und womöglich in eine positive zu verwandeln. Flammer (1990) geht deshalb auch von einem Kontrollgrundbedürfnis des Menschen aus. In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass soziale Vergleiche als Mittel der Selbstwertregulation benutzt werden können (z.B. Baumgardner et al. 1989; in Schütz 2003). Vergleiche können mit ähnlich leistungsstarken, stärkeren und schwächeren Personen durchgeführt werden, wobei sowohl abwärts- als auch aufwärtsgerichtete Vergleiche selbstwertdienlich sein können. Abwärtsgerichtete Vergleiche werden oft als eine Form von Bewältigungsstrategie (z.B. Wills 1986; in Kanning 2000) eingesetzt, indem die eigene Person positiver bewertet wird und bspw. widrige Umstände dadurch besser ertragen werden können. Sie vermögen eine bedrohliche Situation zu relativieren, können jedoch auch zu einer Verzerrung der Realität zugunsten des Vergleichsobjektes beitragen. Aufwärtsgerichtete Vergleiche dienen eher einer genaueren Bewertung und ermöglichen sozusagen, von der Person des Vergleiches zu lernen. Dieser Effekt ist dann positiv, wenn die Person es sich selbst auch zutraut, die erstrebenswerte Position erreichen zu können (z.B. Taylor & Lobel 1989; in Kanning 2000). Grundsätzlich ist eine positive affektive und kognitive Reaktion dann zu erwarten, wenn die Informationen selbstwertschmeichelnde Komponenten enthalten und die Konsistenz der eigenen Einstellungen nicht in Frage gestellt wird. Bis ins mittlere Erwachsenenalter nehmen wir uns selbst so wahr, wie wir uns sehen wollen und blenden Ungewolltes, Selbstwertbedrohendes mittels diversester selbst-stabilisierender Mechanismen (bspw. Leugnung, Ausreden, selbstwertdienlichen Vergleichen) aus. Solche *selbst-immunisierende, assimulative und akkomodative Regulationsprozesse* (Greve, 2000b) dienen auch bei Selbstwertproblemen im Alter dazu, bedrohte Lebens- und Funktionsbereiche anzupassen und umzubewerten, sowie die positive Wahrnehmung von sich selbst trotz Entwicklungsverlusten und veränderten objektiven Bedingungen der Umwelt zu stabilisieren und zur Konstitu-

ierung der subjektiven Kontinuität (Identität) beizutragen. Flammer (1990, vgl. 160) differenziert in seinem Konzept der „*Kontrollmeinung*“ zwischen primärer Kontrolle, die auf eine Veränderung der subjektiven Bedingungen hinzielt sowie Ähnlichkeit mit der Assimilation aufweist und sekundärer Kontrolle, die der Akkomodation nahe steht und subjektiven Schwierigkeiten zu bewältigen versucht, die sich der primären Kontrolle entziehen. Diese Anpassungsleistung von Ich und Selbst findet eine Entsprechung in der Angleichung des Idealselbst an das Realselbst im Erwachsenen- und höheren Alter.

Schütz (2003, vgl. 137ff.) unterteilt die in ihrer Studie von Einzelfallanalysen genannten Bemühungen zum Selbstwertschutz in drei Strategien: 1) Orientierung an eigenen Standards, um soziale Unabhängigkeit zu garantieren; 2) Selbstwertschutz durch soziale Unterstützung sowie Anerkennung, i.S. einer Coping-Ressource, die Selbstwertbelastungen abpuffern soll; und 3) Selbstakzeptanz mit Fehlern und Schwächen, d.h. eine Person akzeptiert sich so wie sie ist, ohne sich zu stark anzupassen, noch unerreichbare Ideale anzustreben. Um den Selbstwert effektiv zu schützen ist es wichtig, Generalisierungen in der Selbsteinschätzung zu vermeiden, indem die einzelne Situation wahrgenommen wird, die zu einer bestimmten Beurteilung führte. Wegen einer schlechten Note in Mathematik ist man also nicht gleich ein dummer Schüler. In der therapeutischen Arbeit sollten solcherart geäußerte Generalisierungen spezifiziert und auf ihre Aussage hin überprüft werden, um daraus allfällige Konsequenzen ziehen und etwas verändern zu können.

Trotz dieses offensichtlich bestehenden Bedürfnisses nach Selbstwerterhöhung scheinen manche Menschen an ihrem negativen Selbstwert aktiv festzuhalten. Grawe (2004) sieht die Ursache darin, dass aufgrund von frühen verletzenden Bindungserfahrungen durch Internalisierungsprozesse ein stabil-negatives Selbstbild und Selbstwerterleben entwickelt wurde und dadurch vor allem „*Vermeidungsschemata*“ und keine geeigneten „*Annäherungsschemata*“ ausgebildet wurden. Dadurch kann das erneute Erleiden von Schmerz oder anderen unlustvollen Gefühlen verhindert und der Eindruck aufrechterhalten werden, selbst Kontrolle darüber zu haben, was mit einem passiert. „*Selbstwerterhöhende Gedanken, Wünsche, Phantasien werden durch die Vermeidungsschemata ebenso abgeblockt wie offenes selbstwerterhöhendes Verhalten*“ (Grawe 2004, 254) und damit auch das negative Selbstbild bestätigt. Er weist darauf hin, dass der Gewinn der Aufrechterhaltung eines schlechten Selbstwerterlebens darin besteht, andere Grundbedürfnisse wie die Schmerzvermeidung, das Kontrollbedürfnis und die Konsistenzregulation wahrzunehmen. Gleichwohl neigen auch Personen mit einem negativen Selbstwert zu selbstwerterhöhenden Verhaltensweisen, indem sie sich bspw. indirekt aufwerten über die Identifizierung mit andern, die gemeinsame Merkmale aufweisen (Brown, Collins & Schmidt 1988; in Grawe 2004). In ihrer Metaanalyse von Studien zu Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz kommen Campbell und Sedikides (1999; in Grawe 2004, 257) entsprechend zum Ergebnis, dass die Neigung zu Selbstwerterhöhung Teil des motivationalen Annäherungssystems ist und die Neigung zu Selbstwertschutz zum Vermeidungssystem gezählt werden kann. Auch Baumeister, Tice und Hutton (1989; in Schütz 2003, 5) stützen diesen Befund, demnach: „*der Wunsch nach Selbstwerterhöhung typisch für hohes, der Wunsch nach Selbstwertschutz typisch für niedriges Selbstwertgefühl*“ ist.

2.3.1 Selbstbewertung und Selbstdarstellung

Die Art und Weise wie wir uns beschreiben und vor andern darstellen, lässt meist Rückschlüsse darauf zu, wie wir uns selbst bewerten. Diese Selbsteinschätzung ist immer an einen Zustand der Selbstaufmerksamkeit geknüpft, wodurch derjenige Aspekt des Selbst in den Vordergrund gerückt wird, der in der aktuellen Situation besonders auffällig ist (Duval & Wicklund 1972; in Hannover et al. 2004). „*Die Person misst den salienten Aspekt ihres Selbst an einem internen, angestrebten Standard. Dieser Standard kann sowohl eine positive Idealvorstellung als auch eine negative Selbsteinschätzung der Person sein, oder aber*

eine induzierte Verhaltensnorm“ (ebd., 326). Selbst-Bewertungen - und somit auch das Zustandekommen von Selbstwerten - setzen eine kognitive Konstruktion voraus, die in Relation zu etwas Vergleichbarem gesetzt wird, um mindestens zwei Elemente miteinander vergleichen zu können (Festinger 1954a; in Kanning 2000). Demnach kann sowohl die Selbstbewertung in Form eines intrapsychischen oder eines sozialen Vergleichs, als auch die Selbstdarstellung eingesetzt werden, um selbstwertschützende oder –erhöhende Regulationsziele zu erreichen. Damit eine Bewertung eines bestimmten Merkmals selbstwertrelevant wird, muss eine Bedeutungszumessung erfolgen. Wenn dabei nicht so erfolgreiche Bereiche abgewertet werden, kann dies ebenfalls dem Selbstwertschutz dienen.

Die Selbstdarstellung dient vor allem dazu, soziale Anerkennung zu gewinnen und zu erreichen mittels subtiler Beeinflussung der Beobachter. Nach Schütz (2003, 82) ist denn auch „*der Wunsch nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung [...] in vielen Auftrittssituationen bedeutsam*“. Durch unsere Selbstdarstellung tendieren wir laut Laux und Weber (1993, 122) dazu „*den Interaktionspartnern ein treffendes Bild der eigenen Befindlichkeit und der Merkmale des Selbst zu vermitteln*“, bspw. sich als besonders freundlich, kompetent oder durchsetzungsfähig zu zeigen. Sowohl der Theorie der „*Self presentation*“ (Tedeschi 1981; in Hannover et al. 2004), wie auch des „*Impression Management*“ (Schlenker 1980; in ebd.) ist gemeinsam, die Bilder, die andere von uns gewinnen, möglichst in positivem Sinne zu steuern und zu kontrollieren. Menschen mit starker Selbstüberwachung (*self monitoring*; Snyder; 1979; in Hannover et al. 2004) gelingt es besser, andere gemäss den eigenen Selbstpräsentationszielen zu manipulieren, als wenn die Selbstkontrolle niedriger ist. Selbstdarstellungen sollen den Zweck erfüllen, unsere erwünschte Identität zu konstruieren und beizubehalten. Dazu müssen die vermittelten Selbstbilder auch möglichst glaubwürdig sein. Tedeschi et.al. (1985; in Kanning 2000, vgl. 202f.) differenzieren zwischen defensiven Strategien (bspw. Rechtfertigung, Entschuldigung, hilfloser oder ängstlicher Selbstdarstellung, Suchtverhalten) und assertiven Selbstdarstellungstechniken (bspw. Einschüchterung, Herausstellen eigener Kompetenz, Betonung von Status, Preisgabe von intimen Informationen über sich selbst). Beide Formen der Selbstpräsentation können nach Hannover, Pöhlmann und Springer (2004) sowohl kurzfristig, situationsspezifisch sowie langfristig und situationsübergreifend angewandt werden. Auch die „*symbolische Selbstergänzung*“ (Gollwitzer 1985; in Hannover et al. 2004) kann dazu gebraucht werden, die private Selbstbewertung einer Person positiver zu gestalten, indem man sich ergänzend mit geeigneten Symbolen schmückt, die einem zur Erfüllung eines bestimmten Selbstkonzeptes fehlen. Die Identifikation mit Gruppen und eine damit einhergehende Selbstwerterhöhung korrespondiert nicht nur mit dem Zeigen von sozial erwünschtem Verhalten. Kanning (2000) verweist auf die Möglichkeit der Selbstaufwertung von Angehörigen bestimmter Randgruppen (z.B. Skinheads, Punks) aufgrund der erfahrenen Ablehnung bestimmter Menschen oder einer gesellschaftlichen Mehrheit. Ebenfalls kann nach Hannover, Pöhlmann und Springer (2004) der Selbstwert bestärkt oder erhöht werden durch öffentliches Bekanntmachen der eigenen Verbindung mit anderen (z.B. mit einer erfolgreichen Sportmannschaft), bzw. durch eine entsprechende Distanzierung von erfolglosen anderen eine negative Selbstbewertung vermieden werden.

Nach Schütz (2000 194ff.) unterscheidet sich der Stil der Selbstdarstellung bei Personen mit hohem Selbstwert von demjenigen der Personen mit niedrigem Selbstwert. Erstere, die das Gegenüber durch Kritik zu beeindrucken versuchen, werden zwar als kompetent, jedoch nicht sehr sympathisch wahrgenommen. Als noch problematischer in sozialen Beziehungen wirken sich positive Selbsturteile aus, die die negative Bewertung anderer miteinbeziehen. Demgegenüber wollen Personen mit niedriger Selbstwertschätzung mittels positivem Urteil Sympathie erheischen. Sie werden zwar als relativ angenehm und sympathisch empfunden, jedoch teilweise auch als inkompetent und indifferent. Unterschiede finden sich auch in der indirekten Selbstdarstellung über die Beschreibung anderer. So fand Arkin

(1981; in Schütz 2000, 196) heraus, dass Personen mit niedrigem Selbstwert einen protektiven Stil der Selbstdarstellung pflegen. Sie loben vor allem den Partner und werten sich durch die Aufwertung von Personen, mit denen sie verbunden sind, indirekt selbst auf. Personen mit hoher Selbstwertschätzung benutzen eher einen kompetitiven, riskanten Stil durch einen positiv gefärbten Vergleich mit dem Partner im Sinne von „ich bin der Bessere“.

2.3.2 Fremdeinschätzung und Selbstwert

Unser Selbstwerterleben hat grundsätzlich einen Bezug zu unserer Innen- wie auch Außenwelt. Aus diesem Grunde sind wir für unsere Selbstwertbestätigung ein Stück weit auf die Anerkennung und den Respekt anderer angewiesen. Deshalb gilt: *„Versagen wir einander Anerkennung und Respekt, mindern wir einander den Selbstwert“* (Kast 2003, 196). Soziale Bewertungen können jedoch sowohl positiv, anerkennend und wertschätzend sein als auch negativ, kritisch und abwertend. Dank der Fremdbewertungen sind wir in der Lage, zu überprüfen, ob unsere Gedanken, Gefühle und Einschätzungen über uns selbst mit denjenigen Aussenstehender korrespondieren. Problematisch wird es dann, wenn eine zu grosse Abhängigkeit von der Bestätigung anderer besteht oder sich jemand über Gebühr anpasst aus Furcht, die für den eigenen Selbstwert notwendige Anerkennung werde ansonsten entzogen. Besonders selbstwertschützend ist die Orientierung an eigenen Standards, wodurch Rückmeldungen anderer unwichtiger werden und sich eine Person sozial unabhängig fühlen kann. Negative Fremdbewertungen werden meist als unangenehm erlebt. Sie können selbstwertdienlich verarbeitet werden, indem der entsprechende Beurteiler selbst als bspw. inkompetent oder voreingenommen abgewertet wird.

Die Bewertung von sich selbst stimmt häufig nicht mit der Beurteilung durch andere überein. Schütz (2000, 197) weist denn auch auf eine Tendenz zu Selbstüberschätzung hin, da *„die Wahrnehmung der eigenen Person durch motivierte Verzerrungstendenzen gekennzeichnet sein kann (vgl. Blaine & Crocker, 1993)“*, die dazu führen, eigene Zukunftsperspektiven, die eigenen Kompetenzen und die Möglichkeiten eigener Kontrolle zu positiv zu sehen. Schütz (1998, 2000) fand in einer eigenen Studie zum Zusammenhang von habitueller Selbstwertschätzung mit Selbst- und Fremdurteilen insbesondere bei Menschen mit hohem Selbstwert eine Diskrepanz zwischen der Selbstüberzeugung, auf andere sympathisch zu wirken und der Einschätzung anderer. Personen mit hohem Selbstwert tendieren demnach im sozialen Bereich dahin, ihre Beliebtheit zu überschätzen, Personen mit niedrigem Selbstwert jedoch sie zu unterschätzen. Dabei bleibt der Faktor Neid unberücksichtigt. Kast (2003) stellt denn auch ergänzend fest, dass Menschen mit hoher Selbstwertschätzung häufig beneidet werden, was zu deren Abwertung führen kann. Kritisch kann angemerkt werden, dass sie indes nebst Neid auch Bewunderung und Identifikationen auf sich ziehen.

In Bezug auf soziale Konflikte findet man bei Personen mit hohem Selbstwert selbstwertdienliche Strategien wie bspw. Verantwortung für Erfolge zu übernehmen und Verantwortung für Misserfolge abzulehnen oder andere Personen für Schwierigkeiten verantwortlich zu machen (Blaine & Crocker 1993; in Schütz 2000). Personen mit niedriger Selbstwertschätzung neigen hingegen dazu, die Gründe für Fehler bei sich selbst zu suchen. Schütz (2000, 199) führt aus, dass die selbstwertdienliche Strategie als *„positive Illusion im Sinne von Taylor & Brown“* (1988) gesehen werden kann. Solche positiven Illusionen scheinen in einem mittleren Bereich dienlich zu sein, da bspw. ein geringes Mass an positiven Illusionen zu Depressionen führen kann, währenddem ein Übermass an positiven Illusionen jedoch mit Narzissmus gekoppelt ist.

2.4 Selbstwerterfassung

Bewertungen der eigenen Person werden vorwiegend mit Selbstbeschreibungsskalen erfasst, die aufgrund ihrer Konstruktion und möglichst hohen Reliabilität nach Potreck-Rose

& Jacob (2004) v.a. die momentane Höhe des Selbstwertes messen. Damit bleiben Veränderungen, die unsere Selbstwertschätzung über die Lebensspanne aufgrund unserer Neuroplastizität und den gravierend sich verändernden Lebenswelten durchmacht, unbeachtet. Aus diesem Grund taugen solche Erfassungsskalen nicht als Verlaufskontrolle vor und nach einer Psychotherapie. Unterschieden werden Messinstrumente für die Erfassung von expliziter und impliziter Selbstwertschätzung einer Person (bspw. Hannover et al. 2004; Schütz, 2003). Eine grosse Verbreitung für die Messung der bewussten und expliziten Selbstbewertungen findet die „*Self-Esteem Scale*“ von Rosenberg (1965; in Kanning 2000, 46f.). Damit wird der habituelle, d.h. „*situationsstabile und zeitlich überdauernde, private Selbstwert einer Person gemessen*“. Die sehr allgemein gehaltenen Formulierungen der zehn Items lassen jedoch keine Festlegung spezifischer Selbstkonzepte, sondern nur die Erfassung eines globalen Selbstwertes zu. Schütz (vgl. 2003, 213) merkt dazu kritisch an, dass bestimmte items kompetitive Perspektiven wie bspw. ein Überlegenheitsgefühl anderen gegenüber zu stark betone. Dadurch werde eher ein independentes Selbstkonzept favorisiert und eine interdependente Selbstwertschätzung, bei der Personen ihre Zufriedenheit mit sich stärker aus Beziehungen ableiten, vernachlässigt. Die „*State-Self-Esteem Scale*“ von Heatherton und Polivy (1991; in Hannover et al. 2004) misst mit 20 Items drei Bereiche (akademische Fähigkeiten, soziale Kompetenzen, äusseres Erscheinungsbild) und erfasst eher den momentanen, expliziten Selbstwert. Die „*Collective Self-Esteem Scale*“ von Crocker & Luhtanen (1990) und deutscher Übersetzung durch Wagner & Zick (1993; in Kanning 2000, 47ff.) erfasst mit je 4 Items den Beitrag der eigenen Person zur Gruppenleistung, den privaten und öffentlichen kollektiven Selbstwert und die Identifikation mit der eigenen Gruppe. Mit Hilfe einer abgewandelten deutschen Version dieser Skala (Bohner & Sturm 1997) wird der kollektive Selbstwert in bezug auf das Geschlecht (KSW-G) evaluiert. Einer Studie an 124 Studentinnen und 103 Studenten zufolge ist bei Männern der individuelle Selbstwert und Aspekte der geschlechtsbezogenen sozialen Identität stärker miteinander verknüpft als bei Frauen. Ebenfalls schätzten Frauen die öffentliche Bewertung ihrer Geschlechtsgruppe negativer ein als die Männer dies für ihre eigene Geschlechtsgruppe taten. Die „*Skala zur Erfassung der Selbstakzeptanz (SESA)*“ von Sorembé und Westhoff (1979; in Schütz 2003, 106) grenzt „*Akzeptanz der eigenen Person von Unsicherheits- und Minderwertigkeitsgefühlen oder neurotisch getönten Ängsten*“ ab.

Der implizite Selbstwert stellt eine nicht bewusste, automatisch ablaufende Bewertung von sich selbst (Greenwald & Banaji 1995; in Hannover et al. 2004) dar. Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen Objekte, die eng mit der eigenen Person verknüpft sind, selbstbezogen beurteilen und mit einer positiven oder negativen Bewertung versehen. Wenn Menschen nun mit diesen assoziierten Objekten konfrontiert sind, werden diese Einstellungen ohne eigenes Mitwirken wieder aktiviert. So kann mittels des „*name-preference task*“ (Hoorens & Nuttin 1993; in ebd.) ein positiver impliziter Selbstwert ermittelt werden, wenn Buchstaben, die im eigenen Namen enthalten sind, positiver beurteilt werden als der Rest der Buchstaben. Schütz (2003) sieht v.a. Verfahren aus der Gruppe der „*Impliziten Assoziationstests (IATs)*“ als geeignet an, um Rückschlüsse auf solche impliziten Einstellungen ziehen zu können. „*Bei der Erfassung der Selbstwertschätzung werden Assoziationen von selbstrelevanten vs. nicht-selbstrelevanten Begriffen mit angenehmen vs. unangenehmen Begriffen analysiert, um Rückschlüsse auf die implizite Bewertung der eigenen Person zu ziehen* (Greenwald & Farnham 2000; in Schütz 2003, 228). Kritisch hinterfragt werden solche IATs u.a. durch die Möglichkeit, dass die Testergebnisse auch durch andere Faktoren zustanden kommen können als nur durch Einstellungen (De Houwer 2003; in Schütz 2003) und die Tatsache, dass die erste Kategorie durch die Gegensatzkategorie von Begriffen getönt werden kann und nicht absolute Präferenzen messen. Mit Hilfe der „*Sozial-Automen-Selbstwertkala (SAS)*“ konnten Pöhlmann, Hannover, Kühnen und Birkner (2002; in Hannover et al. 2004, 353) zeigen, „*dass die autonome Subskala den impliziten*

Selbstwert unabhängiger Personen vorhersagt, während für interdependente Personen nur die soziale Subskala prädiktiv für den impliziten Selbstwert ist“.

Schütz (vgl. 2000, 200ff.) moniert, dass mit den üblichen Selbstwertskalen vor allem niedrige von ausreichender Selbstwertschätzung differenziert werden kann, jedoch insbesondere eine sehr hohe Selbstwertschätzung nicht ausreichend erfasst wird. In einer eigenen Untersuchung (Schütz 1998), basierend auf ausführlichen Einzelfallanalysen, wurden unterschiedliche Aspekte der Selbstwertschätzung wie Empfindlichkeit gegenüber Kritik, die Offenlegung eigener Schwächen und der Partnerschaftsinteraktion analysiert und in folgende 3 Gruppen klassifiziert: 1) Personen mit „*stabiler Selbstakzeptanz*“, die sich positiv bewerten, eigene Schwächen benennen, sich bei Paarkonflikten mitverantwortlich fühlen sowie PartnerInnen gegenüber wertschätzend sind. 2) Personen mit „*instabiler Selbstwertschätzung*“, die trotz positiver Einstellung zu sich selbst verletzlich und insbesondere durch Kritik oder nach Misserfolgen von Selbstzweifeln geplagt sind. In ihrer Selbstwertschätzung sind sie abhängig von der Anerkennung anderer. Paarkonflikte waren sowohl von Selbstvorwürfen wie auch von Vorwürfen an den Partner geprägt. 3) Personen mit „*egozentrischer Selbstaufwertung*“, die sich selbst sehr hoch bewerten und Schwächen eher negieren. Kritik beeinflusste sie kaum; die Schuld an Paarkonflikten schrieben sie dem jeweiligen Partner zu und versuchten die eigenen Interessen durchzusetzen. Diese Befunde zeigen, dass die Gruppe von Personen, die als „selbstwerthoch“ diagnostiziert wird, noch weiter differenziert werden sollte. So stellen die „*Narzissmuskalen*“ (Deneke & Hilgenstock 1989; „*Narcissistic Personality Inventory, NPI*“ Raskin & Hall 1981; in Schütz 2003) denn auch ein geeignetes Mittel dar, um eine extrem hohe Selbstwertschätzung differenziert erfassen zu können.

3. Selbstwerterleben und Psychische Störungen

3.1 Klinische Phänomene des Selbstwertes und Diagnostik

Die Extrempole von Selbstabwertung und Selbstüberschätzung weisen auf die klinische und die psychotherapeutische Relevanz des Selbstwertes hin, da sowohl ein „Zuwenig“ als auch ein „Zuviel“ an ausreichend positiver Selbstwertschätzung als behandlungswürdig gilt. Diesen Befund bestätigt auch Petzold (2003, 632): *„Mit Blick auf die klinische Erfahrung kann man feststellen, dass ein sicheres Selbst- bzw. Lebensgefühl, ein gutes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen Prädiktoren für Gesundheit und Lebensglück sind, dass andererseits Selbstwertprobleme, Minderwertigkeitsgefühle, Selbstunsicherheit und Selbstzweifel gewichtige Faktoren für Erkrankung sind und damit zu einem zentralen Bereich psychotherapeutischer Arbeit werden“.* Im psychoanalytisch orientierten OPD (2001) wird in diesem Zusammenhang der „*Selbstwertgefühl-Regulation*“ auf Achse 5 Beachtung geschenkt: Wenn diese nur mässig gelingt, kann bspw. zurückgehaltene Aggressivität zu selbstentwertenden, selbstbestrafenden, autoaggressiven Tendenzen (vgl. Kap. 1.3.2) führen; ist sie beeinträchtigt, kann sie sich als Kränkbarkeit, Selbstüberhöhung oder Selbstentwertung äussern und bei einer noch geringeren, fragilen Steuerungsfähigkeit kommt es zu unrealistischen Grössenvorstellungen, bzw. zu massiver Kränkbarkeit. Nach Stumm und Pritz (2000, 635f.) führen *„Störungen des Selbstwerts [...] zu Problemen in der Abgrenzung zu andern (Nähe, Übergriffe, Distanziertheit), zu Vereinsamung (innere Leere), Sozialängsten, zum hysterischen Formenkreis und zu den meisten Persönlichkeitsstörungen“.*

Die Krankheitslehre der Integrativen Therapie (vgl. Petzold, 2003) unterscheidet drei Pathogenesemodelle, die m.E. geeignet sind, auch zur Diagnostik von Störungen des Selbstwertes herangezogen zu werden:

1. Das „*Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen*“ (vgl. Kap. 1.2.1) fusst auf krankmachenden Stimulierungskonstellationen (Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte) im Entwicklungsverlauf, die die sich entwickelnde Persönlichkeit beeinträchtigen. Dies kann

zu Anästhesierung, Wahrnehmungs- und Ausdrucksdefiziten des Leibselbst und zu psychosomatischen Reaktionen führen. Die Regulationsfähigkeit kann dadurch eingeschränkt, die Syntheseleistungen des Ichs instabil, sowie die Identität schwankend, löchrig und inkonsistent werden und damit die Ausbildung von ausreichend positivem Selbstwerterleben verhindert werden.

2. Das „*Pathogenesemodell der zeitextendierten, multifaktoriellen Be- bzw. Überlastung*“ geht von zu hohen Anforderungen aus, die ungenügenden Copingmöglichkeiten, nicht ausreichenden Ressourcen und zu wenig Unterstützung gegenüberstehen. Dabei kann es zu krisenhaften physischen, psychischen und sozialen Überforderungs- und Spannungszuständen kommen, die sich negativ auf das Selbstbild, auf die Einschätzung der eigenen Kompetenz und auf das Selbsterleben auswirken.
3. Das „*Pathogenesemodell der Repression / Dissoziation emotionaler, expressiver Impulse*“ befasst sich mit den positiven und negativen Stimulierungen, die auf das Leibsubjekt einwirken und physiologische Erregung, Affekte, kognitive Einschätzungen sowie Erinnerungen an ähnliche oder gegensätzliche Eindrücke auslösen. Durch die Bewertung dieser Impressionen entstehen Gefühle, die nach aussen drängen. Diese Entwicklung wird blockiert, wenn die Expression auf keine Resonanz trifft, wenn sie negative Ausresonanz (z.B. Bestrafung, Kritik) erfährt oder aufgrund verinnerlichter Normen zurückgehalten wird. Dadurch können Depressionen oder psychosomatische Störungen entstehen, die i.d.R. mit negativem Selbstwerterleben und selbstentwertenden Tendenzen verbunden sind.

Häufig lässt sich die Entwicklung einer Selbstwertproblematik aus verschiedenen Perspektiven betrachten, was die Bildung unterschiedlicher Hypothesen über deren Genese sowie entsprechende Zielformulierungen ermöglicht. Eine kurze Fallvignette soll dies illustrieren:

Frau P., 33-jährig, im 2. Ausbildungsjahr zur Krankenschwester, schildert, sie sei immer wieder ohne äusseren Anlass traurig, ziehe sich zurück, fühle sich blockiert, unfrei, hasse sich manchmal selbst und kontrolliere sich selbst permanent. Von ihren Eltern habe sie nie Unterstützung erfahren und deshalb keine Matura machen können und sei nur Drogistin geworden. Ihr Ausbildungsentscheid zur Krankenschwester sei mit dem Wunsch nach eigener Familie und ihrem Ex-Freund verknüpft gewesen. Von ihrem jetzigen Freund, der 22 Jahre älter sei und mit seinem 14-jährigen Sohn zusammen lebe, fühle sie sich wertgeschätzt und akzeptiert. Deshalb könne sie sich trotz Altersunterschied vorstellen, mit ihm ein Kind zu haben. Ihr Freund fühle sich jedoch zu alt dafür, was sie einerseits verstehe, sie jedoch auch schmerze. Ihre Lebenssituation mache sie unzufrieden, sie drehe sich im Kreis und spüre manchmal eine ohnmächtige Wut über ihre Ausbildung, die ihr nicht mehr gefalle und unter diesen Umständen keine berufliche Perspektive biete. Sie erlebe es als Zumutung, dass sie als 33-Jährige mit viel jüngeren Frauen zusammen diese Ausbildung absolviere, was für sie keine wirkliche Herausforderung bedeute. Trotzdem setze sie sich selbst in Prüfungssituationen und Praktika sehr unter Druck mit ihrem Anspruch nach guten Noten. Über ihre biografische Entwicklung berichtet Frau P., dass sie das ältere von zwei Kindern sei. Ihre 3 Jahre jüngere Schwester habe sie um deren Kontaktfreudigkeit und Beliebtheit beneidet. Sie selbst habe sich in ihr Zimmer verkrochen und wenig Kontakte gepflegt. Ihre Mutter sei sehr beschäftigt gewesen mit ihrer pflegebedürftigen Mutter, habe sich dem Vater gegenüber sehr untergeordnet und habe wenig Zeit für sie gehabt. Ihr Vater habe sich ebenfalls kaum um sie gekümmert, sondern sich in sein Arbeitszimmer zurückgezogen. Frau P. empfand die Atmosphäre zuhause als kalt und eigenartig beziehungslos. Beinahe der einzige Kontakt habe stattgefunden, wenn sich die Eltern stritten, worunter sie jeweils litt. Sie habe sich vernachlässigt und einsam gefühlt. In der Pubertät habe ihr Vater sie mit abwertenden Bemerkungen über ihren Körper sehr verletzt. Es wundere sie nicht, dass sie deshalb anorektisch geworden sei. Ein verheirateter Pfarrer, zu dem sie Vertrauen entwickelte, habe ihre Geborgenheitsuche ausgenutzt und sei eine Beziehung mit ihr eingegangen. Ihre Eltern hätten dies nicht gemerkt und sie habe dies aus Scham stets geheimgehalten. Sie spüre, dass sich hinter ihrer Wut Trauer verberge, was sicher mit dem Vielen zusammenhänge, das fehlte oder was sie als negativ erlebte in ihrer Kindheit. Sie würde jedoch am liebsten nichts mehr damit zu tun haben und ihre Vergangenheit abschneiden.

Wenn der Fokus auf die Entwicklungsperspektive gerichtet wird, kann davon ausgegangen werden, dass Frau P. zu wenig verlässliche und wertschätzende Beziehungserfahrungen machte (vgl. Kap. 1.2.1). Aufgrund dieser defizitären Stimulierungskonstellation konnte sie kein genügend tragendes, positives Selbstgefühl und kein sicheres Identitätsgefühl entwickeln. Dieses Defizit soll nun im Rahmen der Therapie durch alternative Erfahrungen nachgenährt werden (vgl. Kap. 4.2). Mit Blick auf die zweite Perspektive der Überlastung kann

angenommen werden, dass sich Frau P. in ihrer Ausbildungssituation mit ihren hohen Erwartungen selbst permanent unter Druck setzt, da ihre Wertlosigkeitsgefühle und Versagensängste hinter hohen Ich-Idealen versteckt sind. Durch ihren Anspruch, etwas Besonderes leisten zu müssen (vgl. Kap. 1.3.1), droht ständig ein Scheitern an den eigenen Normen und Idealen. Da dieses Idealbild auch ihre Identität stabilisiert, fürchtet sie zu Recht, dass andere ihre Fehler und Schwächen bzw. ihre Minderwertigkeit sehen könnten. Gleichzeitig fühlt sie sich dadurch überfordert und erlebt die Ausbildung als krisenhaft, zumal auch damit verknüpfte Zukunftsperspektiven zusammengebrochen sind. Sowohl ihr Selbstwertempfinden als auch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sind einseitig auf Leistung und diesbezügliche Anerkennung ausgerichtet. Deshalb wird es in einem Therapieprozess darum gehen müssen, dass sich Frau P. mit ihren hohen Idealvorstellungen auseinandersetzt, sowie sich auch mit Fehlern und Schwächen akzeptieren lernt (vgl. Kap. 4.5). In Bezug auf das Repressionsmodell kann vermutet werden, dass die Resonanzlosigkeit dazu führte, dass Frau P. ihre Gefühle in sich verschloss und dadurch Affekte nur bedingt regulieren lernte. Eine starke Neigung zu Autoaggression drückt sich in ihrem Selbsthass aus. Die eigene Verachtung ist nach aussen verschoben und äussert sich in einer Furcht vor Blossstellung und vor Verachtung durch andere, was durch eine grosse Schamneigung verdeckt ist und zu starken Blockierungssituationen führt. Dies macht deutlich, dass ein Therapieprozess auch daraufhin zielen muss, zu lernen, Emotionen wieder wahrzunehmen, auszuhalten und auszudrücken, sowie sich mit dem Schmerz und der Trauer, die bereits vibewusst hervordrängen, auseinanderzusetzen.

In der Praxis sind in der Regel nicht Selbstwertprobleme der Anlass, psychotherapeutische Hilfe zu beanspruchen, sondern starke Überforderungsgefühle oder andere psychische Erkrankungen. Aus diesem Grunde stehen meist die damit zusammenhängenden Symptome und Beschwerden im Vordergrund, da PatientInnen davon Entlastung suchen. Dabei müssen auch neurobiologische Erkenntnisse einbezogen werden, da viele Störungsbilder mit entsprechenden generalisierten Emotions-Kognitions-Verhaltens-Mustern (z.B. Angststörungen) oder einer gestörten Transmitterregulation (z.B. affektive Störungen, Abhängigkeitserkrankungen) einhergehen. Obwohl der Selbstwert bei den meisten PatientInnen mit psychischen Störungen nicht genügend stabil und positiv ausgeprägt ist, würde eine nur auf diese Problematik ausgerichtete Behandlung nicht ausreichen. Deshalb wird die therapeutische Arbeit an der Selbstwertproblematik davon abhängen, wie stark die Störungsdynamik damit in Verbindung steht und welche anderen belastenden Problembereiche existieren. I.d.S. kann die Arbeit am Selbstwert den störungsspezifischen Blickpunkt erweitern.

Im Folgenden sollen nun die unterschiedlichen Phänomene des Selbstwertes den bedeutendsten Störungsbildern nach der hierzulande üblichen ICD-10-Klassifikation zugeordnet werden. Wie bereits erwähnt, finden Selbstwertprobleme mit wenigen Ausnahmen darin als begleitende Symptome von psychischen Störungen keine Beachtung und kommen in den ergänzend dargestellten tiefenpsychologisch, psychodynamisch und phänomenologisch orientierten Aspekten zum Ausdruck. Mentzos (2002, vgl.112-115; 2003) plädiert aus psychoanalytischer Sicht dafür, psychische Störungen auf den drei Achsen Struktur, Art des Grundkonflikts und dem pathologischen Verarbeitungsmodus dieses Konflikts zu diagnostizieren. Im Vergleich dazu wird im integrativen Ansatz von vielfältigen Einflüssen im Verlauf der Lebensgeschichte ausgegangen, die die Ausbildung eines Störungsbildes mitverursachen. Dabei werden nicht nur pathogene Einflüsse (z.B. Schädigung der Grundstruktur) analysiert, sondern ebenfalls salutogene Aspekte wie Ressourcen, protektive Faktoren, soziales Netzwerk etc. (vgl. Kap. 4.3 + 4.4) in diese prozessuale Diagnostik miteinbezogen. In Bezug auf Selbstwertprobleme führt dieser phänomenologisch-hermeneutische Ansatz der Diagnostik zu folgenden Fragestellungen: Welche Störungen, Konflikte und/oder Traumata beeinflussen den aktuellen Ausprägungsgrad des Selbsterlebens? Was funktioniert und trägt als Selbstwertquelle zu Selbstwertschutz oder –erhöhung bei, bzw. in welchen Berei-

chen ist ein genügend positiv ausgeprägtes Selbstwerterleben vorhanden? Wie können solche protektiven Faktoren und Potentiale weiter gefördert und stabilisiert werden? Was ist dysfunktional oder gestört (z.B. negative Selbstkonzepte) und trägt zur Reduktion von Selbstwert, Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz bei? Was fehlte und führte bspw. als Mangel an Grundvertrauen zu diesem negativen oder instabilen Selbstwerterleben? Die Festlegung von Therapiezielen und die Wahl bestimmter Methoden, Techniken und Medien hängen von diesem spezifischen diagnostischen Blick auf das Ganze ab, wobei Therapieziele immer zwischen Patient und Therapeutin ausgehandelt werden sollten.

3.2 Niedriger Selbstwert / Insuffizienzgefühle / Verminderte Selbstachtung

Negative oder selbstabwertende Selbstbilder und Selbstkonzepte weisen meist ungünstige Folgen auf, indem sie eine entsprechend negative emotionale Bewertung fördern und zu geringer Selbstachtung, Minderwertigkeits- und Versagensgefühlen, sowie mangelndem Selbstbewusstsein oder Selbstvertrauen führen. Niedrige Selbstwertschätzung zeichnet sich denn auch durch eine „habituelle Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbst“ (Schütz, 2003, 72) aus. Dieses negative Selbstwerterleben kann sich nach Kruse (1991) in Bezug auf einen bestimmten Aspekt, bspw. das Aussehen, das soziale Auftreten oder die Intelligenz zeigen oder sich in beliebigen Situationen, in gewisser Weise ‚frei flottierend‘ äussern. Campbell und Lavalee (1993; in Kanning 2000) fanden bei Menschen mit niedrigem Selbstwert eine geringere zeitliche und innere Konsistenz der Beschreibungen von sich selbst als bei Menschen mit positiverem Selbstwert. Dieses Resultat könnte dahingehend interpretiert werden, dass die negative Selbstbewertung zu selbstwertdienlicher Aktivität führte, indem anstatt des schlechter bewerteten, jedoch wichtig erscheinenden Aspekts ein vorteilhafterer Aspekt besonders hervorgehoben wurde.

Kanning (2000, 59) stellt zusammenfassend fest, dass negativer, bzw. geringer Selbstwert *„mit einer geringeren Lebenszufriedenheit, schwächeren sozialen Bindungen, mangelnder sozialer Kompetenz, sozialer und allgemeiner Ängstlichkeit, der Neigung zu aggressiven Problemlösestrategien und Drogenkonsum, psychosomatischen Symptomen, verminderter Stressbewältigung und Depression bis hin zu Suizidgedanken stärker assoziiert als ein positiver Selbstwert“*. Eine Verbesserung der Selbstakzeptanz und eine Stärkung des Selbstwerterlebens ist nach Finke (1999) denn auch bei depressiven Störungen, Angststörungen inklusive sozialer und Agoraphobie sowie ängstlich-vermeidender, abhängiger und asthenischer Persönlichkeitsstörung besonders angezeigt.

3.2.1 Depression

Depressive Episoden sind im ICD-10 unter den Affektiven Störungen (F30-39) eingeteilt und nach formalen Kriterien unterschieden. In Abgrenzung zur normalen Trauerreaktion nimmt in der Psychodynamik der Depression *„die Herabsetzung des Selbstwertgefühls eine zentrale Stellung ein“* (Mentzos, 2001, 32). Eine verminderte Selbstwertschätzung und Selbstvertrauen ist denn auch unter den zu diagnostizierenden weiteren Symptomen des ICD-10 zu finden.

Nach Mentzos (vgl. 2001, 52) wird der depressive Affekt durch schweren realen Verlust oder Kränkung, schwierige Konflikte, psychophysische Erschöpfung oder durch reale Hilf- und Auswegslosigkeit mobilisiert. In der Integrativen Therapie werden u.a. zeitextendierte Überlastungen sowie festgehaltene oder blockierte Impulse für die Ausbildung einer Depression verantwortlich gemacht. Diese Sichtweise korrespondiert mit einer bereits von Abraham (1912); in Mentzos 2001) vertretenen zentralen Bedeutung der unterdrückten und häufig nach innen gewendeten Aggression bei Depressionen. Die bei schwer depressiven Menschen zu beobachtende Rückzugsneigung beschränkt sich indes nicht nur auf aggressive Impulse. Ebenso stark äussert sich dieser fehlende Zugang auf die Welt in einer kogni-

tiven Unbeweglichkeit (Gedankenkreisen, Ruminationen vgl. Martin et al. 1989, 1996), in einer Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit, einer Einseitigkeit der emotionalen Lage, einer Erstarrung des Bewegungsmusters sowie der Unfähigkeit, Kontakte herzustellen oder Beziehungen zu pflegen. Dadurch haben die Betroffenen kaum Erfolgserlebnisse, erhalten unzureichende Anerkennung und Wertschätzung, so dass Selbstachtung und Selbstwert, sowie das Vertrauen in die eigenen Ressourcen und Kompetenzen immer weiter absinken. *„Aufgrund der – bei zur Depression disponierten Menschen - präexistierenden Labilität und Brüchigkeit des Selbstwertgefühls“* (ebd., 54) kann dieser Rückzug gleichwohl als defensiv adaptiver und regressiver Versuch von Selbstschutz gewertet werden.

Zusammenhänge zwischen Depressionen und Unwert- bzw. Wertlosigkeitserleben werden in vielen Untersuchungen behandelt. Kernis et al. (1991; in Schütz, 2003) weisen auf den Zusammenhang von stabil niedrigem Selbstwert und vier Wochen später erfassten depressiven Symptomen hin. Die mit einer Depressivität und niedriger Selbstwertschätzung gekoppelte negative Wahrnehmung von sich selbst beeinflusst laut Pietromonaco und Markus (1985; in Schütz 2000) ebenfalls die Bewertung anderer. *„Depression erscheint somit als ein unglückliches Zusammenspiel mehrerer, einander gegenseitig verstärkender negativ bewerteter Selbstkonzeptionen“* (Kanning 2000, 53). Ebenfalls konnten Freund und Smith (1997; in Freund 2000) im Rahmen einer Altersstudie zeigen, dass eine facettenreiche Selbstdefinition die mit gesundheitlichen Einschränkungen verbundene negative Wirkung (Depressivität) mildern.

3.2.2 Angsterkrankungen

Angststörungen (vgl. Kap. 1.3.3) werden im ICD-10 unter F40-41 klassifiziert und zu den *„Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“* gezählt. Unterschieden werden Agoraphobien, isolierte und soziale Phobien, die von einem bestimmten Kontext abhängen sowie generalisierte Angststörungen und Panikstörungen, die kontextunabhängig sind. Nicht selten können sie sowohl miteinander, als auch mit anderen Störungsbildern kombiniert auftreten (z.B. Agoraphobie und Panikstörung; Agoraphobie und depressive Störungen).

Psychodynamisch versteckt sich nach Mentzos (2003) hinter einem akutem Zustand intensiver diffuser Angst (Panikattacken, generalisierte Angststörung) eine tieferliegende Angst vor Selbstverlust, Selbstentwertung, Beziehungsverlust oder Abhängigkeit. Angstgefühle treten demnach dann auf, wenn das Ich zu schwach ist, um Anforderungen von aussen etwas entgegensetzen zu können, wenn das Ich überflutet wird. Angst konkretisiert sich i.d.R. durch eine starke Somatisierung (Angst-Stress-Reaktion), die wiederum einen Herzstillstand befürchten lässt oder zur Vorstellung führt, umfallen zu können und in eine Situation extremer Ohnmacht und Unkontrolliertheit zu geraten. Ein solch belastender Angstanfall wird meist besser ertragen, als sich einer höchst bedrohlichen Selbstverlustangst mit Gefühlen von Hilflosigkeit, absoluter Verlassenheit und Verzweiflung zu stellen. Auslöser sind häufig faktische oder symbolische Trennungssituationen, kritische Lebensereignisse, Krankheiten, jedoch auch misslungene Lebensübergänge, in denen Verlust oder Belastendes nicht mit seelischem Schmerz, sondern mit existentieller Angst beantwortet wird, da andere Menschen wichtig und unersetzbar sind für die Aufrechterhaltung des Sicherheitsgefühls und des eigenen Wertes. Fehlgeschlagene Interaktionen sind auch aus Sicht der Integrativen Therapie am Zustandekommen von Angststörungen beteiligt (vgl. Kap. 1.3.3). Häufig werden solche Stressmuster bereits ab frühester Kindheit durch entsprechende Familienatmosphären eingeübt. *„Ängstlich-ambivalente Bindungsstile z.B. überbehütender Eltern [...], aber auch feindseliges Erziehungsverhalten wie Abwertung, Tadel, Strenge und unfaire Bestrafung können zu mangelndem Selbstwertgefühl und erhöhter Ängstlichkeit führen“* (Müller 2001, 7). Auf diese Weise wird es bereits einem kleinen Kind verunmög-

licht, sowohl Vertrauen in sich selbst als auch in die andern und die Welt aufzubauen (vgl. Kap. 5.3.1). Beim phobischen Modus wird eine innere Gefahr (unbewusste Phantasie, bedrohlicher Wunsch) verdrängt und in eine unbedeutendere, äussere Situation verschoben, die gefürchtet und in der Folge vermieden werden kann. Die „*soziale Phobie*“ zeichnet sich durch geringe Selbstwertschätzung und Furcht vor Kritik aus, was meist starkes Vermeidungsverhalten auslöst. So kann es gerade bei dieser Form von Phobie zu einer kompletten sozialen Isolierung kommen, was positivem Selbstwerterleben zusätzlich abträglich ist.

Eine Verknüpfung zwischen geringem Selbstwert und erhöhter Ängstlichkeit bzw. Furcht wird durch eine Reihe von Studien belegt. So wiesen Heatherton und Polivy (1991; in Kanning 2000) mittels drei verschiedener Selbstwertmasse nach, dass ein niedriger Selbstwert mit einer höheren allgemeinen Ängstlichkeit positiv korreliert. Auch in Bezug auf soziale Ängste werden diese Ergebnisse bestätigt (Greenwald, Bellezza & Banaji 1988; in Kanning 2000).

3.2.3 Persönlichkeitsstörungen

Im ICD-10 wird die grosse Gruppe von Persönlichkeitsstörungen im Kapitel F60-F69 unter der Bezeichnung „*Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*“ subsumiert. Sie enthält vielfältige Störungsbilder, die meist in Kindheit oder Adoleszenz beginnen, häufig mit persönlichem Leiden und mit Selbstwertproblemen einhergehen, sowie sich durch reifere und unreifere Verarbeitungsmechanismen auszeichnen. Nach Fiedler (1995, 500) ist allen Persönlichkeitsstörungen gemeinsam, dass sie als „*komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens aufzufassen*“ sind, denn die sie charakterisierenden, langanhaltenden Besonderheiten in Erleben und Verhalten werden in der Regel erst interpersonell sicht- und beurteilbar. Diese ausgeprägten Persönlichkeitseigenarten oder dysfunktionalen Schemata werden aufgrund entsprechender Lebens- und Beziehungsbedingungen entwickelt und offenbaren in einem bestimmten Bereich ein grosses Bedürfnis nach Selbstschutz. Petzold et al. (1999, 225) merken deshalb zu Recht an, dass auch das zu schützende Gesunde bzw. die Ressourcen „*in den Problemen [...] gespürt, erfasst und gewürdigt werden*“ sollen, was selbstverständlich auch für andere Störungsbilder gilt. Ich werde in diesem Kapitel vorerst die im Zusammenhang mit niedrigem Selbstwert stehenden wichtigsten Krankheitsbilder darstellen, um in Kapitel 3.3. die mit instabilem Selbstwert einhergehenden Persönlichkeitsstörungen zu behandeln.

Die „*Paranoide Persönlichkeitsstörung*“ zeichnet sich häufig durch misstrauisches oder feindseliges Verhalten aus, dem eine grosse Empfänglichkeit gegenüber Kritik und Kränkung zu Grunde liegt. Dies dient der Distanzierung und Abgrenzung eines Selbst vor der als bedrohlich empfundenen positiven Beziehung, die durch eine negativ-feindliche ersetzt wird. Letztere soll nach Mentzos (2003) dazu beitragen, brüchiges Selbstbild als auch Selbstwerterleben zu stabilisieren.

Bei der „*Schizoiden Persönlichkeitsstörung*“ werden Wünsche oder Interessen nach nahen oder intimen Beziehungen abgespalten, um die dadurch gefährdete Identität, die Selbstgrenzen sowie häufig auch die Regulation des Selbstwerterlebens zu schützen. Fiedler (1995) merkt an, dass die sich hinter dieser Kontaktvermeidung verbergende Empfindsamkeit neuerdings eher als Merkmal einer schizotypen oder selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung gilt.

Die „*Dissoziale Persönlichkeitsstörung*“ wird im ICD-10 v.a. mit Kriterien einer „*spezifischen (damit auch vereinseitigten) Kompetenz*“ (Fiedler 1995, 198) beschrieben, die häufig durch fehlende Angst auffällt, jedoch delinquentes Verhalten nicht voraussetzt. Nach Mentzos (2003) sind es häufig schwer traumatisierte Menschen, die sich als Überlebensstrategie mit dem Bösen identifizierten. Das dissoziale Muster bringt nun eine gewisse „*narzisstische Stabilität*“ (ebd.), indem sie sich durch normverletzendes, aggressives oder gewalttätiges Verhalten in bestimmter Weise rächen für früh erlittene selbstwertmindernde Kränkungen.

Aus Furcht vor Ablehnung, werden bei der „*Ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung*“ enge Beziehungen aufgrund sozialer Hemmungen und Minderwertigkeitsgefühlen gemieden, trotz des Wunsches nach Beziehung. „*Die Betroffenen würden anderen gern näher kommen oder nahe sein, haben dennoch zugleich extreme Angst und ein Misstrauen, diese Bedürfnisse tatsächlich zu realisieren*“ (Fiedler 1995, 290). Trotz Bindungssehnsucht, lassen sich solche Menschen schwer auf vertrauensvolle, nahe Beziehungen ein, da sie sich selbst verlieren könnten.

„*Abhängige Persönlichkeiten*“ tendieren dazu, sich selbst über einen als positiv und stark bewerteten Menschen aufzuwerten oder eigene Bedürfnisse durch Unterwerfung und starke Anpassung zu vernachlässigen. Kombiniert ist dies häufig mit der Angst, von einer wichtigen Beziehungsperson verlassen zu werden. Dadurch konstellieren solche Menschen immer wieder Beziehungserfahrungen, alleine nicht zurechtzukommen, bedürftig und hilflos zu sein, was zusätzlich Selbstvertrauen und Selbstsicherheit weiter absinken lässt.

„*Anankastische Persönlichkeiten*“ werden durch übermässigen Zweifel und Vorsicht charakterisiert, welche auf tiefgreifender innerer Unsicherheit beruhen. Das Streben nach Genauigkeit und Perfektion, das v.a. darin gesucht wird, allgemeinen Regel- und Normvorgaben zu entsprechen, zielt gemäss Sullivan (1953; in Fiedler 1995, 317) nach „*Überwindung dieser zwischenmenschlichen Unsicherheit [...] – da die unmittelbaren Interaktionserfahrungen nicht durchgängig und ausreichend Selbst-Sicherheit versprechen*“.

Fiedler (1995) plädiert dafür, die gerade bei Persönlichkeitsstörungen häufig vorkommende Komorbidität mit anderen psychischen Störungsbildern sorgfältig differentialdiagnostisch zu erfassen. Je nach Gewichtung und unter Einbezug der Lebenssituation sollte eine andere Therapieplanung erfolgen und störungsspezifische therapeutische Zugänge gewählt werden, da bei einer die abhängige Persönlichkeitsstörung begleitenden Depression vorerst diese behandelt werden muss, bevor die Autonomie gestärkt werden kann. Bei einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, die mit einer starken Suchtproblematik einhergeht, hat letztere Vorrang und erst danach kann eine bessere Handhabung der Impulskontrolle angestrebt werden.

3.2.4 Abhängigkeitserkrankungen

Abhängigkeitserkrankungen werden im ICD-10 unter F10- F19 „*Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*“ zusammengefasst. Dabei wird die verursachende Substanz (Alkohol, Opioide, Halluzinogene, Nikotin etc.) sowie die klinische Erscheinungsform (z.B. akute Intoxikation, Abhängigkeitssyndrom, Entzugssyndrom) diagnostiziert. Ich werde mich an dieser Stelle auf substanzabhängige Suchtformen beschränken.

Abhängigkeitskranke Menschen – sei es durch Alkohol oder andere Drogen - sind oftmals schwer geschädigt und/oder traumatisiert sowie zusätzlich durch die Wirkung der Suchtmittel in ihrer Entwicklung gehemmt, woraus ersichtlich wird, dass es sich dabei um die Erkrankung einer Person in und mit ihrem Netzwerk handelt. Häufig wirken Suchtmittelkranke resigniert, trauen sich selbst keine Veränderung mehr zu, haben sich selbst in bestimmter Weise aufgegeben. Keine Kontrolle über die Situation und häufig das eigene Leben ausüben, keinen willentlichen Entscheid über Suchtmittelkonsum oder Abstinenz fällen zu können, geht mit Hilflosigkeit und negativen Selbstgefühlen einher. Aufgrund einer häufig anzutreffenden chronifizierten Stress-Physiologie erhält der Suchtmittelkonsum in Überlastungssituationen eine stressvermindernde Funktion. Jeder Rückfall nagt jedoch am restlichen Selbstwert und verunmöglicht die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und Selbstmächtigkeit. Aus dieser Perspektive kann das bei Abhängigen häufig vorkommende Negieren des Kontrollverlustes bspw. durch Verleugnung, Bagatellisierung oder Rationalisierung als Selbstwertschutz interpretiert werden. Häufig ist es gerade bei Suchtabhängigen wichtig, zuerst überhaupt eine Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation herzustellen. Greve, Wentura und Zisterer (1999; in Greve 2000b, 104) formulieren dies folgendermassen: „*Al-*

koholiker immunisieren ihr Selbstbild, kein Alkoholiker zu sein, auch gegen hartnäckige Evidenz, und nicht zuletzt die Überwindung dieser Verteidigungslinie ist eine zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Intervention“.

Verschiedene Studien belegen, wie selbstschädigendes, substanzabhängiges Verhalten und Selbstwert zusammenhängen: Silbereisen und Reitzle (1987; in Schütz 2003) untersuchten 500 SchülerInnen der siebten bis neunten Klasse, wonach Konsum von Alkohol und Zigaretten positiv mit niedriger Selbstwertschätzung korreliert. Zimmerman und Kollegen (1997; in Kanning 2000) zeigen in ihrer Studie zu Selbstwert von Adoleszenten einen Zusammenhang zwischen Selbstwert und Alkohol- bzw. Drogenkonsum auf. Mit Hilfe bewusstseinsreduzierender Substanzen kann, als häufig unbewusst eingesetzte Strategie, die Selbstaufmerksamkeit vermindert werden (Baumeister 1997; in Kanning 2000). Durch die folgende, geringere Beschäftigung mit der eigenen Person wird es möglich, einem negativen Selbstbild zu entfliehen und den quälenden Selbstunwert nicht mehr so stark zu spüren.

3.3 Gesteigertes Selbstwerterleben / Selbstüberhöhung / Grandiosität

Psychoanalytische Theorienbildungen der „*infantilen Omnipotenz oder Grandiosität*“ sowie die Konzeptualisierung eines Grössenselbst und dessen Verschmelzung mit der „*idealisierten Eltern*“ (Kohut 1997) zugeschriebenen Allmacht, lassen sich durch neuere Untersuchungen nicht bestätigen. Damit in Interaktionen gewonnene Wahrnehmungen und Informationen bewertet, eingeschätzt und sich zu intrapsychisch verkörperten Vorstellungen formen können, muss eine hinreichende Repräsentations- und Symbolisierungsfähigkeit vorausgesetzt werden, was an kognitive Entwicklung und entsprechende Mentalisierungsprozesse (Petzold 2005r) gebunden ist. Piaget und Inhelder (1966) folgend, geht Dornes (1994, 172) davon aus, dass sich „*das Bild [...] aus der Nachahmung und Verinnerlichung des Anwesenden*“ entwickelt und ein Säugling wohl in der Lage ist, etwas das er sieht wiederzuerkennen, sich jedoch nicht etwas herbei- oder hinwegdenken kann. Diese Fähigkeit ist erst frühestens ab eineinhalb Jahren entwickelt und geht damit einher, sich selbst im Spiegel zu erkennen, wie sich aufgrund entsprechender Säuglings- und Entwicklungsforschung (vgl. Petzold et al. 1995) schlussfolgern lässt. „*Mit Erreichen der Repräsentationskompetenz sind erstmals internal evozierbare Bilder und Wünsche möglich, und damit deren Erfüllung oder Frustration*“ (Osten 2000, 155).

Auch die psychoanalytische Konzeptualisierung einer autistischen und symbiotischen Entwicklungsphase (Mahler et al. 1978) und der daraus folgenden Annahmen eines primärhilflosen Säuglings, der mit einer Reiz-Schranke vor Ausseneinflüssen geschützt sei, ist aufgrund neuerer Säuglings- und Entwicklungsforschung unhaltbar. Derzufolge zeigen Säuglinge bei direkter Beobachtung in Interaktionen mit Bezugspersonen (vgl. Dornes 1994) eine überraschende Kompetenz in allen Sinnesbereichen und gestalten Interaktionen von Anfang an aktiver mit als dies der psychoanalytische Symbiosebegriff vorgibt. Vielmehr scheint symbiotisches Verhalten eher dadurch zu entstehen, dass Verselbständigungswünsche unterbunden werden und i.d.S. als Ergebnis einer prolongierten, pathologischen Interaktion anzusehen sind. Denn auch in Bezug auf die Affektentwicklung kann davon ausgegangen werden, dass bereits im ersten Lebensjahr „*Vorformen empathischen Miteinanders*“ (Petzold 2003, 540) wahrzunehmen sind, in denen der Säugling über affektgetönte Ansprache die Stimmungslage der Bezugsperson mit eigenleiblich gespürten affektiven Zuständen verknüpfen sowie unterscheiden, dosieren und abgrenzen lernt. Aufgrund zu wenig flexibler, differenzierter oder emotional blockierter Bezugspersonen mit damit einhergehender mangelhafter Affektstimulierung und -abstimmung können sich Affekte jedoch nicht offen genug entfalten. Emotionale Interaktion zwischen dem Baby und seinen Bezugspersonen, wie auch die dominierende „*emotionale Kultur*“ ist jedoch bestimmend für die Ausbildung von „*Grundvertrauen, ihrer Daseinsgewissheit, ihres Bewusstseins, ihres*

Selbstwert- und Lebensgefühls (ebd. 607; vgl. Kap. 1.2.1). Fehlgeschlagene, negative oder defizitäre emotionale Situationen, ungenügende emotionale Passungen aufgrund von Störungen oder Konflikten, traumatisierende Überflutungen mit intensiven negativen Gefühlen können die Entwicklung der Fähigkeit zu zwischenmenschlichem Miteinander denn auch beeinträchtigen und zur Ausbildung gestörter, einseitiger, dysfunktionaler Emotionsstile beitragen. Auch wenn die emotionale Kommunikation in der Kindheit zweifellos wichtig ist für pathogene Entwicklungen, vertritt die Integrative Therapie mit Blick auf Longitudinalstudien (z.B. Ernst 1987; in Petzold 2003) auch hier eine lebenslaufbezogene Perspektive und geht von multifaktoriellen Ursachen aus, bspw. auch dem Einbezug protektiver Faktoren.

Gesteigertes Selbstwerterleben tritt bei verschiedenartigsten Störungsbildern zutage, so etwa bei der „paranoiden Persönlichkeitsstörung“ (vgl. Kap. 3.2.3) mit deren Tendenz zu überhöhtem Selbstwerterleben in Verbindung mit ständiger Selbstbezogenheit oder in Form einer Grossartigkeit oder Grandiosität wie sie bei Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeit (vgl. Kap. 3.4.2) vorkommen kann. Bei diesen bleibt die Realitätsprüfung erhalten, obwohl sie sich in bestimmtem Masse damit identifizieren. Demgegenüber ist bei Grössenvorstellungen bspw. in Form starker Schuldgedanken, die wahnhaften, psychotischen Charakter annehmen, die Identifizierung total. Psychosen können nach Petzold (2003, 581) ausgelöst werden durch *„Aktualtraumata auf dem Hintergrund einer unglücklich verlaufenen Lebenskarriere mit schwerwiegenden, frühen Schädigungen des archaischen Leib-Selbst durch Defizite und/oder Polytraumatisierungen, die die Ausbildung eines funktionsfähigen Ich und damit einer kohärenten Identität beeinträchtigt haben“*. Bei psychotischen Krankheitsbildern finden sich solche Grössenvorstellungen in gesteigertem Ausmass von Grössenwahn, der sich in einer wahnhaften Selbstüberschätzung bis hin zur Identifizierung mit einer berühmten Persönlichkeit äussern kann. Solche pathologischen Grössenvorstellungen finden sich bspw. bei der Manie oder etwa bei schizophrenen Störungsbildern. Sie seien hier nur kurz erwähnt, da ich mich in dieser Arbeit auf die nichtpsychotischen Auswirkungen der gesteigerten und überhöhten Selbstwertschätzung beschränken werde.

3.4 Instabiles Selbstwerterleben

Häufig zeigen sich Selbstwertprobleme auch in inkonsistenten oder widersprüchlichen Selbstbildern, die mit instabilem, schwankendem Selbstwerterleben und Handlungsunsicherheiten korrespondieren können. Dabei wechseln sich Phasen der Selbstüberschätzung mit Minderwertigkeitsgefühlen ab. Personen mit instabilem Selbstwert tendieren häufig zu überhöhten perfektionistischen Standards und zeichnen sich durch eine grosse Abhängigkeit von der Wertschätzung anderer aus. Wer den Bewertungen anderer jedoch mehr Beachtung schenkt als den eigenen, erlebt aufgrund äusserer Ereignisse immer wieder grosse Schwankungen im Selbstwerterleben. Menschen mit instabilem Selbstwert reagieren oft mit grossen Selbstzweifeln auf Kritik und beantworten positive Erfahrungen mit einem beinahe übersteigerten Selbstwerterleben. Nach Greenier, Kernis und Waschull (1995; in Schütz 2000, 190) sprechen Menschen mit instabilem Selbstwert stärker auf positive und negative Ereignisse an und neigen zu defensiven Reaktionen sowie Depressionen. Nicht selten wird indes die hohe Kränkbarkeit versteckt, indem jemand beleidigt oder wütend reagiert. Sobald diese Kränkungsabwehr sowohl defensiver als auch impulsiver Reaktionen schwächer wird, können die dahinterliegenden Wertlosigkeitsgefühle sichtbar werden. Dies deutet auf eine brüchige Basis des Selbstwertes hin: *„Der Selbstwert ist nicht ausreichend gefestigt und letztlich dadurch nicht hoch genug ausgeprägt, um eigene Schwächen und damit verbundene Kritik in das Selbstbild zu integrieren“* (Potreck-Rose et al. 2004, 77). Dies impliziert, dass in der therapeutischen Arbeit von einem niedrigen Selbstwert ausgegangen werden sollte, der jedoch vorerst durch andere psychische Probleme oder Selbstüberhöhung verdeckt ist. Da die Fassade von Grossartigkeit, Überheblichkeit oder Arroganz dahinterliegende Minderwertigkeitsgefühle, Selbstzweifel oder Scham verbergen soll, steht für Wöller und Kruse (2005) ebenfalls die Stärkung des Selbstwertes und die Arbeit an den

hohen Ansprüchen an sich selbst im Vordergrund. Die beiden hauptsächlichsten Störungsbilder sind:

3.4.1 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Ich beziehe mich im folgenden auf die als „*Borderline-Typus*“ bekannte Form dieser Störung, die im ICD-10 unter F 60.31 klassifiziert wird. Sie zeichnet sich durch eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes, des eigenen Wertes sowie der Identität, der inneren Ziele, der Affekte sowie der zwischenmenschlichen Beziehungen aus. Nach Mentzos (2003) bleibt das Bild vom eigenen Selbst als auch der wichtigsten Bezugspersonen diffus, wobei abrupt wechselnde Werteeschätzungen von sich selbst und von andern auftreten. Entweder überwiegt das Gute bei sich selbst, dann wieder beim anderen, was sich in intensiven Liebes- und Hassgefühlen sowie durch Idealisierung oder Entwertung des anderen und jeweils umgekehrterweise von sich selbst äussert. *„Die interpersonell auffälligen Besonderheiten der Betroffenen werden so als Selbstschutzmöglichkeit durch Abspaltung potentiell verletzender Beziehungserfahrungen begreifbar, für die sie selbst kein ausdifferenziertes Selbstwertsystem als Reaktionsbasis besitzen“* (Fiedler 1995, 229). Im integrativen Ansatz gehen wir davon aus, dass das Leib-Selbst aufgrund von frühen Beziehungsstörungen oder -konflikten brüchig sowie das Ich schwach bleibt und die Identität nicht synthesefähig ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass häufig positive Spiegelerfahrungen fehlten. Die Unfähigkeit des Ichs, verschiedene Facetten des Selbst zusammenzubinden, führt dazu *„dass ein eindeutiger ‚innerer Gefährte‘ nicht oder nur temporär vorhanden“* (Petzold 1994, 354). Dies führt dazu, dass Trennungen, Verluste oder Kränkungen weder geduldet, noch bewältigt werden können oder das Eingehen von relativ stabilen Beziehungen verunmöglich ist.

Krankheitsverursachend sind nicht allein frühe diffuse, aversive oder mangelhafte Beziehungserfahrungen, sondern diese können im Verbund mit weiteren Schädigungen im Lebensverlauf und fehlender Kompensation zu einer Borderline-Erkrankung führen. Von Wölfler und Kruse (2005, 355) wird denn auch zu Recht auf eine *„hohe Prävalenz realer Traumatisierungen in der Anamnese von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hingewiesen“*. Viele Studien (z.B. Marziali 1992; Links 1992; in Fiedler 1995) belegen bei bis zu drei Vierteln der PatientInnen einen Zusammenhang zwischen der Erfahrung von massiver physischer und/oder sexueller Gewalt und einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dementsprechend erhöht sich auch die Komorbidität mit anderen Symptomen und Störungsbildern wie Substanzmissbrauch, depressive, posttraumatische oder dissoziative Symptomatiken.

3.4.2 Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Die *Narzisstische Persönlichkeitsstörung* ist im ICD-10 nicht enthalten, wird jedoch im DSM-IV unter 301.81 beschrieben. Aufgrund des kontrovers diskutierten psychoanalytischen Narzissmuskonzepts, dem Fehlen relevanter Forschungsarbeiten und den Schwierigkeiten, PatientInnen diesem Störungsbild zuzuordnen, stiess die Einführung dieser Störung (erstmalig im DSM-III) vorerst auf Kritik. Mittlerweile konnte diese Diagnose aufgrund standardisierter Interviewmethoden (vgl. Kap. 2.4) und entsprechender Studien (z.B. Widiger & Trull 1993; in Fiedler 1995) zuverlässig festgestellt werden. Gleichwohl lässt die begriffliche Bezeichnung „narzisstisch“ neuere Untersuchungen und Entwicklungstheorien (z.B. Dornes 1994) über die Entstehung und Entwicklung von Selbstwert unberücksichtigt und favorisiert die hinfällig gewordene, psychoanalytische Annahme des primären und sekundären Narzissmus.

Obwohl die *„narzisstische Persönlichkeitsstörung als tiefgreifendes Muster von Grossartigkeit, dem Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Einfühlungsvermögen beschrieben“* (Schütz 2003, 107) wird, verbirgt sich dahinter ein äusserst labiles Selbstwetterleben, das

plötzlich in ein Gefühl der absoluten Wertlosigkeit umschlagen kann. Nach Kohut (1997) basiert dies darauf, dass aufgrund traumatischer oder abwertender Erfahrungen das Grösenselbst archaisch fixiert, sowie die „*idealisierte Elternimago*“ unverändert erhalten bleibt. Nach Petzold (2003, 467) kann eine solch schwere Persönlichkeitsstörung durch frühe Defiziterfahrungen, wie bspw. Trennung oder häufige Abwesenheit der Mutter, zustande kommen, die das „*archaische Leibselbst*“ (vgl. Kap. 1.2.2) treffen und eine „*maligne Progression*“ (Ferenczi 1982) anstossen. „*Es bildet sich als Notreaktion auf einem brüchigen Selbst ein starkes Ich aus, dem es auch gelingt, eine prägnante Identität auf diesem schwachen Grund zu synthetisieren*“ (ebd.). Häufig wird eine erhöhte Kränkbarkeit massiv abgewehrt, um darunterliegende, beschämende Minderwertigkeit und Selbstzweifel zu verdecken. Sowohl abweisendes als auch idealisierendes Beziehungsverhalten kann so als Bewältigungsstrategie gesehen werden, sich selbst nicht ständig als klein, bedeutungslos oder ohnmächtig erleben zu müssen. Häufig können zusätzlich starke Gefühle von Leere, Sinnlosigkeit und Depression beobachtet werden.

Entsprechend verweist Fiedler (1995, vgl. 284) auch bei diesem Störungsbild auf eine hohe Komorbidität mit anderen Störungsbildern (z.B. Depressive Verstimmungen oder anderen Persönlichkeitsstörungen), die eine sorgfältige Differentialdiagnostik erforderlich macht.

3.5 Verknüpfung von körperlichem Selbstbild und/oder Körpergewicht und Selbstwert

Unser Selbstwert hängt ebenfalls mit dem Bild und dem Erleben des eigenen Körpers zusammen, dem sog. Körperschema. Sich Wohlfühlen im eigenen Körper bzw. Leib geht einher mit positiver Selbstbewertung und Selbstvertrauen. So lassen sich bei der Zufriedenheit mit der Entwicklung des eigenen Körpers genderspezifische Unterschiede feststellen (vgl. Osten 2000, 258ff). Währenddem sich ein männliches Aussehen bei Jungen selbstwerterhöhend auswirkt, kann eine frühe Entwicklung mit entsprechenden Selbstbildverunsicherungen bei Mädchen zu einem Absinken des Selbstwerterlebens führen. Da dabei auch Selbst- und Fremdattributionen und deren Bewertung eine Rolle spielen, hängt nach Harter (1993; in Potreck-Rose et al. 2004, 23) „*der Selbstwert [...] stark davon ab, wie attraktiv sich eine Person einschätzt*“. Ebenfalls beeinflussen nach Petzold (2003) frühe zwischenleibliche Erfahrungen von Gehalten-, Berührt- und Bewegtwerden die Entwicklung eines prägnanten Körperschemas und kohärenten Selbst. Aber auch entwicklungsfördernde oder schädigende Einflüsse im Lebensverlauf, gesellschaftliche, kulturelle und familiäre Vorstellungen von Idealbildern und damit verknüpfte Rollenerwartungen haben Auswirkungen darauf. Osten (2000) weist ebenfalls daraufhin, dass die Benennung von Emotionen und Körpersensationen den Aufbau eines positiven Körperbildes begünstigen, währenddem deren Fehlen bspw. die Ausbildung von psychosomatischen Erkrankungen fördern kann. Um Verletzungen und Entbehrungen nicht mehr spüren zu müssen, haben Menschen mit niedrigem Selbstwert häufig ihre Sinne stumpf werden lassen. Sie werden dadurch ihrem Körper und sich selbst entfremdet, was eine ganzheitliche Körperwahrnehmung verunmöglicht oder zu einer verzerrten Wahrnehmung ihres Körperschemas führt. Der ganze Körper oder Teile davon werden als Folge nicht realitätsadäquat wahrgenommen. Es können jedoch auch Bereiche des Körpers anästhesiert oder Ausdrucksimpulse gehemmt und blockiert werden (vgl. Kap. 3.1). Trautmann-Voigt und Voigt (2005, 380) betonen denn auch: „*Viele Störungen - unabhängig von der speziellen Diagnose im Kindes- und Jugendalter und bei Erwachsenen - entspringen einer Entfremdung von Körpererleben oder werden davon begleitet*“.

3.5.1 Essstörungen

Die Selbstabwertung bezieht sich gerade bei Frauen oft auf ihren Körper bzw. auf Bereiche davon, der nicht den eigenen oder von aussen suggerierten Idealbildern entspricht. Das Körpergewicht und die Figur beeinflussen in übertriebenem Masse die Selbstbewertung,

wobei Reaktionen der Bezugspersonen eine besondere Bedeutung zukommt. Kreikebaum (1999; in Potreck-Rose et al. 2004) stellt fest, dass Mädchen sich häufig schon früh an einem anorektischen Schlankheitsideal orientieren. Ein Zusammenhang lässt sich somit am leichtesten zu den Essstörungen herstellen. Diese finden sich im ICD-10 unter Kapitel F 50 „*Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren*“. So gelten sowohl bei der *Anorexie* wie auch der *Bulimie* eine Körperschemastörung und ein negatives Körper-selbstbild als Hauptsymptom. Ebenfalls spielt Ekel vor dem eigenen Leib und Essen nach Osten (2000) bei allen Essstörungen eine Rolle.

Eine Körperschema-Störung äussert sich bei anorektischen PatientInnen in einer Überschätzung ihres Körperumfanges, obwohl sie untergewichtig sind. Es ist denn auch nicht Appetitmangel, sondern eine panikartige Furcht vor Gewichtszunahme, die bei den Betroffenen diesen Kreislauf entstehen lässt, immer mehr abnehmen zu müssen. „*Ein fragiles Selbstwertgefühl wird durch eine kontrollierte und disziplinierte Nahrungsverweigerung kompensiert und Essen dementsprechend als Kontrollverlust verarbeitet*“ (Brunnhuber et al. 2000, 240). Die selbst herbeigeführte Magerkeit und das Ertragen des Hungergefühls lösen häufig ein Überlegenheitsgefühl und Stolz aus, wodurch sich das bedrohte Selbst behauptet und Selbstkontrolle zurückgewinnt sowie darunterliegende Selbstzweifel und Selbstentwertung verdeckt werden. Nach Bräutigam (2002, 5) werden damit „*anstehende Entwicklungsaufgaben von gradueller Ablösung, Identitätsbildung und Verselbständigung um den Preis von Genuss, Sinnlichkeit, Sexualität und Intimität*“ zu lösen versucht. BulimikerInnen leiden ebenfalls unter einer Körperschemastörung und halten sich meist für zu dick. Sie verlieren jedoch in Heisshungerattacken die Kontrolle über ihr Essverhalten trotz ihres Wunsches, dünn zu bleiben oder zu werden. Deshalb wird danach versucht, das zuviel Aufgenommene heimlich durch Erbrechen, übermässigen Sport und/oder mittels Abführmitteln wieder loszuwerden. Was vorerst als sichere Lösung für ihr Problem gilt, wird mit der Zeit als schrecklicher Zwang und Kontrollverlust empfunden. Essen stillt indes nicht den sich dahinter verbergenden, wahren Hunger, bspw. nach Zuwendung, Akzeptanz, Selbstverwirklichung oder nach andern Bedürfnissen, Gefühlen und Wünschen (vgl. Fewer et al. 2004).

In vielen Studien wird ein Zusammenhang zwischen Selbstwertproblemen und Essstörungen nahegelegt (u.a. Bartels 1998; Jacobi 1999; in Schütz 2003). Eine Verknüpfung von Essstörungen und Selbstwerterleben findet sich als begleitende Symptomatik ebenfalls bei anderen Störungsbildern. So können anorektische oder bulimische Syndrome u.a. auch depressive Episoden, psychotische oder dissoziative Störungen begleiten.

3.6 Selbstwertkonflikte

Selbstwertkonflikte, als einer von sieben im OPD (2001) definierten grundsätzlichen Konfliktbereichen, beinhalten v.a. die Regulierung intrapsychischer Spannungen und Konflikte in bezug auf die Selbstwertigkeit gegenüber der Wertigkeit anderer und tauchen häufig in Begleitung anderer Störungsbilder auf. „*Das Selbstwertgefühl erscheint brüchig bzw. resigniert, aufgegeben (passiver Modus) oder die kompensatorischen Anstrengungen zur Aufrechterhaltung des ständig bedrohten Selbstwertgefühls dominieren (pseudoselbstsicher, aktiver Modus). Erkrankungen führen zu Selbstwertkrisen, können aber auch einen restitiven Charakter für das Selbstbild haben*“ (ebd. 248). Selbstwertkonflikte machen sich dann bemerkbar, wenn Handlungen mit dem Selbst nicht vereinbar sind, bspw. den moralischen Werten einer Person widersprechen. Ebenfalls können Selbstinkonsistenzen entstehen, wenn Real- und Idealbild einer Person zu stark voneinander abweichen. Je grösser die Differenz ist, desto beträchtlicher sind die negativen Reaktionen auf das Selbstwerterleben (vgl. Kruse 1991). Diskrepanzen zwischen aktuellem und idealem Selbst können zu Enttäuschung, Unzufriedenheit und Niedergeschlagenheit führen, Diskrepanzen zwischen realem

und Soll-Selbst rufen eher agitierte Emotionen wie Schuld, Unruhe, Angst oder Bedrohtheit hervor (z.B. Higgins, Klein & Straumann, 1985; in Hannover et al. 2004).

Häufig drücken sich Selbstwertkonflikte auch in Beziehungsstörungen aus, denn dieser Grundkonflikt kann sich ebenso in der PartnerInnenwahl und Beziehungsgestaltung manifestieren, im speziellen wenn starke Abhängigkeitsproblematiken bestehen. „*Paarkonflikte hängen in der Wechselwirkung der Partnerstile von Intensität (Vielfältigkeit, Heftigkeit, Schnelligkeit) und Richtung der Bewegungen beider Partner im gemeinsamen Lebensraum ab*“ (Cöllen 1989, 125). Dabei werden von Cöllen (ebd.) verschiedene Formen unterschieden: Beim „*Gleichheitsmodell/Manipulation*“ streben beide Partner aufgrund von Harmonie- bzw. Symbiosewünschen oder Abhängigkeit in dieselbe Richtung. Der „*Multivalenzkonflikt oder Überforderung*“ entsteht dadurch, dass ein oder beide Partner unterschiedliche und zu viele Pole belegen. Diese Form ist z.B. bei „*Borderline-Persönlichkeiten*“ anzutreffen, wenn das Bedürfnis nach Nähe mit Angst gekoppelt ist und deshalb aggressiv abgewehrt werden muss. Bei der „*Verarmung und Reaktanz*“ findet man eine Einengung des Bewegungsspielraums, was durch ängstliches Anpassungsverhalten oder Rückzug bis hin zu Erstarrung (z.B. bei Depressionen) auftreten kann. Vom „*Gegensatz-Modell*“ spricht Coellen (ebd.), wenn bspw. Delegation oder Projektion die Symmetrie eines Paares verstellt. Dabei stellt sich die Frage, ob die Vorstellung eines Homöostasemodells nicht unrealistisch ist, da doch grundsätzlich eher von ungleichmässigen Beziehungen auszugehen ist. Gleichwohl kann die Gefahr vor zu grosser Nähe, Verschmelzung oder Selbstverlust einerseits und vor Leiden unter Minderwertigkeitsgefühlen bzw. unerfüllbaren Grössenvorstellungen andererseits durch die Delegation an den/die Partner/in abgewehrt werden. Die Bewunderung des Partners wird nach Krause (1995) zentral für den Selbstwert und der Partner oder die Partnerin sollte die jeweils fehlenden Selbstwertregulierungsanteile interaktiv repräsentieren, kann jedoch selbst mittels Idealisierung und indirekter Selbstaufwertung an der Grösse des andern teilhaben. Der Verlust an Selbstwert geschieht entweder durch Selbstentwertung oder Entwertung des idealisierten Partners. Nicht selten dekompensieren solche Menschen mit ungesichertem Selbstgefühl in Trennungsphasen, werden bspw. depressiv und suchen um therapeutische Behandlung nach. In solchen Prozessen wird die Entfaltung von Autonomie im Vordergrund stehen müssen, eines Selbst, das nicht so sehr von Bestätigung und Anerkennung des Partners abhängig ist, sich jedoch auch nicht den Erwartungen des andern zu stark anpasst und Differenz aushalten lernt.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass „*Kollusionen*“, wie Willi (1984) letztere Paardynamiken nannte, nicht die einzige Ursache für Paarkonflikte darstellen, sondern dass die Regulation der Bindungs- und Entwicklungskräfte nicht mehr spielt durch Überbewertung eines Pols oder zu viel bzw. zu wenig Bewegung innerhalb des gemeinsamen Lebensraums. Den verschiedenen Möglichkeiten von Paarkonflikten gemeinsam ist jedoch, dass an deren Ursache u.a. auch Selbstwertprobleme beteiligt sind.

4. 4. Psychotherapie und Selbstwernerleben

4.1 Stärkung, Beeinflussung und Veränderung des Selbstwertes

Wie in Kapitel 3 anhand der verschiedenen Störungsbilder aufgezeigt wurde, weisen viele Patienten und Patientinnen in Psychotherapien zusätzlich Selbstwertprobleme auf, wobei v.a. eine zu hohe oder zu niedrige Selbstwertschätzung psychotherapie relevant ist. Eine Verbesserung des Selbstwernerlebens wird von Ambühl & Orlinsky (1999) denn auch schulenübergreifend als erstrebenswertes Therapieziel angesehen. Dies wirft gleichzeitig die Frage auf, was denn unter einem starken und ausreichend stabilen Selbstwert zu verstehen ist. Aus diesem Grunde sollen vorab verschiedene psychotherapeutische Konzepte dargestellt werden, die deutlich machen, dass ein ausreichend gutes und stabiles Selbstwernerle-

ben zwar individuell verankert, für dessen Entwicklung, Ausprägung und Regulation ein Individuum jedoch auf vielfältige soziale Einflüsse angewiesen ist. Mentzos (2001, vgl. 38-42) konzeptualisiert aus psychoanalytischer Sicht die „Selbstwertgefühl-Regulation“ als Drei-Säulenmodell. Die Platte, die von drei Säulen gespiesen und getragen wird, entspricht einer stabilen, guten und realistischen Selbstwerterlebenkonstellation und -regulation, bei der Menschen nicht an übertriebenen Minderwertigkeits-, Schuld- und Schamgefühlen, jedoch auch nicht an übermässigen Grössenvorstellungen leiden. Bei der ersten Säule wird durch positive Spiegelung und wertschätzende Anerkennung von aussen Grundvertrauen angelegt. Die zweite Säule wird gestärkt durch Internalisierungs- und Externalisierungsprozesse mittels derer eine realistische und differenzierte Selbsteinschätzung ermöglicht werden soll. Bei der dritten Säule erfolgt eine Stärkung nicht mehr aufgrund von Bewunderung oder Idealisierung, sondern durch eigene Leistung und Pflichterfüllung sowie deren Anerkennung durch andere. Potreck-Rose und Jacob (2004, vgl. 70ff.) stellen den ausreichend ausgeprägten Selbstwert auf ihrem Hintergrund von Verhaltens- und Gestaltpsychotherapie als Vier-Säulen-Modell vor und unterscheiden eine intrapersonelle Dimension mit den beiden Pfeilern Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen, sowie eine interpersonelle Dimension mit den Säulen Soziale Kompetenz und Soziales Netz. Obwohl wichtige Facetten des Selbstwertes enthalten sind, wirkt dieses Modell m.E. zu einfach und linear, um die Komplexität der wechselseitigen Beeinflussung und Regulation der einzelnen Säulen genügend zu berücksichtigen, wie dies die Integrative Therapie in ihrem Synthesebegriff des Selbstwerterlebens tut (Petzold 2006t, 4): *„Als Selbsterleben wird die im eigenleiblichen Spüren beim Mit-sich-Sein oder beim sozial-interaktiven Mit-Anderen-Sein wahrgenommene und präfrontal (appraisal) und limbisch (valuation) bewertete Qualität des emotionalen, kognitiven und volitiven Selbstbezugs bezeichnet, über die ein personales Leib-Selbst verfügt und die sich in einem Spektrum von Selbstwert und Unwert/Wertlosigkeit ausprägen kann“*. Dieses Selbstwert-/Selbstunwerterleben ist abhängig vom entsprechenden Lebens- bzw. Entwicklungsalter, Gender sowie spezifischen Themenbereichen (Arbeit, Aussehen, Intelligenz, Vermögen etc.) und ist an die Sinnerfassungs- und Sinnverarbeitungskapazität des Subjekts gebunden. Weiter bestimmen *„situative Kontextattributionen“* (ebd.) sowie mentale Repräsentationen (kollektive als auch persönlich-individuelle) das Selbsterleben. Menschen mit gutem, stabilem Selbstwert fühlen sich trotz eigener Schwächen relativ zufrieden mit sich, können eigene Fehler akzeptieren und sehen Probleme als normal an. *„Das Selbstkonzept dieser Personen wirkt weder betont unabhängig noch stark abhängig von anderen Personen. Es ist offen für Anregungen und flexibel, dabei aber grundsätzlich stabil“* (Schütz 2003, 174).

Psychotherapeutische Prozesse zielen grundsätzlich auf eine Beeinflussung in Richtung einer Reduktion oder Abschwächung von Symptomen, einer positiven Veränderung von Leidenszuständen, von fixierten Lebensnarrativen und insgesamt von negativen, in aller Regel schwer aushaltbaren Gefühlen. Dabei kann die zentrale Grundannahme der Beeinflussung und Veränderbarkeit von Selbstkonzepten bzw. Selbstwerten genutzt werden. *„Therapeutisch ist Selbstwert zugänglich durch Arbeit an der Einstellung zu sich selbst (Selbstbild) mittels konfrontierender, erklärender Begegnung sowie durch Bearbeiten von Verletzungen in den Themenbereichen Intimität, Scham, Achtung, Respektieren des Eigenen, Würde“* (Stumm et al. 2000, 635). Kruse (1991) sieht die therapeutische Bearbeitung von Selbstwertproblemen in der Analyse der speziellen Lebenserfahrungen, die zur Störung führten, sowie in der Auseinandersetzung mit dem Wert, bzw. Unwert einer Person. Die Integrative Therapie geht aufgrund der menschlichen Neuroplastizität (vgl. Kap. 1.2.3) von einer lebenslangen Variabilität und Veränderung des Selbsterlebens und der Persönlichkeit (vgl. Kap. 1.2.1) aus. *„Ich-Aktivitäten und Selbstprozesse als Vorgänge ‚dynamischer Regulation‘ sind deshalb beständig um Selbstwertsicherung, Bewältigung von Entwertungen, also um die Stabilität und Entwicklung der Persönlichkeit (Selbst, Ich, Identität) bemüht“* (Petzold 2006t, 4). Es werden verschiedene Ebenen solcher Regulations- und

Entwicklungsprozesse unterschieden (vgl. Petzold et al. 2005, 30f.), die alle zur therapeutischen Bearbeitung von Störungen des Selbsterlebens und problematischer selbstreferentieller Kognitionen und Emotionen (Selbstwertprobleme) beitragen, damit differentielle Neu- und Umwertungen vorgenommen, alternative Erlebensmöglichkeiten erfahren, Negativperformanzen gehemmt und neue Muster gebahnt werden können. Auf der körperlich-leiblichen Ebene soll die Wahrnehmung, Beweglichkeit, Spannungsregulation sowie der Ausdruck gefördert werden (vgl. Kap. 5.2); auf der seelischen Ebene steht die verbale und nonverbale Arbeit mit Emotionen, Motivationen und Volitionen im Vordergrund (vgl. Kap. 4.2.1, 4.5, 5.3); auf der geistigen Ebene sollen kognitive Beeinflussung und Neueinschätzungen zu positiveren, sinnstiftenderen Narrativen / Schemata führen; auf der sozialen Ebene gilt es, das Netzwerk sowie kommunikative Kompetenzen und Performanzen zu fördern, den Selbstwert durch Anerkennung zu stärken und Kontrollmöglichkeiten zu bekräftigen sowie auf der ökologischen Ebene die „*Mensch-Umwelt-Passung*“ (ebd.) in den Blick zu nehmen. Je nachdem was zur Ausbildung von Selbstwertproblemen führte und wie diese in andere psychische Störungsbilder eingebettet sind, können m.E. alle diese Ansätze wertvolle Unterstützung bei der Modifizierung dysfunktionaler Schemata, negativen selbstreferentiellen Wahrnehmungen, Emotionen, Kognitionen sowie daraus resultierenden Handlungseinschränkungen bieten.

Wie in Kap. 2.3 bereits dargelegt, scheinen Menschen grundsätzlich nach positiven Emotionen und damit auch nach positivem Selbstwert zu streben. Nicht von ungefähr postuliert Grawe (2004) Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz als menschliches Grundbedürfnis und unspezifischen Wirkfaktor in Psychotherapien. Der Theorie der abwärtsgerichteten Vergleiche liegt denn implizit auch dieses Bedürfnis zugrunde. Nach Grawe (2004, 258) haben Menschen, die „*Gelegenheiten zur Selbsterhöhung auch wirklich wahrnehmen, insgesamt eine bessere psychische Gesundheit*“. Da gesunde Menschen zu einer verzerrten und mässig unrealistischen Sicht von sich selbst neigen, können sie dadurch ihr Bedürfnis nach Selbsterhöhung und Kontrolle befriedigen. Ebenfalls werden für Vergleiche mit anderen eher eigene positive Merkmale verwendet als die negativen. Fremdbeurteilungen fallen jedoch häufig negativer aus als die eigene Beurteilung von sich selbst. In der Erinnerung bleiben positive Erlebnisse eher haften und eigene Leistungen werden besser dargestellt, als sie tatsächlich waren. Diese Tendenz zur Selbsterhöhung trifft jedoch nicht auf moderat Depressive und Menschen mit mässig niedrigem Selbstwert zu. Diese haben eine einigermaßen realistische Selbstsicht, nehmen eigene Stärken und Schwächen ausgeglichen wahr und erinnern sie auch gleichermassen. Ebenfalls klaffen Selbst- und Fremdbewertung weniger auseinander (vgl. z.B. Grawe, 2004). Diese empirischen Befunde beeinflussen die therapeutische Arbeit womöglich in die Richtung, PatientInnen dabei zu unterstützen, eine leicht erhöhte Sicht von sich selbst zu gewinnen, auch wenn sie nicht ganz der Realität entspricht (davon ausgenommen sind PatientInnen mit erhöhtem Selbstwert). Menschen mit einem schlechten Selbstwert neigen aufgrund starker Vermeidungsschemata dazu, sich nur indirekt aufzuwerten (vgl. Kap. 2.3). Aus diesem Grund könnte der therapeutische Zugang darin liegen, ebenfalls nach impliziten selbstwerterhöhenden Möglichkeiten zu suchen, indem PatientInnen entsprechende Wahrnehmungen machen können, ohne sie direkt auf sich beziehen zu müssen. Dies kann dadurch geschehen, dass die Therapeutin Worte der Patientin wiederholt und damit zum Ausdruck bringt, dass sie genau zuhörte und das Gesagte für wertvoll hielt. Indirekt bestätigend wirken jedoch auch beiläufige, positive und wertschätzende Bemerkungen wie: „*Ihnen als intelligenter Frau traue ich dies ...zu*“ (vgl. Fallbsp. Frau P. in Kap.4.4).

4.2 Therapeutische Beziehung – Selbstwertstärkung oder –bedrohung?

Wie in Kapitel 1.2.1 dargestellt, entwickelt sich unser Selbstwerterleben durch entsprechende Zuwendung und Wertschätzung, die wir von frühen Bezugspersonen erhielten. In Interaktionen mit „*den das Selbst regulierenden anderen*“ (Stern 1992) und in Prozessen

wechselseitiger Einfühlung, lernt das Kind seinen Gefühlszustand zu benennen und sich selbst einzufühlen. Die Bedeutung der frühen Eltern-Kind-Interaktion für die soziale emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes wird auch durch neuere Säuglings- und Entwicklungsforschung (z.B. Ainsworth et al. 1974; Papousek, Papousek 1987; in Petzold et al. 1995) unterstützt. Umgekehrt kann es zu Störungen im Selbstwerterleben kommen, wenn Bedürfnisse nach Kontakt, nach Bindung und Liebe nicht gelebt werden können, sowie positive Spiegelerfahrungen („*der Glanz im Auge der Mutter*“, Kohut 1999) fehlen. Gerade bei selbstwertschwachen Menschen ist häufig eine solche Störung des Grundvertrauens aufgrund von Defiziten und Schädigungen anzutreffen (vgl. Fallbsp. Frau P.). Diese Unzuverlässigkeit der frühen Bezugspersonen soll therapeutisch mit Hilfe austauschender und korrekativer emotionaler Erfahrungen kompensiert und nachgenährt werden. Einführendes, akzeptierendes Verstehen, Ermutigung, Förderung von Selbstvertrauen, Selbstsicherheit und Selbstwerterleben kann dazu führen, dass negative selbstreferentielle Gefühle der Patientin durch die Verinnerlichung von neuen Fremdbewertungen korrigiert werden. In der Integrativen Therapie (Petzold, 2003) wird dieser regressionsorientierte Zugang „*Zweiter Weg der Heilung und Förderung*“ genannt, worin es um Prozesse von Nachsozialisation und Grundvertrauen geht, sowie bislang nicht benennbare Empfindungen, Gefühle und Atmosphären aufgespürt werden sollen. Eingebunden ist dieses Konzept in ein Beziehungsgeschehen, das menschliches Erleben und Verhalten immer als zwischenleibliche Kommunikation (Merleau-Ponty 1966) versteht. Solche korrigierende emotionale Erfahrungen dienen dazu „*bestimmte Erfahrungsqualitäten der Zwischenleiblichkeit, Atmosphären der Geborgenheit und Sicherheit erlebbar zu machen, so dass sie als ‚durchlebte Erfahrungen‘ verinnerlicht werden können, dem Gesamterfahrungsschatz der Patienten zur Verfügung stehen, der damit als solcher Korrektive erhält*“ (Petzold 1995, 512c).

Die Internalisierung einer positiven, neuen Beziehungserfahrung gilt denn auch als spezifischer Wirkfaktor psychodynamischer Therapien (z.B. Wöller et al. 2005). Dies bedeutet, dass in einem gelingenden therapeutischen Prozess die Therapeutin, als relevante andere, zu einer inneren Beiständin (vgl. Kap. 4.4) werden kann. Deutlich zeigt sich dies, wenn PatientInnen rückmelden, dass sie sich in einer schwierigen Situation an einen Satz oder einen Blick der Therapeutin erinnerten und dadurch eine konstruktive Lösung finden konnten. Ein bestätigendes und stützendes Sich-Hineinversetzen in die Perspektive der Patientin stärkt deren Selbstwert, aktiviert emotionale Zentren des limbischen Systems und ermöglicht dadurch unter Umständen auch die Veränderung früh oder tief gebahnter, neuronaler Aktivierungsmuster (vgl. Kap. 1.2.3).

Nicht immer führt einführendes Verstehen indes zu einer Verbesserung der Befindlichkeit. Wenn Wünsche nach Nähe und Geborgenheit mit der Angst vor völliger Hilflosigkeit gekoppelt sind und deshalb heftigst abgewehrt werden müssen, kann eine solche Haltung selbstwertbedrohend sein. Auch können PatientInnen mit brüchigen, instabilen Ich-Grenzen wie dies bei psychosenahen Störungsbildern vorkommt, dadurch zu Recht eine Auflösung des Selbst befürchten. Ebenso kann bei Depressiven in gewissen Situationen oder bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine klare, konfrontierendere oder herausfordernde Ansprache ergiebiger sein. Dazu merkt Sachs (1983; in Bachelor et al. 2001, 161) an: „*Problematische Verhaltensweisen und Einstellungen der Klientin (z.B. Ausflüchte, Negativismus) passiv hinzunehmen und es zu unterlassen, die Mängel der therapeutischen Beziehung anzusprechen, zählen zu den wichtigsten negativen Faktoren, die das Therapieergebnis beeinflussen*“. Konfliktzentriert-aufdeckende Bewusstseinsarbeit wird in der Integrativen Therapie (Petzold, 2003) durch den „*ersten Weg der Heilung und Förderung*“ ermöglicht. Aktuell Wahrgenommenes wird in Bezug gesetzt zu Vergangenem oder Prospektivem, um das So-Geworden-Sein zu erfassen und zu verstehen. Gerade im Hinblick auf das Erkennen, Hinterfragen und Umdeuten entwertender, innerer Bilder und Selbstgefühle ist dieser Weg unverzichtbar, denn er zielt auf Einsicht, Sinnerleben und „Evidenzerfahrung“

gen“, worunter „*körperliches Erleben, emotionale Erfahrung und kognitive Einsicht in Bezo- genheit*“ verstanden werden (Petzold 2003a).

Die Übernahme der PatientInnenrolle, wie auch die diagnostische Klärung von Symptomen und Problembereichen ist nicht selten von negativem Selbstwerterleben und Scham begleitet, den Lebensanforderungen nicht alleine gewachsen zu sein. Ebenfalls können spezifische Modalitäten des therapeutischen Settings, wie zeitliche Limitierung seitens der Therapeutin, sowie deren Bezahlung als kränkend empfunden werden. Eine interessierte, wertschätzende Gesprächsführung sowie ein Ernstnehmen der Patientin und ihres Erlebens kann eine solche Situation positiv beeinflussen. Auf diese Weise soll die Patientin als kompetente Expertin (Ko-Therapeutin) von sich selbst gewonnen werden. Eine Therapeutin, die zudem selbst an den Erfolg ihrer Arbeit glaubt, kann auch schwierige Patientinnen eher zur Zusammenarbeit motivieren, als wenn sie selbst daran zweifelt. Wenn es gelingt, in Kontakt zu kommen mit den negativen Beziehungserfahrungen, den erlebten Zurückweisungen der PatientInnen und sich als Therapeutin davon berühren zu lassen, wird häufig Begegnung und Beziehung möglich. Fiedler (2004, 8) merkt denn auch an: *„Gesundes Selbstwertgefühl lässt sich übrigens, [...], nicht mittels Konfrontationsstrategien aufbauen und entfalten. [...]. Voraussetzung ist vielmehr, dass der Therapeut ein angemessenes Modell für Wertschätzung abgibt, an dem sich Patienten orientieren können. Selbstwertschätzung kann sich nur entfalten, wenn Therapeuten ihren Patienten mit Wertschätzung und Respekt begegnen“.*

Eine Therapie soll indes kein einseitiger, vom Therapeuten gelenkter Prozess sein, sondern ein intersubjektives Ko-responzenzgeschehen, wie dies die Integrative Therapie (Petzold 2003) anstrebt und was Ferenczi (1982) mit „*Mutualität*“ kennzeichnete. Dabei ist u.a. *„die adaptive Fähigkeit des Therapeuten [...] auf aktuelle Dynamiken seines Klienten einzugehen“* (Grawe et al. 1999; in Jüngst 2002, 58) gefragt, da erst eine gute *„Passung“* (Petzold et al. 2006, 18) mit *„Entsprechung von Aktivität und Passivität, von Dominanz und Unterwürfigkeit“* (ebd.) einen interaktionellen Lern- und Entwicklungsprozess gewährleistet. Eine wechselseitige Beeinflussung findet sich schon in frühen Interaktionsprozessen zwischen Baby und Bezugspersonen, in die der Säugling durch vorwiegend emotional bestimmte Verhaltensweisen wie Lächeln, Weinen, Strampeln oder visuelle Aufmerksamkeit aktiv eingreift (vgl. Lester et al. 1985; Keller, Gauda 1987; Tronick 1989; in Petzold et al. 1995). Gerade bei KlientInnen die sich selbst wertlos erleben, wird durch eine wechselseitige, wertschätzende Beziehungsgestaltung sowie deren Einbezug in die Zielsetzungen und das gewählte Vorgehen Selbstwirksamkeit (Bandura 1977) und Situationskontrolle (vgl. Kap. 2.2.1) gefördert, sowie Übernahme von Verantwortung (Soziale-Norm-Theorie (vgl. Petzold et al. 2006a, 21) verlangt. Durch die Thematisierung der therapeutischen Beziehung können konstruktive Beziehungsmuster konkret und unmittelbar erfahren und erlernt werden. Diese legen die Basis für ein unverstelltes zwischenmenschliches Miteinander.

Neueren Studien und Befunden zufolge (vgl. Hubble, Duncan & Miller 2001, 27) zeichnet die therapeutische Beziehung mit den Faktoren Empathie, Akzeptanz, Wärme sowie gegenseitiger Ermutigung und Bestätigung ungefähr für einen Drittel des Therapieerfolges verantwortlich. Märtens und Petzold (1998, 101) kritisieren die Postulierung eines unspezifischen Wirkfaktors *„therapeutische Beziehung“*, da eine gute zwischenmenschliche Beziehung zweifellos eine Voraussetzung für eine Therapie sei, sich jedoch Sympathie und Vertrauen *„zwischen Menschen spontan aufgrund bestimmter Persönlichkeitsmerkmale und als Konsequenz ihres Tuns einstellen (oder eben nicht)“*. In diesem Zusammenhang wird aus integrativer Sicht auch von Passung gesprochen. Viele unspezifische als auch spezifische Wirkfaktoren, darunter auch derjenige des *„empathischen Verstehens“* als Beziehungsfaktor, entfalten ihre Wirkung denn auch aufgrund biografisch erlebter oder aktueller Defizite, die vorerst diagnostisch geklärt werden müssen (vgl. Kap. 3.1). Die Therapeutin

vermittelt die Qualität, die ursprünglich fehlte und versucht dadurch, das Defizit zu vermindern.

4.2.1 Modalitäten zwischenmenschlichen Miteinanders

Da Menschen soziale Wesen und nach dem Verständnis der Integrativen Therapie (Petzold, 2002) polylogisch orientiert sind, wird im entsprechenden Beziehungsmodell (mit Konfluenz, Kontakt, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit) das tiefenpsychologisch vertretene, generalisierte Übertragungsgeschehen durch sozialpsychologische Konzepte wie dasjenige der „Affiliation“ und „Reaktanz“ erweitert. „Affiliation“ als genetisches Muster wird von Buunk (2003, 416) als „*Bedürfnis nach sozialem Kontakt*“ bezeichnet und meint das grundsätzliche Streben von Menschen nach Nähe, Vertrautheit und Bindung zu andern Menschen, wofür u.a. der Wunsch nach Vergleich eigener Gefühle mit denen anderer (vgl. Kap. 2.3) bestimmend sei. „Reaktanz“ benennt nach Bohner (2003) Verhaltensweisen, mit denen sich Menschen wehren, wenn sie sich in ihren Freiräumen eingeschränkt oder bedrängt fühlen um Selbstbestimmung und das angeborene Bedürfnis nach Kontrolle wieder zu erlangen. Reaktantes Verhalten kann i.d.S. eine Bewältigungsstrategie darstellen, um Hilflosigkeit, Passivität oder Resignation entgegenzuwirken und stellt in Beziehungen eine „*regulatorisch zu verstehende Verhaltensweise [dar, dk], die Innen- und Aussenwelt in Einklang zu bringen versucht*“ (Petzold et al. 2006, 49). Aufgrund dieser Überlegungen wird im integrativen Ansatz von „*Aufschaltungen lebensalterspezifischen Beziehungsverhaltens durch Genexpressionen in sensiblen Phasen*“ (Petzold & Müller 2006, 23) ausgegangen. Übertragung und Gegenübertragung werden als biografisch erlernte und überformte Affiliationsmuster verstanden, die zwar im therapeutischen Geschehen wichtig sind, jedoch nicht alleinige Verstehensgrundlage bilden. Die in Beziehungserfahrungen und in Sozialisationsprozessen über sich selbst, die anderen und die Welt gewonnenen Bilder und Aufzeichnungen, sog. „*subjektive mentale Repräsentationen*“ (Petzold 2003), werden durch neue Beziehungssituationen umgebildet und finden in veränderter Form Eingang in das Beziehungsgeschehen. Diese Darlegungen führen dazu, im menschlichen Beziehungs- und Bindungsverhalten von einer grundsätzlichen Entwicklungs- und Veränderungsfähigkeit über die ganze Lebensspanne auszugehen, die auf der hohen Neuroplastizität unseres Gehirns basiert.

Intuition und Empathie als Fähigkeit mitzufühlen und uns berühren zu lassen sind genetisch disponierte Muster und für all diese Beziehungsmodalitäten mehr oder weniger notwendig. Da selbstwertschwache und selbstunsichere Menschen sich meist selbst wenig spüren, ihrer Wahrnehmung nicht trauen und Probleme im Umgang mit ihren Gefühlen haben, können sie häufig keine konkreten Themen, Wünsche oder Bedürfnisse nennen. TherapeutInnen können ihre Resonanz (Gegenübertragung) nutzen, um stellvertretend Gefühle anzusprechen, Bedürfnisse zu klären, Widerstandsphänomene wahrzunehmen, sowie Interventionen anzubieten. Die neurobiologische Grundlage solcher Spiegelungs- und Resonanzphänomene bilden Spiegelneurone (vgl. Kap. 1.2.3), die TherapeutInnen dabei helfen, von Patientinnen geäußerte Gedanken und Stimmungen wie auch nonverbale Zeichen intuitiv zu verstehen. In gewisser Weise reagiert eine Therapeutin demnach so, wie eine genügend gute Bezugsperson dies bei einem Säugling und Kleinkind intuitiv tut, wenn sie versucht, das Kind zu verstehen. Babyforschung ((vgl. Petzold et al. 1995, 587 - 594)) bestätigt die Wichtigkeit solcher intuitiver und empathischer Prozesse. Unterschieden werden in der Kleinkindphase verschiedene Formen intimer emotionaler Interaktion und Kommunikation, die gerade im Zusammenhang mit psychotherapeutischer Bearbeitung von Selbstwertproblemen hilfreich sind: Beim „*intuitive parenting*“ (Papoušek, Papoušek 1981b; in ebd.) stehen Blick- und Gesichtsdialoge, Zuwendung, Körperspiele und bestimmte prosodische Muster im Vordergrund, die Interaktionsformen des ersten Lebensjahres verkörpern. Beim „*sensitive caregiving*“ (Petzold et al. 1995), das v.a. vom zweiten bis vierten Lebensjahr vorherrschend ist, kommt das Austauschen und differenzierte Benennen von Emotionen zum Tra-

gen wie auch gemeinsames kreatives Gestalten und das Aushandeln von Grenzen. „*Gelinge Prozesse des „sensitive caregiving“ sind für eine gesunde Entwicklung, für eine differenzierte Emotionalität und eine gute soziale Kompetenz und Performanz von grosser Bedeutung*“ (ebd., 594). Diese Wechselseitigkeit sollte auch in einer Psychotherapie Platz finden, indem sich TherapeutInnen ebenfalls von PatientInnen einfühlen lassen, damit diese sich einfühlen lernen. „*Wechselseitige Spiegelungsphänomene zwischen Patient und Therapeut werden in der Psychotherapie nicht als Nebenerscheinung betrachtet, sondern sind ein zentrales Element der Behandlungsmethode und Behandlungsgegenstand*“ (Bauer, 2006, 134).

Da Spiegelerfahrungen und liebevoll-identifizierende Blickdialoge (vgl. Petzold et al. 1995) sowohl für die Selbstfindung als auch für die Entwicklung eines sicheren Identitätserlebens zentral sind, wird dieses Potential in der Integrativen Therapie auch durch entsprechende Interventionen genutzt. Durch wertschätzende Blicke kann sich jemand erkannt fühlen, andererseits kann auch das akzeptierende Betrachten des eigenen Gesichts im Spiegel oder auf einem Foto ein wertschätzendes Selbsterkennen ermöglichen, was wiederum identitätsstiftend wirkt. Ebenso können PatientInnen ermutigt werden, zu äussern, wie sie den Kontakt zur Therapeutin erleben, was sie in deren Augen und Gesicht lesen oder was sie vermuten, dass die Therapeutin gerade denkt über sie. Dies vermag einen Zugang zu öffnen zu den eigenen emotionalen Regungen und zur Förderung von Intuition und Empathie, denn die Patientin sollte auch lernen, sich in andere einzufühlen. Ebenfalls fördert es die Fähigkeit, den Unterschied zwischen eigenen und fremden Gefühlen, Absichten, Impulsen und Vorstellungen zu entdecken, was zum Erleben von Autonomie und Abgrenzung beiträgt. Es schafft jedoch auch die Möglichkeit zur Wahrnehmungs- und Realitätsüberprüfung, um dysfunktionale und negative Vorstellungen von sich durch korrigierende, wertschätzende Erfahrungen mit der Zeit zu korrigieren.

Frau P. äussert die Befürchtung, dass ich sie entwerte, nachdem sie blockiert war und aus dem Kontakt ging, weil sie unangenehmen Gefühlen ausweichen wollte. Ich ermutige sie, mich anzuschauen und ihre Wahrnehmung zu überprüfen. Frau P. sieht auf meinem Gesicht keine Kritik, sondern Wohlwollen und Interesse. Ich bestätige ihr, dass ich mich genau so fühle. Dadurch kann Frau P. die Erfahrung machen, dass sie sich selbst kritisch abwertet und von aussen viel wertschätzender wahrgenommen wird, als sie selbst glaubt.

Im Verlaufe der Therapie kommt es häufig zu Wiederinszenierungen von früheren Konflikten im Hier und Jetzt. Wöller und Kruse (2005) hypothetisieren dadurch möglicherweise auftauchende, idealisierende sowie entwertende Übertragungen als Abwehrformen gegen Gefühle von Scham und Unwert, wobei solche Übertragungen durchaus auch als Therapiefehler oder schlechte Passungsarbeit interpretiert werden könnten. Entwertung kann sich bspw. bei PatientInnen mit instabilem Selbstwert (vgl. Kap. 1.3.2) durch Unzufriedenheit und von Ärger begleiteten Vorwürfen äussern, weil die Therapeutin die als quälend und störend empfundenen negativen Gefühle nicht wegnehmen kann. Das Ansprechen der Enttäuschung und Besänftigung (Ferenczi) sowie Erklärung (Grawe) des Ärgers führen häufig bereits zu einer Beruhigung, da die Patientin sich in ihrem aktuellen Zustand ernstgenommen fühlt. Dadurch wird eine Offenlegung und Bearbeitung der zugrundeliegenden unbewussten Anteile überhaupt erst ermöglicht, die daraufhin zielt, dass die Patientin im Schutzraum der therapeutischen Beziehung unangenehme Affekte als eigene anerkennen, aushalten, bearbeiten und integrieren lernt.

Da sich umgekehrt hilflose und abhängige PatientInnen selbst so wenig zutrauen und glauben, nichts bewirken zu können, vertrauen sie umso stärker auf die Hilfe der Therapie (vgl. Kap. 2.2.2). Sie tendieren dazu, häufig zu fragen, was sie tun sollen und versuchen, Entscheidungen der Therapeutin zu überlassen. Dadurch werden Interventionen notwendig, die einerseits die Selbstverantwortlichkeit und die Problemlösungsfähigkeit stärken, andererseits gilt es jedoch auch, die Angst vor dem allein gelassen werden ernstzunehmen. Im intersubjektiven Ansatz der Integrativen Therapie wird die Patientin durch einen offenen

und transparenten Diskurs ermutigt, selbst Antworten und Lösungen für sich zu finden, was zur Stärkung von Autonomie beiträgt.

4.3 Ressourcenorientierung als Selbstwertquelle

In der heutigen Psychotherapieforschung werden sowohl Ressourcen der Patientin als auch der Therapiesituation als wichtigste Faktoren zur Mobilisierung von Selbstheilungskräften und entsprechendem Therapieerfolg anerkannt (vgl. z.B. Hubble et al., 2001). Ressourcen werden im Integrativen Ansatz nicht nur als Hilfsmittel zur Bewältigung von Belastungen gesehen, sondern als „gute Quellen, aus denen die Kreativität schöpft, die einerseits Belastungen und Probleme abpuffern kann, zum anderen aber Grundlage für Potentiale [...] bietet. Ressourcen stehen der Person oder Personengruppen zur Lebensbewältigung wie auch zur ko-kreativen Lebensgestaltung zur Verfügung“ (Petzold 1997, 441). Im Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung (RES; Trösken & Grawe, 2004) wird sowohl zwischen den Bereichen Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen, Bindung und Unterstützung sowie Bewältigungskonzepte differenziert. Sie erfahren auf diese Weise eine Zweiteilung in innere und äussere Ressourcen. Unterschieden werden soziale und emotionale Ressourcen, Handlungsressourcen, Selbstreflexion sowie Offenheit und Begabung. Auch Petzold (1997, 455) differenziert zwischen „*innere[n, dk] Ressourcen / Stützen wie physische Vitalität, emotionale Tragfähigkeit, Willensstärke, Intelligenz, geistige Werte, aber auch äussere[n, dk] Ressourcen / Stützen wie Freunde, soziale Netzwerke (Moreno), Unterkunft, Geld*“. Sie können einen Beitrag leisten, Selbstregulationskräfte freizusetzen oder eine erschütterte Persönlichkeit wieder zu stabilisieren. Wie dies bereits anhand der Selbstwertquellen (vgl. Kap. 2.2.1) aufgezeigt wurde, sind Ressourcen höchst individuell. Dies bedeutet, dass Menschen nicht die gleichen Fähigkeiten und Stärken als Ressource wahrnehmen.

Eine Ressourcenorientierung findet nach Grawe (1994; in Jüngst 2002, 125) dann statt, „*wenn sich der Klient nicht auf seine problematischen Seiten reduziert, sondern in seinen positiven Zielen und Fähigkeiten erkannt, bestätigt und unterstützt fühlt*“. Dabei stellen sich Fragen, welche Faktoren die Patientin bei der Bewältigung ihres Lebens unterstützen, zu ihrer Gesundheit beitragen oder welche Quellen das positive Selbsterleben ermöglichen. Zu diesem Zwecke werden positive Seiten und Fähigkeiten der PatientInnen gezielt exploriert und gewürdigt, z.B. anhand des Modells der „*fünf Identitätssäulen*“ (Petzold, 2003), sowie diese Ressourcen durch geeignete Interventionen angereichert und erweitert. In der Integrativen Therapie (Petzold, 2003) wird dazu u.a. der „*3. Weg der Heilung und Förderung*“ als ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung eingesetzt (vgl. Kap. 5.2, 5.3), wobei mittels verschiedenster kreativer Medien (z.B. Malen, Bewegung) die Selbstwahrnehmung und Ausdrucksfähigkeit gefördert wird. Die aufgespürten Ressourcen können dazu beitragen, neue Lebensperspektiven zu entwickeln, neue Handlungsmuster einzuüben sowie die Bewältigungskompetenzen zu verbessern. Sowohl Ressourcenaktivierung als auch –klärung wurden von Dick et al. (1999; in Jüngst 2002) in ihren Wirkfaktorenanalysen für PatientInnen mit Depressionen sowie Angststörungen als wichtige Faktoren zur Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens nachgewiesen. Gerade das Erleben von Ressourcen kann zu einem fruchtbaren Therapieprozess beisteuern, wenn PatientInnen wenig zur Problembearbeitung beitragen und eher im aktuellen Zustand verharren. Bewältigungsverhalten oder Copingstrategien gehen häufig mit einer Ressourcenminderung einher. So kann selbstwertreduzierendes Suchtverhalten als Selbstschutz und gleichzeitig untauglicher Selbstheilungsversuch dazu dienen, eine andere „Störung“ zu bewältigen, bzw. zu verdecken. Den Sinn eines solchen Verhaltens zu erschliessen, das hinter einem Symptom sich verbergende Gesunde zu ergründen, kann in einem solchen Fall ein wichtiger Faktor im Heilungsprozess werden.

Menschen mit niedrigem und instabilem Selbstwert haben häufig einen schlechten Zugang zu ihren Ressourcen. Umso wichtiger ist die therapeutische Stärkung positiver Selbstgefühle, da diese gerade in Bezug auf die Bewältigung bestimmter Anforderungen oder ganzer Lebensbereiche - und darum geht es in psychotherapeutischen Prozessen - als zentrale Ressource angesehen werden. Auch Wöller und Kruse (2005, 132) betonen diesen Aspekt: *„Die wechselseitige positive Affektansteckung kann auch die Voraussetzungen für die Akzeptanz schwieriger, mühsamer und schmerzhafter Aspekte der Therapie verbessern“*. Denn sobald leidvolle Erfahrungen oder Fehler überwunden bzw. bewältigt sind, können sie ebenfalls Ressourcen darstellen, da sie die Selbstwirksamkeit stärken. Verbale und non-verbale Bestätigungen sind geeignet, positive Selbstgefühle zu wecken und das Selbstwerterleben zu festigen. Durch Ermutigung und Hervorhebung der Stärken einer Klientin, kann der Selbstwert direkt gestützt werden. Die Tendenz selbstwertschwacher Menschen zu indirekter Selbstwerterhöhung (vgl. Kap. 4.1), kann genutzt werden durch beiläufige positive Konnotationen des Erzählten. Auch die Anknüpfung an glückliche Ereignisse der Vergangenheit oder die Imagination positiver Bilder und Vorstellungen vermag einen Zugang eröffnen zu diesen unterstützenden Selbstwertquellen.

Damit eine Ressource ihre positive, selbstwertstärkende Wirkung entfalten kann, muss sie jedoch auch als positive Fähigkeit wahrgenommen werden. Nicht selten zeigt sich gerade bei Frauen, dass diese ihre sozialen Kompetenzen (vgl. interdependenter Selbstwert, Kap. 2.1.) nicht als Ressource bewerten, sondern als normal ansehen und sich dadurch selbst schwächen. Das deutliche darauf Hinweisen und Würdigen dieser Stärke seitens der Therapeutin kann einen entsprechenden Umbewertungsprozess anregen. PatientInnen mit niedrigem oder labilem Selbstwert wissen häufig besser, was sie nicht gut können und sind sich ihrer zahlreichen Ressourcen nicht bewusst. Hier gilt es, diese mangelnde Fähigkeit einzuüben, indem der Fokus immer wieder darauf gelegt wird, was gut gelingt, was positiv empfunden wird. Dabei kann die Aufgabe helfen, jeden Tag etwas Positives aufzuschreiben (vgl. Kap. 4.5), denn *„Hausaufgaben sind ab Therapiebeginn ein wichtiges Instrument im Hinblick auf alle Therapieziele, da sie im Transfer direkt Kontrollüberzeugungen, Selbstregulation und Festigung neuer Strukturen fördern“* (Petzold et al. 1999, 225).

Wie bereits erwähnt, haben PatientInnen zu Beginn einer Therapie relativ häufig das beschämende Gefühl, versagt zu haben und nun auf Unterstützung angewiesen zu sein. Der Einbezug in die Ziel- und Fokusfokussierung dient sowohl einer intersubjektiven, transparenten Vorgehensweise, als auch der Ressourcenaktivierung und Stärkung des beeinträchtigten Selbstwerterlebens. Von Wöller und Kruse (2005) wird ebenfalls auf die Wichtigkeit eigener Gestaltungsmöglichkeiten und Mitentscheidung innerhalb des Therapieprozesses hingewiesen, wodurch Kompetenzen und Performanzen gefördert und verlangt werden. Auf diese Weise werden positive Selbstgefühle sowie Kontrollüberzeugungen gestärkt, die als Ressourcenqualitäten für eine Bekräftigung von Resilienz gelten können (Flammer 1990). Gleichzeitig scheint nicht für alle PatientInnengruppen derselbe Interventionsstil geeignet, positive Wirkungen i.S. einer Ressourcenorientierung zu erzielen. Studien u.a. von Beutler et al. (1994, in Wöller et al. 2005, 135) belegen, *„dass Patienten mit hohem Autonomiestreben offensichtlich mehr von nichtdirektiven Therapieformen profitieren, während Patienten mit geringeren Autonomietendenzen eher aus einer direkteren Form der Psychotherapie Nutzen ziehen“*. Auch positive Zukunftserwartungen, das Wecken von Zuversicht und Hoffnung können als Ressource genutzt werden. Der Glaube an einen positiven Therapieverlauf kann als Sonderfall einer Zukunftserwartung denn auch einen wichtigen Wirkmoment einer Therapie darstellen.

4.4 Protektive Faktoren als Selbstwertschutz

Protektive Faktoren als positives Gegengewicht zu Risikofaktoren wirken von der Säuglingszeit über die ganze Lebensspanne bis ins hohe Alter. In ihrer Salutogenese Perspektive

(Antonovsky, 1979; in Petzold 2003) vertritt die Integrative Therapie einen Ansatz, der nicht nur einseitig auf die Pathogenese und damit negative oder defizitäre Faktoren ausgerichtet ist, sondern ebenso positive Faktoren in ihre klinische Entwicklungstheorie miteinbezieht. Die lebenslang bezogene Entwicklungsforschung kristallisierte für Kinder eine relevante, fürsorgliche Bezugsperson sowie erwachsenenseits und für alte Menschen mindestens eine bedeutsame, wertschätzende Beziehung als wichtigsten protektiven Faktor heraus (z.B. Rutter, 1985; vgl. Märtens et al. 1998, 101f.). Damit diese positiven Beziehungserfahrungen und -atmosphären jedoch zu einem schützenden und stützenden Faktor werden und den Selbstwert bestärken können, braucht es deren Internalisierung. Eine solche verinnerlichte Schutzperson kann als eine Art tröstende, beruhigende, wohlmeinende und ermutigende innere Stimme wahrgenommen werden, die zunehmend assimiliert wird. Ein gutes menschliches Beziehungsangebot korrespondiert i.d.S. mit den protektiven Faktoren der Entwicklungspsychologie. *„Psychotherapie wirkt also u.a., weil sie Qualitäten von „significant caring adults“ im Verhalten von Therapeuten aktualisiert“* (Petzold et al. 1993, 206; vgl. Kap. 4.2.1). Eine kurze Fallvignette soll dies verdeutlichen:

Frau P. erlebt die permanente Bewertung in ihrem Ausbildungspraktikum zur Krankenschwester als sehr belastend. Die narzisstische Problematik zeigt sich in der Spannung zwischen ihrem Idealbild und der Kränkung, zu wenig Anerkennung zu erhalten. Frau P. meint, etwas Besonderes zu sein, und dies wird durch eine „nur genügende“ Qualifikation nicht gewürdigt. Dies stürzt sie in tiefe Selbstzweifel und Versagensängste. Gleichzeitig hadert sie damit, dass sie sich als gut 30-jährige immer noch in Ausbildung befinde und nach ihrer Einschätzung grössere Mühe mit den an sie gestellten Anforderungen bekunde als ihre jüngeren Kolleginnen. Ihre Ausbilderin empfindet sie einerseits als wertschätzend und geduldig, andererseits auch als unmotiviert ärgerlich und kritisch. Dadurch wird eine blossstellende und kränkende Schulsituation mit begleitender Scham-Angst (vgl. Kap. 1.3.1) aktualisiert: ‚Auch im Praktikum fühle ich mich wie in einer Arena, wobei alle von aussen auf mich und meine Fehler gucken‘. Mein Hinweis, dass Praktikas dazu dienen, etwas zu lernen und niemand bereits von vornherein alles wisse, bringt etwas Entlastung. Dadurch dass ich Frau P. zuschreibe und zutraue, ihre Arbeit gut tun zu können, lernt sie, sich selbst dies auch wieder zuzutrauen.

Die Übernahme einer Hilfs-Ich-Funktion, positive Bewertung von aussen durch Ermutigung als auch das Zutrauen einer bestimmten Fähigkeit kann auf diese Weise zu einem protektiven Faktor werden, der hilft Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitserwartungen von PatientInnen aufzubauen und zu stärken.

Die Nutzung solcher protektiver Faktoren - wie vorgängig bereits für Ressourcen aufgezeigt - ist für jeden therapeutischen Prozess von Bedeutung und macht eine sorgfältige und differenzierte Abklärung und Bestandesaufnahme zu Beginn einer Behandlung erforderlich. Die Integrative Therapie nutzt dazu verbale und nonverbale Interventionen (vgl. Kap. 4.5, 5.1ff.). Dadurch gelingt es möglicherweise, verschüttete positive, schützende und fördernde Atmosphären, Szenen und Erlebnisse wieder aufzuspüren und diese Qualitäten der inneren Beistände in die Gegenwart hinüberzueretten. Nicht selten berichten PatientInnen auf gezieltes Nachfragen hin von solchen inneren „HelferInnen“, die teilweise sogar in konkreter Gestalt (z.B. Schutzengel) anzutreffen sind. Umgekehrt können verinnerlichte bedrohliche Atmosphären und belastende Personen, bspw. in Form von Täterintrojekten, als interne Risikofaktoren angesehen werden.

Als protektive Faktoren gelten sowohl internale Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen wie auch externale spezifische und unspezifische Einflüsse (bspw. FreundInnen, materielle Ressourcen), jedoch auch die übergreifende politische und sozioökonomische Situation. Dass etwas als protektiv angesehen wird und auch so wirkt, hängt aus integrativer Sicht von der Verfügbarkeit und der subjektiven Einschätzung und Bewertung ab. Protektive Faktoren *„verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluss adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern und verstärken aber auch als salutogene Einflussgrössen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und –kognitionen und Bewältigungsperformanz des Subjekts sowie die Ressourcenlage und „supportive Valenz“ sozioökologischer Kontext (Familie, Schule,*

Nachbarschaft, Arbeitssituation), so dass *persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein blosses Überleben hinaus gewährleistet werden*“ (Müller et al. 2003, 9). Neurophysiologisch und immunologisch (vgl. Kap. 1.2.3) können sie als internaler protektiver Faktor dazu beitragen, äussere Belastungen abzufedern, Coping-Möglichkeiten zu unterstützen oder neue Lösungen zu finden. Dadurch wird die Bildung funktionaler neuronaler Bahnungen und Netzwerkverbindungen beeinflusst sowie Widerstandskräfte (Resilienzen) gefördert, die wiederum bereits vorhandene Ressourcen und Schutzfaktoren verstärken.

Externale protektive Faktoren sind nicht so leicht von Ressourcen abzugrenzen, wobei Erstere in entwicklungspsychologischen Zusammenhängen entwickelt wurden, währenddem die Ressourcentheorie eher aus sozialpsychologischen und psychotherapeutischen Bereichen stammt. Internale Schutzfaktoren, die ebenfalls als psychologische Widerstandsfähigkeit definiert werden können, stellen nach Flammer (1990) Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Souveränität, Selbstwirksamkeit und positive Kontrollüberzeugungen dar. Diese Annahme wird von Schulte-Cloos und Baisch (1996; in Jüngst 2002) gestützt, die in explorativen Interviews und anonymen Fragebogen Selbstwirksamkeitserfahrungen und stabile emotionale Beziehungen als wichtige protektive Faktoren gegen psychische Krankheiten identifizierten.

4.5 Selbstwahrnehmung / Selbstbewertung / Selbstakzeptanz

„Die allermeisten Personen mit Selbstwertproblemen bringen leicht für andere Respekt auf, wohingegen es ihnen schwer fällt, sich selbst die gleiche Aufmerksamkeit und Zuwendung zuzubilligen“ (Potreck-Rose et al., 2004, 95). Dementsprechend speist sich Wertlosigkeits-erleben häufig daraus, dass aufgrund eingespielter Muster und festgeschriebener Narrative der Aufmerksamkeitsfokus einseitig auf das Negative und Schlechtfunktionierende gerichtet wird. Dies bestärkt wiederum die negativ getönten Bilder von sich selbst und beeinflusst das emotionale Befinden als auch Handlungen in grossem Masse. Dadurch werden Lernprozesse notwendig, auch Positives wahrnehmen und schätzen zu lernen, sich selbst gegenüber akzeptierender und fürsorglicher zu werden, damit Aufbau und Stärkung des Selbstwertes überhaupt möglich werden. Aus therapeutischer Sicht eröffnen sich dadurch verschiedene Zugänge, je nachdem in welchem Bereich man mit entsprechenden Interventionen ansetzen möchte.

Auf der Ebene der Selbstwahrnehmung geht es häufig darum, verschüttete oder abgespaltene Selbstgefühle wieder aufzuspüren, sowie generell um eine Verbesserung der Affektdifferenzierung und –steuerung. Nicht-wertende Achtsamkeit und Akzeptanz für Gefühle und Bedürfnisse muss denn auch vielfach zuerst entwickelt werden. Nicht umsonst wird die Aufmerksamkeitslenkung als psychotherapeutischer Wirkfaktor angesehen (z.B. Baer 2003; in Smith 2004), da dadurch bisher nicht oder zu wenig beachtete Informationen ins Bewusstsein gelangen können. Dazu bietet sich die Arbeit im Hier und Jetzt an, da auf diese Weise Emotionen unmittelbar erfahrbar werden. Durch die Anleitung der Patientin, auf ihre Körperempfindungen, ihre Sinneswahrnehmungen, ihre Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse in der aktuellen Situation zu achten, kann sich ihre Wahrnehmung bzw. ihre Achtsamkeit schärfen. Sie kann bspw. erspüren, wie sie ihre Körperhaltung anmutet, ohne gleich etwas verändern zu wollen (vgl. Kap. 5.2.1). Häufig muss der Zugang zu positiven Gefühlen jedoch auch aktiv durch die Therapeutin vorbereitet werden. Durch positive Akzentuierungen oder Umdeutungen des Erzählten durch die Therapeutin sowie durch Spiegelung eines mimisch oder empathisch wahrgenommenen positiven Affekts, lässt sich die Sichtweise der Patientin auf sich selbst mit der Zeit erweitern und verbessern. Dabei macht man sich die Tatsache zu nutze, dass sich positive Selbstgefühle in wertschätzenden Beziehungen entfalten (vgl. Kap. 1.2.2).

Frau S. erzählt mit neutraler Stimme, jedoch freudiger Mimik, was sie seit der letzten Sitzung alles erledigt hat. Der Vorschlag, ihre Aufmerksamkeit auf ihre Mimik und darauf zu richten, was während des Erzählens in ihr vorgegangen sei, ermöglicht Frau S., ihre Freude und ihren Stolz über das Erreichte wahrzunehmen. Dadurch gewinnt sie den Eindruck, selbst etwas bewirken zu können und nicht nur hilflos und ohnmächtig in ihrer Situation zu verharren.

Um sich selbst liebevoll begegnen zu lernen kann der Fokus jedoch auch auf die inneren wertschätzenden Stimmen gelenkt oder das Bild eines liebevollen Begleiters, einer inneren Beiständin gesucht werden (vgl. Kap. 4.4; 5.3). Dadurch gelingt es manchmal, mit dieser liebevollen Instanz in Kontakt zu treten und über die Identifikation mit den wohlwollenden Blicken und Worten Zugang zu finden zum versteckten, positiven Anteil der eigenen Person. Da Menschen mit niedrigem Selbstwert jedoch dazu neigen, andere positiver zu beurteilen als sich selbst, zeitigt manchmal auch die Vorstellung, was eine wohlwollende Freundin oder eine gute Mutter in dieser Situation sagen würde, Erfolg. Damit sich gute, positive Emotionen verinnerlichen und sich neue cerebrale Bahnungen ausbilden können, müssen sie eingeübt werden (vgl. Kap. 1.2.3). „Hausaufgaben“ wie bspw. jeden Tag etwas aufschreiben, worüber man stolz ist, was einem gut gelungen ist, können dazu beitragen, dass sich Positives mit der Zeit festsetzen kann. Denn der Transfer von gewonnenen Einsichten, von veränderten Handlungen in den Alltag dient der Förderung von Performanzen (vgl. Flammer 2005).

Häufig werden jedoch auch negative Gefühle und Situationen, die zu einem schlechten Grundgefühl von sich selbst geführt haben, verdrängt und es gilt, auch diese wieder zulassen zu lernen. Denn wenn sie ihren Schrecken verlieren sollen, müssen auch diese feindlichen Stimmen oder malignen Introjekte wieder ins Bewusstsein gelangen und ausgedrückt werden können. Petzold (2003, 653) merkt denn auch an: *„Offenes, angstfreies Ausdrücken emotionaler Reaktionen führt zu einer Reduzierung emotionaler Spannungen bzw. Überforderungsgefühlen“*. Indem bestimmte Situationen vergegenwärtigt werden, entsteht eine Verdichtung, durch die die Patientin Affekte wieder erleben und deren Vielschichtigkeit sowie gegenseitige Bedingtheit explorieren kann. *„Die Problemlösung muss wirklich im Erleben des Klienten „realisiert“ werden, damit sie ihre positive Wirkung entfalten kann“* (Jüngst 2002, 125). Die Integrative Therapie bedient sich dazu bspw. der Intervention des „leeren Stuhls“ oder lässt PatientInnen für Innerseelisches (Zustände, Befindlichkeiten, Gefühle) symbolisch eine oder verschiedene Gestalten finden, um sich selbst damit identifizierend auseinanderzusetzen. Schon Gonseth (1985) hat diese Methode *„Psychotherapie auf der inneren Bühne“* genannt und auch Reddemann (1985) benutzt sie in ihrer ressourcenorientierten Traumatherapie. Hilfreich an dieser Form von Externalisierung ist die Selbstdistanzierung von automatisch ablaufenden Prozessen (z.B. Angst-Stress-Reaktion), wodurch sie besser umgestaltet werden können, sowie vorher nicht richtig fassbare, bedrohliche als auch liebevolle Selbstanteile besser handhabbar werden. Unverbundene Selbstanteile können durch diese Form des inneren Dialogs miteinander ins Gespräch kommen und eher integriert werden. Auch das Konzept der *„Inneren Kinder“* bietet die Möglichkeit, diese verschiedene Selbstaspekte verkörpernden Teile von sich anzuerkennen, ohne durch zu grosse Involviertheit die Kontrolle zu verlieren. Diese Distanzierung ermöglicht einen intensiveren und mitfühlenderen Kontakt zu sich selbst, wodurch die Bedürftigkeit des inneren Kindes wieder erlebt werden kann, was gerade für selbstentwertende und selbstkritische PatientInnen wichtig ist. Durch ein solches Vorgehen kann jedoch auch eine wohlwollendere innere Zwiesprache i.S. eines sich selbst Erfassens gefördert werden, wodurch alte negative emotionale Schemata geklärt werden können. Emotionen können auf diese Weise herunterreguliert und die Selbstsorge verbessert werden. Dabei macht man sich zunutze, dass Menschen durch verinnerlichte signifikante andere sich im Verlaufe ihrer Entwicklung *„selbst zum Gefährten“* (Mead 1975; in Petzold 2003) werden. Auf diese Weise kann sich jemand selbst beruhigen und trösten lernen, wie folgendes Beispiel zeigt:

Frau S. berichtet, wie sie manchmal mit sich selbst spreche, wenn sie sich in schlechter Stimmung befinde. Sie sage sich dann, dass es auch nicht helfe, wenn sie so herumzittere, sich ängstige vor der Zukunft und Befürchtungen hege vor finanziellen Nöten, nach ihrer Aussteuerung aus der Arbeitslosenversicherung. Noch sei es ja nicht so weit. Sie erzählt weiter, dass sie bereits als Kind mit sich selbst gesprochen habe, wenn sie sich allein fühle. Solche Gespräche mit sich selbst würden sie beruhigen und dazu führen, dass sie sich wieder auf Aktuelles besinnen könne.

Auf der Ebene der Selbstkonzepte kann mittels Umbewertung oder Umstrukturierung deren Bedeutung verändert werden. Dies ist besonders angezeigt, wenn aufgrund einer bestimmten Situation negative generalisierende Selbstzuschreibungen und –bewertungen (vgl. Kap. 2.3) vorgenommen werden. Aufgrund neuer Erfahrungen, Einsichten und Bewertungen können neue Selbstbilder entstehen, die die Selbstkomplexität vergrößern (vgl. Kap. 2.1). Interessant sind auch potentielle Selbstbilder, da sie Entwicklungsanstöße geben, sowie Selbstbewertungsprozesse und Handlungsimpulse wecken, wie jemand werden oder welche Ziele jemand erreichen möchte. Überhöhte Ansprüche und strenge Ich-Ideal-Forderungen (vgl. Kap. 2.2), wie sie bei narzisstischen Störungen häufig anzutreffen sind, verursachen durch ihre Unerbittlichkeit indes meist grosses Leiden. In jedem Fall gilt es jedoch, sich mit den verschiedenen Aspekten seines Selbstbildes, dem Selbstideal und den Forderungen an sich selbst zu befassen. „*Die Arbeit am Selbstwertgefühl erfordert [...] eine Identifikation der Situationen, die typischerweise ein Absinken des Selbstwertgefühls hervorrufen*“ (Wöller et al. 2005, 294). Damit verknüpfte negative Überzeugungen und Bilder, Werte und Normen, die den Selbstwert und die Selbstakzeptanz an bestimmte Bedingungen binden, müssen vorerst sorgfältig exploriert werden, um dazugehörige Emotionen bearbeitbar zu machen. Dadurch können dysfunktionale Bewertungen möglicherweise einer realistischeren Sicht von sich selbst weichen und Einschränkungen der Handlungsmöglichkeiten durch unrealistische Selbstunterschätzung überflüssig machen. Zu hohem Selbstwert und zu grosser Selbstüberschätzung kann dieses Vorgehen indes mittels einer realistischeren Selbstbewertung Einhalt gebieten. Wenn auf diese Weise eine stärkere Orientierung an sich selbst als Bewertungsmassstab gelingt und Fremdbewertungen unwichtiger werden, kann dies zu mehr Selbstakzeptanz und insgesamt zu mehr Kongruenz von Selbstkonzept und Erleben und damit positiveren Selbstgefühlen führen (vgl. Kap. 2.3.2).

Mit selbstentwertenden und stark auf externale Zuschreibungen fokussierten Problematiken geht häufig Scham einher, dass das Minderwertige, Ungenügende der eigenen Person von aussen gesehen wird (vgl. Kap. 1.3.1). Solche PatientInnen fallen immer wieder dadurch auf, dass sie vermeiden, sich mit ihrem negativen, selbstentwertenden Selbstgefühl auseinanderzusetzen. Stattdessen wird das Kritische, Entwertende, Negative nach aussen projiziert und dort bekämpft. Durch ein behutsames In-Kontakt-Bringen mit dem eigenen Selbstgefühl kann mit der Zeit der Schmerz über das eigene Ungenügen, die eigene Wertlosigkeit wahrgenommen und dadurch auch bearbeitet und integriert werden (vgl. Fallbsp. in Kap. 4.2.1).

4.5.1 Selbstdarstellung als Möglichkeit der Selbstwertregulation und Selbstkontrolle

Gerade in selbstwertbelastenden Situationen kann die Art und Weise wie wir uns darstellen (vgl. Kap.2.3.1), dazu beitragen, eine als unangenehm oder quälend erlebte Emotion zu beseitigen oder abzuschwächen. Nach Flammer (1990) soll das Bedürfnis nach Kontrolle uns dabei helfen, ein positives Selbstbild zu erhalten bzw. ändern gegenüber zu vermitteln. Laux und Weber (1993, vgl. 14-17) unterscheiden dabei intrapsychische Bewältigungsformen, zu denen etwa Verdrängung, Rationalisierung, Vermeidung, positive Uminterpretationen, Selbstbeschuldigung sowie Selbstaufwertung zählen. Weiter differenzieren sie zwischen aktionaler Bewältigung, die durch offenes, wahrnehmbares Verhalten (etwa Entspannungstechniken, soziale Abkapselung, Konsum von Genussmitteln, Einnahme von Psychopharmaka) gekennzeichnet ist und den expressiven Bewältigungsformen, die mit agitiertem Gefühlsausbruch (meist Aggression), dem offenen Ausdrücken von Gefühlen und der Emotionsunterdrückung in Verbindung gebracht werden. Die Darstellung von Emo-

tionen dient dazu, die InteraktionspartnerInnen in der gewünschten Weise zu beeinflussen durch Vermittlung aktueller oder dauerhafter Selbstbilder. Die Selbstdarstellung kann sich im Sinne eines inneren Dialoges jedoch auch an das eigene Selbst richten und häufig verschränken sich beide Ebenen. Dann wird die Selbstdarstellung dazu benutzt, sowohl dem externen Publikum als auch sich selbst bestimmte Selbstbilder zu vermitteln. Eine Ärgerreaktion kann nach persönlichem Angriff bspw. helfen, die eigene Durchsetzungsfähigkeit unter Beweis zu stellen. Eine solche Bewältigungsform verfolgt häufig verschiedene Teil- und Endziele: 1) Dem Interaktionspartner wird signalisiert, dass man sein Verhalten nicht duldet (Situationsregulation), 2) das kränkende Verhalten hört auf (Interaktionsregulation), 3) man kann sich selbst als stark und durchsetzungsfähig erleben (Selbstregulation) sowie 4) Stolz über die gelungene Grenzsetzung empfinden (Emotionsregulation).

Umgekehrt kann die Art und Weise, wie jemand erscheinen möchte und wie er wirklich ist, stark auseinanderklaffen. So drückt ein unechtes Lächeln häufig Selbstunsicherheit und chronische Verlegenheit oder Unterwürfigkeit aus. Überhöhte Ansprüche können sich ebenfalls in einer Art Zwang äussern, immer mehr darstellen zu müssen und unrealistische Ziele erreichen zu wollen, sei dies in bezug auf bestimmte Leistungsanforderungen, auf das Aussehen oder das Ausfüllen einer bestimmten Rolle. Dieses permanente Sich-selbst-nicht-genügen, dieses Immer-besser-sein-zu-müssen-als-man-ist, wird meist als sehr anstrengend und quälend empfunden und kann zu einer totalen Blockierung führen. Obwohl strenge Über-Ich-Forderungen zur Selbstregulation beitragen, verhindert ein solcher Perfektionismus eine Auseinandersetzung mit den eigenen Fehlern und Grenzen und mündet in eine subtile Form der Selbstkritik und Entwertung, die verstärkend auf den bereits niedrigen Selbstwert einwirkt (vgl. Kap. 2.2.2). Die Erfahrung, sich selbst als wertvoll zu erleben, wird so verunmöglicht. Die therapeutische Bearbeitung solchermaßen überhöhter Ansprüche sollte zum Ziel haben, dass sich PatientInnen so akzeptieren lernen, wie sie sind und sie mit sich selbst liebevoller umgehen. *„Letztlich wird durch die kritische Revision des eigenen Perfektionismus tatsächlich erreicht, dass die Personen sich selbst in ihrer Durchschnittlichkeit besser annehmen können“* (Potreck-Rose et al., 2004, 149).

Frau P. kann sich selbst nur wertschätzen, wenn sie etwas besonders gut oder besser als andere macht. Ihre überhöhten Ansprüche an sich selbst und die Angst, dass andere ihr Unvermögen sehen könnten, führen dazu, dass sie sich in bestimmten Situationen immer wieder selbst komplett blockiert. Sie gerät in eine Art Erstarrung oder Gehemmtheit, ist unfähig etwas zu sagen oder etwas Bestimmtes zu tun, um einer befürchteten Beschämung zu entgehen. Gleichzeitig ist sie wütend auf sich und fühlt sich entsprechend minderwertig. Frau P. nimmt die Angst und Hemmung im Brustbereich wahr und findet die Gestalt eines blauen weichen Stoffes dafür, der sich in Falten lege und zu einem Knäuel verdichte. In der Identifizierung nimmt sie diesen Knäuel als Kontrollteil wahr. Sie findet für diesen Selbstaspekt das Bild einer alten Tür mit vielen Schlössern, wodurch verhindert werde, dass etwas von innen nach aussen dringe. Sie sei ganz allein drin – es sei eine Art Gefängnis. In der weiteren Arbeit wird es Frau P. erst möglich, die dahinterliegende Trauer zu spüren und die Anstrengung, die es sie kostet, diesen hohen Ansprüchen genügen zu wollen.

Dieses Beispiel drückt die Ambitendenz aus, in der Frau P. gefangen ist. Wenn sie etwas sagt oder etwas zeigt von sich, können andere ihre Bedürftigkeit sehen und merken, dass sie nicht perfekt ist und andere braucht. Ihr Bedürfnis nach Beziehung, nach Wertschätzung und Anerkennung kollidiert mit einer als bedrohlich empfundenen Nähe, da ihre Autonomie gefährdet werden und andere ihre Bedürftigkeit sehen könnten. Wenn sie aus dieser Not heraus nichts tut, ist sie blockiert. Ihre Blockierung und ihr Selbsthass stellen i.d.S. neurotische Kompromisslösungen dar, da dadurch der Kontakt zu andern unterbrochen wird. Die weitere therapeutische Arbeit in diesem Bereich wird denn auch daraufhinzielen müssen, dass Frau P. lernt, in Beziehungen Bedürfnisse und Abgrenzung leben zu dürfen.

4.6 Risiken der Selbstwertstabilisierung

Nebst all den positiven Effekten der Selbstwertstärkung gilt es auch deren Grenzen zu beleuchten, denn nicht bei allen PatientInnen ist die Förderung des Selbstwertes sinnvoll. Wenn sich jemand in massiver Weise über andere stellt und sich dadurch selbst „überhöht“, kann Selbstwertstärkung kein anzustrebendes Therapieziel sein. Auch wenn sich jemand

mittels Abwertung anderer selbst indirekt aufwertet und dadurch stabilisiert, scheint ein Vorgehen angepasster, das daraufhinzielt, den Patienten mit einem eventuell dahinterliegenden Minderwertigkeitsgefühl in Kontakt zu bringen. Da der Selbstwert in unterschiedlichen Bereichen verschieden sein kann (vgl. Kap. 2.1), sollte dies dazu führen, dass der Selbstwert differentiell untersucht wird und derjenige Bereich gestärkt wird, der mit einer schlechten Selbstwertschätzung einhergeht.

Alterhoff (2002) untersucht an ambulant behandelten PsychotherapiepatientInnen, ob Störungssymptome von einigen PatientInnen nicht nur als unangenehm und leidvoll empfunden werden, sondern ebenfalls eine selbstwertstabilisierende Funktion erfüllen und damit zu einem innerpsychischen Krankheitsgewinn in Form von Selbstwertschutz beitragen. Dies mag dann der Fall sein, wenn die aktuelle Symptomatik dazu benutzt wird, Misserfolg oder Unzufriedenheit in wichtigen Lebensbereichen zu erklären, obwohl diese möglicherweise auch ohne die Störung vorhanden wären. *„Die Probleme des Patienten dienen also zur Entschuldigung von Misserfolgen und damit der Stabilisierung des eigenen Selbstbilds“* (Alterhoff 2002, 16) und somit lässt sich schlussfolgern, dass durch eine Reduktion der Symptome der eigene Selbstwert stark bedroht wäre. Der ursprünglich aus der sozialpsychologischen Attributionsforschung stammende *„Self-handicapping“-Ansatz* (Berglas & Jones 1978; in Alterhoff 2002) beschreibt das Phänomen, sich vor einer zu bewertenden Verhaltenssequenz selbst auf irgendeine Weise zu behindern, wodurch Erfolge unwahrscheinlicher werden, Misserfolge jedoch nicht auf fehlende eigene Kompetenz oder Fähigkeiten zurückgeführt werden müssen. Berglas & Jones (1978) sehen *„‘Self-handicapping‘ als eine protektive Strategie zum Schutz des persönlichen Selbstwertgefühls an, die der Externalisierung von Ursachen für Misserfolg und der Internalisierung von Attributionen für Erfolg dient“* (ebd., 27).

Es existiert eine Vielfalt selbstbehindernder Strategien wie Mangel an Anstrengung, vermehrter Alkohol oder Drogenkonsum, Einnehmen von leistungsmindernden Medikamenten oder auch von klinischen Symptomen wie Depressivität, hypochondrische Beschwerden, Testangst oder soziale Unsicherheit sowie leistungshemmenden situativen Bedingungen, die alle empirisch überprüft sind (vgl. dazu Alterhoff 2002, 18f.). Neuere Untersuchungen (bspw. Self 1990; in Alterhoff 2002) zeigen, dass vor allem Personen mit hohem Selbstwert zu selbstbehindernden Verhaltensweisen greifen. Ebenfalls zeigen Personen mit instabilem Selbstkonzept mehr Self-handicapping (Kernis 1993; in Alterhoff 2002). In ihrer Untersuchung konnte Alterhoff (2002, 137) einen deutlichen Zusammenhang nachweisen zwischen *„der Gesamtsymptombelastung von Patienten und ihrer individuellen Neigung zu selbstbehinderndem Verhalten“*. Dies könnte damit zusammenhängen, dass eine grosse Menge von Symptomen eher geeignet ist, allfälligen Misserfolg zu erklären. Alterhoff (2002) schlussfolgert, dass der Enderfolg der Behandlung durch diese selbstwertstabilisierende Funktion der Symptomatik nicht grundsätzlich geschmälert wurde, da davon ausgegangen werden kann, dass dieser innerpsychische Krankheitsgewinn in den meisten Fällen im Verlaufe der Therapie thematisiert und bearbeitet werden konnte.

5. Nonverbale Zugänge der Integrativen Therapie zur Arbeit an selbstreferentiellen Perzeptionen, Emotionen und Kognitionen

5.1 Der „schöpferische, ko-kreative Mensch“

Die Entwicklung positiver selbstreferentieller Perzeptionen, Emotionen und Kognitionen ist nebst genetischer Disposition, direkter sowie indirekter Einflussnahme durch eigenes Verhalten und Mitprägung der Umwelt (Flammer 2005) auch an wertschätzende verbale und nonverbale Kommunikation und Interaktion (vgl. Kap. 1.2.2) gebunden, die zum Teil in entwicklungsgeschichtlich früher, pränataler sowie präverbaler Zeit liegen. Grundlage dafür

bildet im integrativen Ansatz der Leib als „*totales Sinnesorgan*“ (Merleau-Ponty 1966), in dem alle Lebensprozesse der Wahrnehmung, Erfahrung und Regulation wurzeln. Im Leibbegriff verschränken sich der Körper, als biologische, physiologische, organismische Basis und die psychischen und geistigen (transmateriellen) Prozesse (z.B. Gefühle, Gedanken, Erinnerungen, Handlungspläne) zu einer Ganzheit. Der Mensch (Mann und Frau) „*als Leibsubjekt in der Lebenswelt*“, wie aus anthropologischer Perspektive konzeptualisiert wird, „*ist durch ein differentielles und integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln (d.h. durch Narrationen, aktionale Lebensvollzüge) unlösbar mit der Lebenswelt verflochten: mit den Menschen in Zwischenleiblichkeit, mit den Dingen in Handhabung*“ (Petzold 2003, 1066). Aufgrund der prinzipiellen Bezogenheit des Menschen auf die Welt und seiner leiblich gespeicherten Lebenserfahrungen entfaltet sich ein wechselseitiger, ko-kreativer Prozess der Gestaltung, der Beeinflussung und Bewegung mit der ihn umgebenden Lebenswelt, bezogen auf die ganze Lebensspanne. Sowohl salutogene, positive und schützende als auch schädigende, schmerzhaft oder traumatische Erfahrungen werden im Leib konkret erlebt und entsprechende Wahrnehmungen, Erinnerungen biographischer Szenen sowie Atmosphären dort eingegraben, wodurch Persönlichkeit und Identität entstehen. Vorerst werden solche Eindrücke im „*Leibgedächtnis*“ in nicht memorabler Form gespeichert, da szenische Erinnerungen, i.S. von Ereignisketten mit entsprechenden Handlungsabfolgen, aufgrund mnestischer Kapazitäten frühestens ab 2 Jahren (Petzold 2003) möglich sind.

Auch danach sind indes nicht alle im Leibgedächtnis gespeicherten Inhalte bewusstseinsfähig oder Belastendes, Traumatisches, Schmerzhaftes, das die Entwicklung von Wertlosigkeitsempfinden, Selbsthass oder Selbstunsicherheit begünstigt, wird verdrängt und damit aktiv aus dem Bewusstsein gebannt. Je vielfältiger nun dieser „*informierte Leib*“ (Petzold 2003) durch die verschiedenen Sinne aktiviert wird, desto mehr archivierte Informationen können freigesetzt werden. Denn „*Was ,in den Leib hineinverdrängt‘ wurde, muss im Durcharbeiten der Situationen, die eine solche Verdrängung verursacht haben, bearbeitet werden*“ (z.B. Leitner 1991; in Petzold 2003, 874). Bei gegebener Indikation soll mit Hilfe vielfältiger Stimulierung und Erlebnisaktivierung durch Arbeit mit kreativen Medien oder Bewegung eine Anknüpfung an diesen Gedächtnisspeicher ermöglicht werden. Ein solches ganzheitliches Erleben, beinhaltet sowohl Emotionen und Propriozeptionen als auch die inhaltlich-verbale Ebene. In einem Therapieprozess mit richtiger Passung (vgl. Kap. 4.2) können dadurch korrigierende oder alternative Erfahrungen gemacht und internalisiert werden. Intermedialen Quergängen (vom Malen ins Sprechen, vom Tanzen/Bewegen ins Malen und in Worte) wird dabei besondere Aufmerksamkeit zuteil, um Erlebtes sprachlich fassen zu können. I.d.S. zielt der Einsatz kreativer Medien immer auf eine Verbindung von Nonverbalität und Verbalität, da „*Psychotherapie immer mit Versprachlichung seelischer Inhalte verbunden*“ ist (Orth et al. 1993, 105). In einer Art Wechselspiel soll das, was Eindruck hinterliess, Ausdruck finden in Prozessen der Symbolisierung und des Durcharbeitens und zwar auf der körperlichen, emotionalen sowie kognitiven Ebene und auf die jeweilige störungsspezifische Situation angepasst.

Selbstreferentielle Gefühle, ob positiv oder negativ getönt, sind immer mit dem Selbst des Menschen als Leib-Subjekt verbunden und fließen als vielschichtige Konfigurationen von Schemata in entsprechende emotionale Stile ein. Deshalb ist nachnährende, differenzierende oder integrierende Arbeit an den Emotionen von zentraler Bedeutung. In der emotionszentrierten Arbeit werden in der Integrativen Therapie zwei Zugangsweisen unterschieden, die jedoch häufig miteinander kombiniert werden: es wird in einem „*bottom-up approach*“ (Petzold 2003, 633) über Atmung, Haltung Mimik oder Bewegung versucht „*gleichsam vom ‚Boden‘ der Leiblichkeit in die ‚Höhe‘ der Gefühlsnuancierungen und der differenzierten Benennung als kognitivem Moment des komplexen Synergems ‚Emotion‘ zu gelangen*“. Beim umgekehrten Weg kommt man als „*top-down-approach*“ (ebd.) von Gedanken, Vor-

stellungen oder der Imagination zu entsprechenden Gefühlen oder Stimmungen sowie damit verbundenen Ausdrucksformen. Dieser Zusammenhang wird deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass Wertlosigkeitsgefühle oder Versagensängste zu ständiger Verspanntheit und körperlich belastetem Erleben führen können, sowie umgekehrt eine verkrümmte Haltung, ein sich klein machen negative Gedanken und bedrohliche Gefühle auslösen kann. Beide Wege werden sowohl in der Arbeit mit kreativen Medien als auch mit Leib und Bewegung eingesetzt und sollen Stimmungen oder Emotionen prägnanter werden lassen, eine grössere Variabilität von Selbstgefühlen sowie deren Ausdruck ermöglichen.

5.2 Integrative Leib- und Bewegungstherapie

Selbstvertrauen und positives Selbstwernerleben eines Menschen weisen einen starken körperlichen Bezug auf und gründen in der Akzeptanz seines Leib-Seins, im sich Wohlfühlen im eigenen Körper. Umgekehrt können chronische Erkrankungen oder Behinderungen diese positive Konnotation ernsthaft gefährden. Aber auch schmerzlich erlittene Defizite (fehlende liebevolle Blicke und Berührungen), Traumata (Schläge, sexuelle Gewalt), Störungen oder Konflikte können dazu führen, dass das Wahrnehmungspotential des „*perzeptiven Leib*“ (Petzold 2003) ausgeblendet und das Handlungspotential des „*expressiven Leib*“ beschnitten wird, so dass auch die Erinnerungsfähigkeit des *memorativen Leib* eingeschränkt wird. Körperteile oder ganze Körperregionen können durch eine solche Anästhesierung, Dissoziation, Dekarnation oder Entfremdung fühllos werden (vgl. Kap. 3.5). Häufig werden solche Schädigungen des Leib-Selbst auch in einer eingeeengten oder verkrümmten Haltung, einem schlaffen Tonus, z.B. einem weichen Händedruck sowie einer reduzierten Mimik oder Gestik sichtbar, wie dies bei unsicheren, ängstlichen oder depressiven Menschen anzutreffen ist. Der Körper reagiert auf negative Zuschreibungen, auf kalte Atmosphären, auf entwertende Handlungen sowie häufig damit einhergehenden Angst-Stress-Mustern jedoch auch mit muskulären Verspannungen im Zwerchfell, Brust-, Hals- und Beckenbereich und damit verbundenen Beeinträchtigungen des Atems und der Gefässe. Der Leib drückt auf diese Weise unsere inneren Konflikte aus und auch unsere Bewegung trägt die Spuren unserer Erfahrungen über die ganze Lebensspanne.

Da alle psychischen Prozesse aus dem Leib hervorgehen, setzt die Integrative Leib- und Bewegungstherapie denn auch beim Leib an, dem Ort der Schädigung als auch der Heilung. Trautmann-Voigt und Voigt (2005, 379) betonen ebenfalls diesen Aspekt: „*Körperintegrierende tiefenpsychologische Psychotherapie besteht nicht nur in der Durcharbeitung konflikthaften Erlebens, sondern Heilung erschliesst sich häufig in der Anregung, in der Begleitung und im Durchspielen freudiger Vitalitätsaffekte*“. Unterschieden werden im integrativen Ansatz mehrere Modalitäten, die je nach Indikation zum Tragen kommen und häufig miteinander kombiniert werden:

1) Die „*übungsorientiert-funktionale Arbeitsweise*“ befasst sich mit dem Kennenlernen und Beeinflussen der eigenen Leiblichkeit, der Sensibilität, der Entspannungsfähigkeit, Atmung und Beweglichkeit. Diese Vorgehensweise ist immer indiziert, wenn ein „*bewegungspassiver Lebensstil*“ (Orth 1996) vorherrschend ist, was sich in Untersuchungen für „Major Depression“ (z.B. Bosscher 1991; in Van der Mei et al. 1997) bestätigen liess, wonach sich depressive Symptomaten nach Abschluss eines Runningtherapie-Programms deutlich besserten.

2) Die „*erlebnisorientiert-stimulierende Arbeitsweise*“ ermöglicht der Patientin durch kreative und spielerische Anregung und Stimulation neue Formen des Leiberlebens und der Expressivität kennenzulernen, auszuprobieren und neue Ressourcen und Potentiale freizulegen. Dadurch können dysfunktionale Muster zurückgebunden und die Bahnung neuer Muster gefördert werden. Wenn bei Menschen die Ausdrucksfähigkeit reduziert ist, bietet sich diese Vorgehensweise ganz speziell an.

3) Die „*konfliktzentriert-stimulierende Arbeitsweise*“ zielt darauf, bewusste Konflikte oder Belastungen zu klären oder unbewusstes Konflikthaftes aufzudecken, um es im aktuellen Kontext bearbeiten zu können.

Hinzukommen können eine netzwerkorientierte Modalität (Hass, Petzold 1999) oder eine medikamentengestützte Modalität wo dies indiziert ist.

In der Bearbeitung von Selbstwertstörungen sind alle Modalitäten wertvoll, um Wahrnehmungsfähigkeit und Sensibilität für die eigene Leiblichkeit zu erfahren, die Prägnanz leiblicher Grenzen zu fördern, die Ausdrucksfähigkeit zu unterstützen, sowie Ressourcen bewusstzumachen. Dabei ist die Erinnerungsfähigkeit des Leibes wertvoll, denn dadurch kann an positive Atmosphären und Erfahrungen angeknüpft, jedoch auch aktuelles Körpererleben mit früheren negativen Ereignissen in Zusammenhang gebracht werden, um verschütete Selbstaspekte wieder aufzuspüren. Das Vorgehen - sei es nun stützend und nachsozialisierend, ermutigend und entfaltend oder aufdeckend und konfliktzentriert oder miteinander verschränkt - richtet sich nach den Erfordernissen der Patientin und deren Dynamik. So kann eine funktionale Übung in ein erlebnisorientiertes Angebot münden und aus diesem heraus wiederum eine Konfrontation mit Konfliktmaterial und dessen Bearbeitung erwachsen. „*So nimmt das Veränderungsgeschehen häufig die Form einer Spirale an*“ (Hausmann et al. 1996, 49), denn vielfach müssen Probleme, alles Vorhergehende in sich enthaltend, von verschiedenen Seiten angegangen, wiederholt und geklärt werden.

Dem Menschenbild der Integrativen Therapie (Petzold 2003e) entsprechend, muss jede körperbezogene Intervention in eine tragfähige Beziehung und in einen entsprechenden Prozess zwischenleiblicher Begegnung eingebettet sein. Auf diese Weise gelingt es vielleicht, momentanem Befinden Sinn zu verleihen oder das Bewusstsein zu fördern, dass bestimmte Verhaltensweisen ihre Bewältigungsfunktion verloren haben und heute dysfunktional geworden sind. All dies trägt zu leiblicher Bewegtheit, zu grösserer Bewusstheit sowie mehr Ganzheit bei, so dass Versöhnung mit dem eigenen Körper möglich werden kann, was gerade bei Wertlosigkeitsproblemen, Selbstzweifeln und mangelndem Selbstvertrauen oder fehlender Selbstakzeptanz wichtig ist. Auch Trautmann-Voigt und Voigt (2005, 385) betonen, dass Körper- und Leibtherapie v.a. bei *Patienten mit negativem Selbstkonzept, bei Patienten mit undifferenziertem oder verzerrtem Körpererleben, bei Patienten mit Leeregefühlen, psychischen Erschöpfungszuständen oder masochistischen Abwehrmustern, sowie bei Patienten mit Selbstwertkrisen, Selbstabwertungstendenzen und verschobener Wut*“ indiziert ist. Jüngst (2002) gelangte in seiner Studie zu Wirkfaktoren therapeutischen Interagierens zum Ergebnis, dass körpertherapeutisch ausgerichtete Therapien von den Patienten als sehr problemaktualisierend, problem- und zielklärend erlebt wurden. Dieses Ergebnis wird dahingehend interpretiert, dass der Patient durch die Arbeit am und mit dem Körper mit diesem mehr in Kontakt kommt und dadurch Zugang zu seinen inneren Bedürfnissen, Motiven und ursprünglich problematischen Gefühlen findet, sowie seine Kompetenzen erweitern kann. Dies trifft m.E. auch auf die Integrative Leib- und Bewegungstherapie zu und ich werde deren Anwendung anhand verschiedener, für die Arbeit an Selbstwertschädigungen wichtigen Themenbereichen illustrieren.

5.2.1 Selbstwahrnehmung und Selbsterleben

Unsere Wahrnehmung unterstützt uns dabei, uns etwas klarzumachen, uns eine Meinung zu bilden oder eine bestimmte Situation einzuschätzen und in einen bestimmten Sinnzusammenhang zu stellen. Bei Menschen mit Selbstwertproblemen ist diese Fähigkeit häufig eingeschränkt, weshalb vorerst meist die Selbstwahrnehmung und ein differenzierteres Leibbild gefördert und insgesamt eigenleibliches Spüren angeregt werden muss (vgl. Kap. 4.5). Dabei kann auf einfache, basale Übungen zurückgegriffen werden, bspw. sich auf das Ein- und Ausströmen des Atemflusses, im eigenen Tempo ohne willentliche Kontrolle zu konzentrieren. Denn häufig halten gerade selbstunsichere, ängstliche Menschen vor

Schreck den Atem an, was zwar dem Schutz dient, jedoch ebenso dem Verdrängen von Gefühlen. Auch die Wahrnehmung des eigenen Körpers, wie er sich anfühlt, wo sich Verspannungen, Schmerzen oder vielleicht auch ein Wohlgefühl bemerkbar machen, welche Körperteile sich mühelos bewegen lassen, bei welchen das Bewegen erschwert ist etc. fördert eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf sich selbst und dadurch eine Sensibilisierung des eigenleiblichen Spürens.

Frau L. ist wegen eines Streits mit ihrem Mann gestresst und verspannt. Ihre Anspannung ist in den hochgezogenen Schultern, einem etwas nach vorne geneigten Kopf und einer flachen Atmung deutlich sichtbar. Es wirkt so, als ob sie sich kleiner machen und vor etwas hinter ihr Liegendem, Bedrohlichem schützen müsste. Zuerst wird Frau L. angeleitet, ihre Hände auf den Bauch zu legen und zu versuchen in den Bauch zu atmen und dabei zu beobachten, wie sich ihre Hände heben und senken. Dadurch gelangt sie schnell zu einer tieferen, ruhigeren Atmung. Nun soll Frau L. ihre Aufmerksamkeit auf ihre Schulterpartie lenken und hinspüren, was sie dort wahrnimmt. Dadurch wird ihr bewusst, dass sie die Schultern hochzieht und sie spürt ihre schmerzhaft Verspannung in der Schulter- und Nackengegend. Ich fordere sie nun auf, in diese schmerzhafteste Partie hineinzuatmen und dabei mit jedem Ausatmen ein wenig von der Spannung loszulassen. Frau L. atmet einige Male tief und lang in diese schmerzende Stelle hinein, was ihr hilft, sich etwas zu entspannen. Um den Unterschied zwischen Spannung und Entspannung noch mehr zu verdeutlichen, rege ich sie an, die Schultern einige Male maximal hochzuziehen und die Anspannung einen Moment zu halten, um sie dann wieder langsam loszulassen und zu entspannen. Dabei soll sie darauf achten, welche Phase ihr vertrauter ist, welche Auswirkungen die jeweilige Phase auf den Atem hat und ob sich je nach Phase andere Gedanken oder Bilder einstellen. Frau L. kann sich gut darauf einlassen und merkt, dass der angespannte Zustand viel vertrauter ist als der entspannte. Sie nimmt jedoch auch wahr, dass das Hin- und Herpendeln zwischen Anspannung und Entspannung lustvoll sein kann, wenn sie gleichzeitig den Atem fließen lässt und die Schulterpartie nicht krampfhaft festhält. Sie spürt die Kraft in ihrem Körper, die sie sich aufrichten lässt, damit sie offenen Blickes sehen kann, was ihr entgegenkommt und wie sie das auf sie Zukommende bewältigen könnte. Durch solch erlebniszentriertes Explorieren können auch die positiven Aspekte der Spannung erfahren und bewusst werden, die uns i.S. einer positiven Spannkraft beim Zusammenziehen der Muskeln und zielgerichtetem Handeln unterstützt.

Selbstunsicherheit und Wertlosigkeitsgefühle offenbaren sich jedoch auch in der Standfestigkeit, in der Aufrichtung und Haltung, denn allzu oft wurde solchen Menschen der Boden unter den Füßen weggezogen, wurden sie fallengelassen oder nahmen eine Schutzhaltung ein, um sich gegen äussere und innere Verletzungen zu panzern. Häufig zeigt sich dies in unsicherem Gehen und Stehen, in einem nach vorne geneigten Oberkörper, dem Vermeiden von Blickkontakt, jedoch auch in einer zusammengekrümmten, engen Körperhaltung mit herunterhängenden Armen. Daraus wird bereits ersichtlich, dass es in der leib- und bewegungs-therapeutischen Arbeit um das Finden von Bodenkontakt gehen muss, um ein Gefühl von Sicherheit und Getragenwerden zu erfahren, jedoch auch um ein Sich-fallen-lassen sowie um ein Sich-Raum-Nehmen können, um aus der Enge in die Weite und Aufrichtung zu gelangen.

Die Unsicherheit im Gehen zeigt sich bei Frau S. dadurch, dass ihre Fersen den Boden kaum berühren und sie mit den Zehen zuerst auftritt, wobei der rechte Fuss kürzer am Boden ist als der linke. Ihr Blick ist nach unten gerichtet, der Oberkörper leicht nach vorne geneigt. Die Arme liegen am Rumpf an und sind kaum in Bewegung. Der Gang wirkt auf mich, als ob sich Frau T. nicht traut, den Boden zu berühren, als ob ihre Schritte nicht hörbar sein und sie keine Spuren hinterlassen dürfte. Ein Gewicht scheint den Oberkörper nach vorne unten zu drücken, als ob sie sich klein machen müsste und sich schäme, gesehen zu werden. Das Gehen wirkt schwerfällig und der grosse Unterschied der beiden Füße beim Auftreten, lassen das Gleichgewicht instabil werden.

Ich fordere Frau T. auf, sich einen Ort im Raum zu suchen, an dem sie sich wohlfühlt und einige Minuten verweilen kann. Dabei soll sie im Stand den Kontakt ihrer Füße zum Boden wahrnehmen und erspüren, wie sich das Gewicht auf die beiden Füße und auf die verschiedenen Teile des rechten und linken Fusses verteilt, sowie allfällige Unterschiede zwischen beiden Füßen feststellen. Frau T. soll weiterhin mit ihrer Aufmerksamkeit bei ihren Füßen bleiben und sich vorstellen, dass sie ganz breite Entenfüsse hat. Dabei soll sie erspüren, wie sich die Wahrnehmung ihrer Füße sowie der Bodenkontakt verändert und sich einen Moment darauf konzentrieren. Nach dem Stehen wird Frau T. aufgefordert, ins Gehen zu kommen und dabei wieder im Kontakt ihrer Füße zum Boden wahrzunehmen, welcher Teil des Fusses zuerst auftritt, welcher zuletzt und ob es Teile des Fusses gibt, die den Boden überhaupt nie berühren. Auch Unterschiede in der Länge des Kontaktes zum Boden zwischen den beiden Füßen sollen wahrgenommen werden.

Wenn Frau T. darauf aufmerksam gemacht wird, hat sie eine gute Körperwahrnehmungsfähigkeit. Ihr fällt ihre Schwierigkeit auf, ganz ruhig dastehen zu können und sie nimmt dabei ein leichtes Schwanken wahr, das sich

nach der Vorstellung der Entenfüsse legt. Insgesamt bemerkt sie Unterschiede zwischen beiden Füßen differenziert und fühlt sich nach der Übung mehr mit dem Boden in Kontakt, standfester und verspürt ein sicheres Gefühl beim Gehen. Sie merkt auch, dass sich Oberkörper und Kopf aufgerichtet haben und sie Blickkontakt zu mir aufnehmen kann. Sie ist glücklich über diese Veränderung, was sich auch in ihrem offeneren und weicheren Gesichtsausdruck zeigt. Um diese positive Erfahrung zu festigen, üben wir das Stehen, Gehen und die Aufrichtung häufig, damit sich neue Bewegungs- und Ausdrucksmuster bilden können, sowie die Selbstständigkeit wachsen kann.

5.2.2 Kraft, Aggression und Ausdruck

Kraft und Assertivität i.S. von Mut, Beherztheit und Courage (Petzold 2006h) werden von selbstwertschwachen Menschen häufig schlecht wahrgenommen. Stattdessen fühlen sie sich kraftlos, blockiert, hilflos und schwach oder verbieten sich selbst den Ausdruck ihrer Selbstbehauptungsimpulse („*assertive Aggression*“, vgl. Osten 2000), was zu Mustern der Zurücknahme und des Festhaltens führt. Es gilt deshalb, die stärkenden Aspekte von Kraft, Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit, Selbstbehauptung, Vitalität, Ärger, Wut zu betonen und den Zugang zu diesen Potentialen zu fördern. Da das Ausdrücken von Wut, Hass und Aggression Angst und Scham hervorrufen kann, sollte die Therapeutin Kontrolle über das Geschehen behalten, indem sie strukturierte Experimente anbietet und darauf achtet, dass aggressive Impulse nicht selbstdestruktiv werden.

Frau R., eine 33-jährige Lehrerin, erlebte in ihrer Familie generationenübergreifende sexuelle Ausbeutung in frühester Kindheit, die sie relativ gut kompensiert hatte. Die traumatischen Erfahrungen brechen indes wieder auf durch starke Wutanfälle ihres 3 ½ jährigen Sohnes, die Frau R. als grenz-überschreitend erlebt und in ihr extreme Ohnmachtsgefühle, sowie bis anhin nie richtig gespürte Wut und Aggression auslösen. Bis anhin versuchte Frau R. möglichst perfekt zu sein, alles unter Kontrolle zu haben. Sie vermeidet tiefe Gefühle und lebt auf einer emotionalen Schmalspur. Kritik löst Minderwertigkeits-, Schuld- und Schamgefühle aus. Sie spürt zwar Wut auf ihre Mutter, die - selbst Opfer - ihr nicht den entsprechenden Schutz bieten konnte, jedoch nicht auf den Grossvater. Gleichzeitig leidet sie unter Schuldgefühlen aufgrund ihrer „verbotenen“ Aggressionen. Sie hält ihre negativen Gefühle möglichst zurück aus Angst, nicht mehr geliebt zu werden.

Wieder einmal ist Frau R. wütend auf ihre Mutter, die sie immer noch bevormunde, obwohl sie selbst erwachsen sei. Gleichzeitig glaubt sie, nicht wütend sein zu dürfen, um ihre Mutter nicht zu verletzen, die bereits soviel Schlimmes durchgemacht habe. In dieser Situation schlage ich ihr ein kleines Experiment vor. Frau R. gegenüberstehend, fordere ich sie auf, ihre Handflächen an meine senkrecht vor der Brust aufgestellten Handflächen zu legen, um mir mit ihrem Druck zu zeigen, wie wütend sie sei. Sie drückt zuerst nur ganz sanft und beginnt dann fester zu drücken, als sie meinen Gegendruck spürt. Ich fordere sie auf, auch ihre Stimme zu gebrauchen und dabei ihre Wut sprechen zu lassen. Frau R. sagt laut „*Geh' weg! Ich will selbst bestimmen, was mir gut tut, was mir gefällt und was ich brauche*“. Es beginnt ihr Spass zu machen und ich lasse es auch mal zu, dass sie mich wegdrücken kann. Auf ihr Erleben angesprochen, äussert Frau R. ihre Freude, jedoch auch ihre Überraschung über die wahrgenommene Kraft. Positiv habe sie mein Gegendruck berührt, der ihr Sicherheit und Vertrauen gab, dass ich ihre Kraft aushalte und ihrer Aggression etwas entgegenhalten kann. Dadurch habe sie sich beim Gebrauch ihrer Kraft nicht schuldig gefühlt. Ihre Mutter beginne gleich zu weinen, was bei ihr eine Schonhaltung und Rücksichtnahme auslöse.

Auch die Nähe-Distanz-Regulation ist bei selbstwertschwachen Menschen häufig eingeschränkt, was mit einem Selbstgefühl mit wenig Kontur und Prägnanz und mangelhafter Abgrenzungsfähigkeit einhergeht. Wer sich selbst als nicht liebenswert empfindet, dem fällt es denn meist auch schwer, etwas Schützenswertes an sich zu finden. Dementsprechend fühlen sie sich der Aussenwelt gegenüber oft ausgeliefert und hilflos. Gerade in der leib- und bewegungstherapeutischen Arbeit ist hier seitens der Therapeutin viel Sensibilität, jedoch auch Nachfragen gefordert, damit der räumliche Abstand eingehalten wird, der auf die Bedürfnisse der Patientin zugeschnitten ist.

Frau R. kommt aufgewühlt in die Therapie, weil sie sich von einer Kollegin durch offensives Nachfragen drängen liess, mehr von sich preiszugeben, als sie wollte. Sie fühlte sich in die Enge getrieben und schämte sich, entwürdigende Einzelheiten erzählt zu haben. Frau R. lässt sich auf die Anregung ein, mittels Seilen den Raum abzustecken, den sie braucht, um sich sicher zu fühlen. Sie markiert mit verschiedenen Seilen ihren Schutzraum, der beinahe den ganzen Therapieraum umfasst. Sie muss die Grenze so weit weg ansetzen, damit sie noch eine Fluchtmöglichkeit hat, falls jemand ihre Grenze doch überschreiten sollte. Die Kollegin habe ihre Grenze massiv verletzt und dies markiert Frau R. mit einem Stuhl, den sie in den Schutzraum hineinstellt. Sie spürt ihre Aggression als Kloss im Hals, der diesen zuschnürt. Ich fordere sie nun auf, der Kollegin mitzuteilen, wie sie die Situation erlebt hat und stelle mich dabei unterstützend neben sie, wie dies von Frau R. gewünscht wurde. Zuerst stellt sie den Stuhl ausserhalb der Schutzraumbegrenzung nieder und sagt

im Rollenspiel der Kollegin, wie wütend sie deren Verhalten gemacht habe. Durch die Erfahrung, nicht einfach hilflos zu sein, sondern für sich einstehen zu können, konnte sich der Kloss im Hals lösen und Frau R. fühlte sich danach erleichtert.

5.2.3 Zwischenleiblichkeit, Bezogenheit und Grundvertrauen

Wertlosigkeitsgefühle, in welchem Lebensabschnitt sie auch immer auftauchen mögen, führen zu Problemen der Vereinsamung, Ohnmacht und Angst oder rufen ein grundlegendes Verlassenheitsgefühl hervor. In emotionszentrierter Arbeit und der Differenzierungsarbeit der leiblichen Wahrnehmung wird im integrativen Ansatz das Grundvertrauen gefördert. Über nachnährende und nährende leibliche Interventionen, wie gesehen-, gehalten-, gestützt- und getragen-werden sowie über die räumliche Nähe-Distanz-Regulierung wird positives Selbstgefühl aufgebaut und Selbstvertrauen gestärkt. Denn allein die Tatsache, einer schlimmen Situation von tiefer Einsamkeit und Verlassenheit nicht mehr alleine ausgesetzt zu sein, verändert eine bedrohliche Situation. Wichtig ist bei dieser regressionsfördernden Leibarbeit, dass das Erlebte nicht sprachlos bleibt, sondern dafür Worte, Begriffe und/oder Bilder gefunden werden. Ebenso sollte auf guten Bodenkontakt geachtet werden, da der Boden trägt und Halt gibt.

Die massiven Defizite in der emotionalen Zuwendung und Fürsorge, die Frau Z. (vgl. Kap. 5.2.2) gerade in den ersten Jahren ihres Lebens erfuhr, führten dazu, dass im therapeutischen Prozess der zweite Weg der Heilung sehr wichtig wurde. In der halt- und schutzgebenden therapeutischen Beziehung konnte Frau Z. mit der Zeit Vertrauen entwickeln, um schrittweise Zugang zu ihrem tiefen Schmerz über ihre Einsamkeit und Verlassenheit zu finden und diese in einer Leibskulptur auszudrücken (vgl. Kap. 5.3.2). In der darauffolgenden Therapiesitzung weinte Frau Z. stark über das Gefühl, nie geliebt worden zu sein. Ich sass neben ihr, meine Hand lag haltend und tröstend zwischen ihren Schulterblättern, als sich Frau Z. mir plötzlich zuwandte und mich mit beiden Armen fest umschlang. Auch ich hielt sie während einiger Minuten in meinen Armen fest bis ihr Schluchzen langsam verebbte. Danach löste Frau Z. ihre Arme von mir und sagte, dass sie vorher in sich deutlich gespürt habe, dass ihr früher immer jemand gefehlt habe, den sie hätte lieben können. Sie habe daraufhin das starke Bedürfnis empfunden, mich ganz fest zu halten.

Selbstwertstörungen wirken sich auch durch leibliche Entfremdung oder durch verzerrte Körperbilder (vgl. Kap. 3.5) aus. Manchmal sind jedoch die Erfahrungen, die dazu führten, so bedrohlich, dass sie verdrängt werden mussten. Da körperdynamische Prozesse gut auf Gestalten mit Ton oder Malen ansprechen, kann ein Zugang zu diesem verdrängten Material der Leibgeschichte auch durch die projektiven Methoden Integrativer Leib- und Bewegungstherapie gelingen. Dabei wird bspw. der eigene Leib mit Ton geformt, ganze Familienatmosphären dargestellt oder mittels Body-Charts oder relationalen Körperbildern leibliche Geschichte und damit verbundene Gefühle ausgedrückt und spürbar gemacht. *„Es wird ein Milieu bereitgestellt, in dem Ko-inkarnationen gelingen können: die Aufnahme, Verinnerlichung, Verleiblichung benigner Atmosphären, die die Grundlage für neue, tragende Lebensszenen vermitteln“* (Petzold 2003, 884).

Frau K., 39-jährig und Verkäuferin, kam wegen Suchtproblemen, Kontaktstörungen und begleitender depressiver Reaktion in Therapie. Als Einzelkind mit alten Eltern sowie 2 älteren behinderten Geschwistern väterlicherseits auf abgelegenen Bauernhof aufgewachsen, erlebte sie eine einsame Kindheit, mehrheitlich sich selbst überlassen. Zudem wies sie das falsche Geschlecht auf, da sich ihre Eltern einen Jungen als Hoferben gewünscht hätten. Ihre Mutter empfand sie als kalt, nörgelig, dominierend und kontrollierend. Dieser Regentschaft unterzogen sich alle im Hause, in dem eine Art Zweiklassengesellschaft herrschte, da die Geschwister ihres Vaters benachteiligt wurden. Die behinderte Tante wurde von ihrer Mutter immer wieder entwertet und beschimpft. Ihr Vater strich ihr manchmal liebevoll über den Kopf und sie spürte seine Freude an ihr, was jedoch diese an sich bedrückende Atmosphäre nicht aufwiegen konnte. In dieser „Gefühlswüste“ vergrub sie alle Emotionen tief in sich und suchte in Suchtmitteln Entlastung. Sich auf Beziehungen einzulassen, war Frau R. fremd und sie hielt Menschen immer ein Stück fern aus Angst, nicht zu genügen. Sie war überzeugt, nicht lebenswert zu sein und sich Zuneigung erarbeiten zu müssen.

Diese düstere Vergangenheit schob Frau R. weit weg und wollte am liebsten nichts mehr damit zu tun haben. Nach längerem, nachnährendem Therapieprozess, der eine Abstinenzhaltung ermöglicht, tauchen vermehrt Stimmungen aus der Kindheit auf: die kalte, düstere Atmosphäre, das vergiftete Klima der Tante und dem Onkel gegenüber, Gefühle von Einsamkeit, Leere und eine grosse Trauer. In Traumfetzen erinnert sie schreckliche Kindheitserinnerungen. Sie sieht sich in ihrer Kinderwelt als kleines, hilfloses Mädchen einer übermächtigen, rechthaberischen Mutter gegenüber. Im relationalen Körperbild (Abb.1) stellt sie sich neben dieser gewaltigen, alle und alles dominierenden Mutter dar. Die männlich wirkende Gestalt unterstreicht deren

Bedrohlichkeit und Mächtigkeit. Die düstere Farbe symbolisiert die drückende Atmosphäre. Der rote, drohend erhobene Zeigefinger steht für die Rechthaberei ihrer Mutter, die immer das letzte Wort hatte und alle rumkommandierte. Sie ist ganz klein und verlassen daneben und wirkt verloren. Der Blick der Mutter ist nicht auf sie gerichtet. Das kleine Mädchen schaut zwar auf die Mutter, kann jedoch deren Gesicht nicht sehen. Eine erschreckende Unbezogenheit und Kälte kommt zum Ausdruck, die keinen Platz liess für Wachstum, für Weiblichkeit, für die Entwicklung von positivem Selbstwerterleben. Ihre Spontaneität und Lebendigkeit wurden unterbunden. Der weisse Hintergrund unterstreicht die Beziehungslosigkeit, die Leere, die sich zwischen beiden Gestalten ausbreitet. Damit wird auch schon deutlich, dass im weiteren Therapieprozess sowohl Wahrnehmung als auch Ausdruck gefördert werden müssen durch vielfältige Übungen, Bewegungsarbeit, Rollenspiele etc., damit die Enge geweitet, der Blick geöffnet, Kontakt möglich werden kann. Es wird jedoch auch um Trauerarbeit über diese ungut verlaufenen Beziehungen gehen müssen, sowie um weitere korrigierende Erfahrungen, liebevolle Ansprache und körperliche Berührungen i.S. des „zweiten Weges der Heilung“, damit die Therapeutin als positiveres, offeneres und bezogeneres Frauenbild verinnerlicht werden kann.

5.3 Arbeit mit kreativen Medien

Da der Schatz unserer Erfahrungen in unserem Leib gespeichert ist, geht nichts verloren, auch wenn uns nicht alles greifbar vor Augen steht, sondern manche Erinnerungen bereits etwas verblasst oder ganz in Vergessenheit geraten sind. Um diese verschütteten Quellen zu ergründen und „um das schöpferische Selbst [von, dk] Menschen besser zu erschliessen, das „Selbstgefühl“, und die „Selbstgewissheit“, „Selbstwertgefühle“, Selbstzweifel, Selbsterkenntnis und Selbstverständlichkeit zu fördern“ (Orth et al. 1993, 102), verwendet die Integrative Therapie häufig kreative Medien. Sie werden jedoch auch eingesetzt, um verschiedene Aspekte der Persönlichkeit zu explorieren, bspw. basale Ich-Leistungen (Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Fühlen, Wollen, Handeln, Kommunizieren, Synthetisieren) mittels des „Ich-Funktions-Diagramms“ zu erfassen, die „fünf Identitätssäulen“ (Leiblichkeit; Soziales Netzwerk; Arbeit, Leistung, Freizeit; Materielle Sicherheiten; Werte) in den Blick zu nehmen, oder die in uns tönenden Stimmen der „Inneren Beistände und Inneren Feinde“, basierend auf Beziehungen und Erfahrungen mit wichtigen Menschen, aufkommen zu lassen (vgl. Orth 1994; Petzold et al. 1994; Petzold 2003). Ein solcher Einsatz von kreativen Medien ermöglicht PatientInnen, nebst Fehlendem, Konflikthaftem oder Belastendem auch Ressourcen und Potentiale besser zu erkennen, seien es nun wohlwollende, förderliche Menschen aus der eigenen Lebensgeschichte, stützende Atmosphären oder eigene Kompetenzen und Performanzen, auf denen aufgebaut werden kann.

Im Prozess des Gestaltens verschaffen sich nebst bewussten Aspekten auch unbewusste und vorbewusste emotionale, motivationale oder kognitive Anteile Ausdruck. Aufgrund dieses grossen „Stimulierungspotentials“ (Petzold 1994) ist es beim Einsatz von Medien wichtig, dass die Überlegungen der Therapeutin, weshalb gerade dieses bestimmte Angebot gemacht wird und was sie sich davon erhofft, für die PatientInnen transparent ist. Dadurch soll Selbstermächtigung und Mitverantwortung gefördert und gerade bei selbstwertschwachen Menschen häufig anzutreffenden, biographischen Abhängigkeitsmustern entgegengewirkt werden. Auch sollte sorgfältig auf die psychische Stabilität der Patientin geachtet werden, da die Fülle des hervorgebrachten Materials labilisieren kann. Die ins Thema einführende Entspannungsübung und bewusst offen gehaltene Anleitung dient dazu, einen potentiellen Projektions- und Übertragungsraum entstehen zu lassen, worin Atmosphären und Stimmungen auftauchen und verdrängte Szenen erinnert werden können. Im Anschluss daran malt oder formt die Patientin die Bilder, die sie gesehen oder die Stimmungen, die sie empfunden hat. Bereits dem Gestaltungsprozess, der sich in Mimik, Gestik, Wahl von bestimmten Farben, Figuren oder Symbolen, sowie in der Intensität der Aktivität äussert, wird Beachtung geschenkt, da das intuitive Erfassen der Gestalterin zu einer Vielzahl von Eindrücken führt, die ebenfalls therapeutisch ausgewertet werden können.

In einem gemeinsamen Auslegungs-, Verstehens- und Integrationsprozess von Patientin und Therapeutin wird allen Eindrücken, sowie der inneren Resonanz auf das fertige Bild nochmals nachgespürt, um das Erlebte und Erfahrene erstmals in einen Satz oder Bildtitel

zu fassen. Die persönlichen, individuellen Bedeutungen des Dargestellten werden korrespondierend gesucht und die Therapeutin lädt allenfalls durch eigene Anregungen dazu ein, darüber nachzudenken und nachzuspüren. Die Betrachterin schaut aus exzentrischer Position auf ihr Bild als Projektion ihrer inneren Bilder, Vorstellungen, Stimmungen und Gefühle. Sie kann darauf reagieren, sich damit identifizieren und ev. aus einer gewissen Distanz auch Akzentverschiebungen oder neue Bewertungen vornehmen. Bedrohliches kann einen Teil seines Schreckens verlieren, und handhabbarer werden, wenn es auf diese Weise nach aussen gestellt wird. Das Gefühl des Ausgeliefert-Seins, der Ohnmacht vermag so einer Hoffnung zu weichen, dass Probleme bewältigbar sind. Der schöpferische Prozess regt die Sinne an, lockert meist die Affektkontrolle und kann dazu beitragen, emotionale Aspekte prägnanter werden zu lassen. Das Gestalten an sich stiftet Sinn und kann eine heilende, selbstwertstärkende Wirkung entfalten. Durch die Arbeit mit diesen projektiven kreativen Mitteln können wir vom Wahrnehmen und Begreifen des Materials über das Ausdrücken, Formgeben und Gestalten zu einem Erfassen, Verstehen des Tuns, des Entstandenen und von uns selbst gelangen. Die folgenden Beispiele sollen dieses Vorgehen veranschaulichen.

5.3.1 Selbstbild

Obwohl das Selbst für die meisten Menschen schwer zu fassen ist, kann es sich in einer Art Selbstgefühl, einer Gewissheit manifestieren: ich bin so, das macht mich aus oder das unterscheidet mich von andern. Grundlage dazu bilden die erlebten Geschichten, Interaktionen, Episoden und Handlungsfolgen während der ganzen Lebensspanne. Solche Selbstbildnisse *„nutzen die Möglichkeit des Symbolischen, das komplette Wirklichkeiten zusammenballt, verdichtet, das vielfältige Szenen aus der persönlichen Biographie – und diese ist immer auch Entwicklungsgeschichte -, schwer fassbare Atmosphären, Stimmungen, Selbstempfindungen, Tönungen des Selbstgefühls, Lebensgefühle zusammenfasst in einem Sinn-bild, in dem sich das Selbst präsentiert“* (Orth et al. 1993, 102). Diese Selbstdarstellung verdeutlicht, wie sich eine Person kreativ mit sich selbst, ihrem Leben und den bestimmten Gegebenheiten ihres Lebenszusammenhangs auseinandersetzt. Was jemand differenziert und integrierend wahrgenommen hat, was einen Eindruck hinterliess, findet dadurch Ausdruck. So gelingt es möglicherweise, das symbolhaft Dargestellte zu desymbolisieren und aus innerer Resonanz Zugang zu finden zu Situationen und Menschen, die zu Verletzungen des Selbstwertes beitrugen und dadurch verhinderten, dass sich ein starkes Selbstgefühl ausbilden konnte. Oder es lädt ein, sich mit den verschiedenen Aspekten seines Selbstbildes auseinanderzusetzen, um abgespaltene Anteile besser integrieren oder auch ursprünglich negativ bewerteten Anteilen Positives abgewinnen zu können, sowie sich mit einem hohen Selbstideal zu befassen. All dies trägt dazu bei, dass sich das Selbst besser konturieren und die Identität mehr festigen kann.

Frau M., 22 Jahre, begann die Therapie nach Ausbildungsabbruch im dritten Lehrjahr und begleitender depressiver Reaktion. Frau M. wirkt unsicher, aggressionsgehemmt, traut sich selbst wenig zu und spricht mit leiser, lieber Stimme. Schnell wird deutlich, dass die Unsicherheit, ihre Ängstlichkeit mit einhergehendem Vermeidungsverhalten ein erlerntes Muster von Hilflosigkeit ist, denn die Klientin wuchs von ängstlicher Mutter überbehütet auf und wurde von allem Negativen ferngehalten. „Wie Vater“ ging sie möglichst allen Konflikten aus dem Weg und passte sich übermässig an. Seit zwei Jahren wohnt Frau M. mit ihrem Freund zusammen, der sie bei neuen Schritten unterstützt und ermutigt. Frau M. verfügt über eine gute Introspektionsfähigkeit, lässt sich intensiv auf den therapeutischen Prozess ein, versucht gemeinsam Erarbeitetes in ihrem Alltag umzusetzen, so dass ihr Selbstwert bereits etwas gestärkt wurde. In dieser Phase gingen wir mittels des „Selbstbildes“ (Abb. 2) auf die Suche nach den prägenden Beziehungen und Erfahrungen ihrer Lebensgeschichte, den unterschiedlichen positiven und negativen Faktoren, um sie noch prägnanter werden zu lassen. Gemeinsame Auswertung: Der Stuhl beinahe im Zentrum des „Selbst“ versinnbildlicht das Selbstvertrauen, eine Art Kern des Selbst, das noch sehr brüchig ist. Der dunkelblaue Rahmen steht für die elterliche Überfürsorge, die schützt und alles Negative weghält; der hellblaue Rahmen deutet darauf hin, dass sich der Schutzschild bereits etwas lichtete. Von rechts kommt die Sonnenseite ins Bild mit den Händen und Herzen, die für ihre Beziehungen und ihre diesbezüglichen Fähigkeiten stehen: „ich bin verlässlich und treu, wenn ich jemanden gernhabe“. Der Mund drückt aus, dass sie offener und insgesamt optimistischer geworden ist durch ihren Freund, dass sie mehr redet und mitteilt, wie es ihr geht. Das Ohr symbolisiert ihre Sensibilität und ihre Fähig-

keit, zuhören zu können. Das violette Zeichen steht für den ihr wichtigen Satz „ich bin o.k. so wie ich bin“. Von links strömt die schwarze Schattenseite ins Bild: die braunen Augen deuten an, wie scheu, zurückgezogen und allein Frau M. früher war: „*ich habe immer auf den Boden geblickt, habe nicht gewagt, jemandem in die Augen zu schauen*“. Diese Abschottung von der Umwelt verdeutlicht auch die Mauer; das Bröckelnde weist auf eine bereits begonnene Öffnung hin. Die Hände und die Fragezeichen verdeutlichen, wie oft Frau M. andere fragt und keine eigenen Entscheidungen fällt. Sie hatte auch bereits begonnen, sich gegen die einengende mütterliche Fürsorge zu wehren und sich davon abzugrenzen. Die durchgestrichene Hand symbolisiert eine sich anzeigende Veränderung dieses Musters. An dieser Stelle kommt im Nachgespräch Trauer auf über ihre extreme Anpassung während der Kindheit und Jugendzeit und den vielen verpassten Gelegenheiten, Neues zu entdecken und auszuprobieren. Die Licht- und Schattenseite wirken relativ unverbunden miteinander und versinnbildlichen die mangelhafte Integration der als negativ empfundenen Selbstopaspekte. Der Titel „*Momentan*“ drückt für Frau M. die Wichtigkeit aus, sich weiterentwickeln zu können, autonomer zu werden, sich selbst mehr zuzutrauen und sich mehr zu akzeptieren mit Stärken und Schwächen.

5.3.2 Persönlichkeitsinventar: Innere Kinder und Kinderländer

Ein Verständnis zu erhalten für die Erfahrungen in Kindheit und Jugend mit den darin enthaltenen guten und protektiven, sowie belastenden und schädigenden Einflüssen, ist in jedem Therapieprozess wichtig. Mittels des Persönlichkeitsinventars "*Innere Kinder und Kinderländer*" kann "*Zugang zu Ressourcen, Mangelenerfahrungen und Fixierungen und Aufschluss über 'Nachwirkungen' gewonnen werden*" (Petzold 1994, 382). Dies ist deshalb zentral, da aus integrativer Sicht nebst pathogenen Stimulierungen (vgl. Kap. 3.1) auch Vorhandensein oder Abwesenheit von Entlastungs- und Schutzfaktoren, und zwar auf die ganze Lebensspanne bezogen, zur Entstehung von psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen beitragen. Schöne und freudige Kindheitserlebnisse, Erfahrungen von Sicherheit und Geborgenheit oder Erinnerungen an unbeschwertes Spiel prägen unser Lebensgefühl tiefgreifend. Bei Selbstwertproblemen kann das Aufspüren solcher aufbauenden Quellen zu positiverem Selbsterleben verhelfen, Umdeutungen bzw. Neubewertungen ermöglichen und Selbstvertrauen stärken.

Dieses Vorgehen kann jedoch auch genutzt werden, um dem Schrecken „ein Gesicht“ zu geben, um auszudrücken, was aus Angst, Scham und Verzweiflung zurückgehalten wurde. Bei Patientinnen mit niedriger Ich-Stärke, tiefem Misstrauen und hoher Ambivalenz ist manchmal ein längerer Therapieprozess notwendig, bis genügend Vertrauen und Bereitschaft vorhanden ist, sich auf die Arbeit mit kreativen Medien einlassen zu können. Solche Grenzen müssen in jedem Fall respektiert werden, da die Patientin erst eine gewisse Stabilität benötigt, um sich auftauchenden bedrohlichen Atmosphären und Gefühlen zu stellen und diese auch aufnehmen zu können.

Frau Z., 40 Jahre, Hausfrau und Mutter dreier Kinder, sucht wegen massiver Eheprobleme und damit einhergehender depressiver Verstimmung um therapeutische Unterstützung nach. Ihr Mann sei anklammernd, eifersüchtig und rechthaberisch. Sie traut sich selbst nicht viel zu, passt sich ihrem Mann übermäßig an, da sie selbst keine Differenz ertragen kann. In dieser symbiotischen Beziehungsstruktur fühlt sich Frau Z. wie in einem goldenen Käfig gefangen und möchte sich trennen, obwohl nach aussen die Fassade einer heilen Familie aufrechterhalten wird. Diese Situation wird vor dem Hintergrund ihrer Geschichte klarer. Ihre Mutter, die Alkoholikerin war, erlebte Frau Z. als unberechenbar, kalt, böse und kontrollierend. Vom häufig abwesenden Vater bekam sie etwas Wärme und Geborgenheit. Häufiger Streit zwischen den Eltern führte jedoch insgesamt zu einer bedrückenden Atmosphäre. Ungehorsam wurde seitens der Mutter mit tagelangem Schweigen, seitens des Vaters mit Schlägen bestraft. Als Nachzüglerin mit zwei älteren Schwestern, die früh ausgezogen waren, sei sie überbehütet und gleichzeitig an Zügeln geführt worden. Auf diese Weise konnte Frau Z. sich nur den Erwartungen der Eltern anpassen. Ihre Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse wurden von den mit sich beschäftigten, unempathischen Eltern zu wenig wahrgenommen, was bei Frau Z. zu einer emotionalen Verunsicherung und Verarmung führte. Deshalb galt es in einer längeren Therapiephase, die Wahrnehmung von sich selbst, ihrer Gefühle und Bedürfnisse zu fördern, damit sich Frau Z. selbst mehr zutraute, sich besser steuern lernte und autonomer wurde.

Nach der Trennung von ihrem Mann, tauchen bei Frau Z. vermehrt diffuse Angstgefühle und bedrohliche Atmosphären aus ihrer Kindheit auf, die nicht richtig fassbar sind. Beim Eindunkeln wird sie von starken Ängsten heimgesucht. Sie fühle sich dann jeweils schwindlig und als ob ihr der Boden unter den Füßen weggezogen werde. Sie erinnert sich an starke Angstzustände, wenn sie als ca. neun-jähriges Kind im Haus zurückgelassen wurde und alleine hätte einschlafen sollen. Um diese Atmosphären prägnanter werden zu lassen, gestaltet Frau Z. eine Leibplastik aus Ton und Gips (Abb. 3). Die zerbrechlich wirkende Gestalt mit der gekrümmten

Haltung offenbart ein grosses Schutzbedürfnis. Allein auf sich gestellt, einsam und verlassen, scheint dieser Mensch sich selbst aufgegeben zu haben, als ob jede Anstrengung zuviel ist. Bei Frau Z. löst das Betrachten der von ihr gestalteten Figur eine tiefe Traurigkeit aus. Schluchzend sagt sie: *„Ich habe mir immer eine Mutter mit Herz gewünscht. Stattdessen war sie nur kalt und böse“*. Das rote Herz symbolisiert das Fehlende, das was sich Frau Z. immer vergeblich gewünscht hatte. Dieses ungestillte Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung, dieser Mangel an Beziehung und Präsenz, die sie durch ihre Alkoholikerin-Mutter erfahren hat, muss nicht nur betrauert, sondern im Rahmen der Therapie durch korrigierende Erfahrungen nachgenährt werden. Denn damit ein Boden entsteht, der trägt, müssen liebevolle Blicke, wertschätzende Zuschreibungen, nährende, haltgebende Berührungen leiblich-konkret erfahren werden können.

5.3.3 Emotionale Differenzierungsarbeit

Die Arbeit an selbstreferentiellen Emotionen und Kognitionen erfordert immer wieder, damit verbundene Lebensgefühle oder Grundstimmungen aufzuspüren, sowie einseitige oder fixierte *„emotionale Lagen“* (Petzold 2003) aufzuweichen, damit verschiedene Selbstgefühle oder Stimmungslagen differenzierter und intensiver wahrgenommen werden können. Dazu sind *„physiologische, psychologische, kognitive und soziale Dimensionen zu beeinflussen, indem in der therapeutischen Arbeit Prozesse in Gang gesetzt werden, die zu Ereignissen von ‚vitaler Evidenz‘ führen, die wir als ‚Synergie von körperlichem Erleben, emotionaler Erfahrung, rationaler Einsicht und sozialer Bedeutsamkeit‘ definieren“* (ebd., 633). Damit aufgedeckte Gefühle erlebt, ausgedrückt, geteilt, ausgehalten und integriert werden können, ist ein sicherer Raum sowie eine vertrauensvolle, akzeptierende Beziehung unerlässlich. Denn um positives Lebensgefühl aufzubauen, sowie Selbstvertrauen und Selbstwerterleben zu stärken, werden nicht nur positive, verbale und nonverbale Zuschreibungen benötigt, sondern auch eine über längere Zeit erfahrene, eindeutige Wertschätzung. Auf diesem tragfähigen Boden gilt es im therapeutischen Prozess dann, wieder Vertrauen ins eigene Fühlen und Spüren zu erlangen, und die Ausdrucksfähigkeit zu fördern.

Frau R. lernt durch Bewegungsarbeit, Übungen zur Expression, ich-stärkenden Grenzsetzungen (vgl. Kap. 5.2.2) sowie bestätigendem Blickkontakt und wertschätzender Attribuierung allmählich, Wut und Ärger auszudrücken, den dahinterliegenden Schmerz zu spüren und ihre Trauer zuzulassen. Dadurch gelingt mit der Zeit eine immer grössere Affektdifferenzierung und -steuerung. Das *„Wut- und Ressourcenbild“* (Abb. 4) verdeutlicht diesen Prozess der Differenzierung und Integrierung beispielhaft.

Für ihre eingeschlossenen Aggressionen, die sie v.a. in der Bauchgegend spürt, findet Frau R. das Bild eines *„Dampfkochtopfes“*. Ihre nach innen gelenkte Wut sieht sie in Zusammenhang mit ihrem Selbsthass. Sie malt ihre Aggressionen als rote Wurzel, die sie festigen und ihr Stand verleihen. Die Wurzeln gehen in einen mit *„Wutblumen“* behängten Baum über. Ein den Baum umbrandender, schwarz/brauner Strudel symbolisiert die negativen, depressiven Gefühle. Die *„zerstörerische Wut“* deckt sie mit einem *„depressiven Deckel“* zu. Die Wut wandelte sich im Erleben von Frau R. indes bereits zu einer positiven Kraft, die ihr Standfestigkeit verleiht und ihr hilft, sich vermehrt für sich selbst einzusetzen. Über dem *„Deckel“* geht der *„Wutbaum“* deshalb in eine ressourcenorientierte, farbige Landschaft über mit einem Baum, auf dem sich Vögel (Menschen) niederlassen und die Sonne über einem Meer mit springendem Delfin scheint. In ihrem Kommentar drückt Frau R. ihre Entwicklung treffend aus: *„Wenn ich meine Wut zulasse und nutze, vergeht sie auch wieder (die Blüten fallen ab) und ich werde beziehungsfähiger, lebendiger, passe mich weniger an und fühle mich durch Kritik oder Abgrenzungen nicht mehr so minderwertig“*.



Abb. 1: Frau K



Abb. 2: Frau M



Abb. 3: Frau Z



Abb. 4: Frau R

6. Zusammenfassung

Zusammenfassend versuche ich, einen Bogen zu spannen zwischen den grundlagenpsychologischen Konzepten und Konstrukten des Selbstwertes der Kapitel 1 und 2 und dem

Praxisteil der Kapitel 4 und 5. Das Kapitel 3 verknüpft als Bindeglied Selbstwertprobleme mit ausgewählten psychischen Störungsbildern. Dabei zeigt sich, dass diese häufig symptomatisch von Selbstwertproblemen in Form von Wertlosigkeitsgefühlen, mangelndem Selbstvertrauen, fehlender Selbstakzeptanz oder auch eingeübten Mustern wie erlernter Hilflosigkeit begleitet werden. Auch eine zu hohe Selbstwertschätzung mit Grössenvorstellungen, sowie Inkonsistenzen zwischen verschiedenen Selbstkonzepten können bei bestimmten Störungsbildern eine Rolle spielen. Psychotherapeutisch relevant werden v.a. die zwei Extrempole der zu hohen oder zu niedrigen Selbstwertschätzung. An der Schnittstelle von Emotion, Kognition und Motivation liegend, übt der Selbstwert auf unser Denken, Fühlen und Verhalten einen zentralen Einfluss aus. Deshalb kommt dessen Bearbeitung und Veränderung in vielen Therapieprozessen eine entsprechende Wichtigkeit zu.

Es konnte m.E. in den vorangehenden Kapiteln herausgestellt werden, dass Faktoren, die zur Entwicklung von positiven Selbstgefühlen beitragen, auch für die therapeutische Bearbeitung von Selbstwertproblemen herangezogen werden können. Eine konsequente Fokussierung auf Ressourcen und protektive Faktoren (vgl. Kap. 4.3, 4.4), sowie die Verinnerlichung positiver, korrigierender emotionaler Erfahrungen (Kap. 4.2f.) bieten sich an, um Resilienzen und positive Selbstgefühle zu bilden, negative Selbstgefühle zu vermindern und die Selbstregulation insgesamt zu verbessern. Die Annahme, dass verinnerlichte Wertschätzung, die ein Kind von bedeutsamen anderen erhält, den Grundstein für die eigene Wertschätzung legt (vgl. Kap. 1.2.1, 1.2.2), führt dazu, dass sich eine Therapeutin auch von der Patientin einfühlen lassen sollte. Solche „*face-to-face-Interaktionen*“ (Petzold et al. 1995) und Blickdialoge ermöglichen PatientInnen ebenfalls, Empathie und Perspektivenübernahme zu erlernen und zu üben. Für solche Spiegelungs- und Resonanzphänomene bilden Spiegelneurone (vgl. Kap. 1.2.3) die neurobiologische Grundlage. Der Beziehung bzw. der Beziehungsgestaltung (vgl. Kap. 4.2, 4.2.1) sollte deshalb in jedem Psychotherapieprozess ein zentraler Platz eingeräumt werden. Der intersubjektive Ansatz der Integrativen Therapie wird diesem Anspruch gerecht, indem eine auf wechselseitiger Empathie, Wertschätzung und Respekt beruhende Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Therapeutin und Patientin neue, konstruktive Erfahrungen ermöglicht. Eine solche Wechselseitigkeit der Kommunikation und Interaktion wirkt verstärkend auf Lern- und Entwicklungsprozesse ein, was sich durch neuere Säuglings- und Entwicklungsforschung bestätigen liess. Positive Zuwendung mit entsprechendem emotionalem Erleben in einer tragenden Beziehung werden von PatientInnen oft als wirksamer empfunden als das Aufspüren von Traumata oder Defiziten. Gleichzeitig unterstützt die intersubjektive Beziehungsgestaltung, in der die Patientin in die Interventionsplanung und Zielformulierung eingebunden ist, die Entwicklung von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit.

Dem biopsychosozialen Ansatz der Integrativen Therapie folgend, wird davon ausgegangen, dass nebst genetischer Disposition und einer wechselseitigen Beeinflussung mit der sie umgebenden Umwelt Menschen in der Lage sind, aufgrund eigener Entscheidungen, ihres Verhaltens und gezielter Handlungen ihre Entwicklung über die ganze Lebensspanne mitzugestalten (vgl. Kap. 1.2ff.). Unser Denken und Empfinden wie auch unsere Informationsverarbeitung und Verhaltenssteuerung hängt stark von unserer Selbstbewertung und Selbsteinschätzung ab. Sozialpsychologisch spielt hier das Konzept der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977, vgl. Kap. 2.1) eine wichtige Rolle, das sich darauf bezieht, ob jemand überzeugt ist, aufgrund eigener Handlung ein angestrebtes Ziel tatsächlich zu erreichen. Die psychotherapeutische Relevanz der Selbstwirksamkeit zeigt sich darin, ob sich PatientInnen die aktive Mitwirkung an einem Veränderungsprozess zutrauen und seitens der Therapeutin im Glauben an einen Therapieerfolg (vgl. Kap. 4.2). Da gerade bei selbstwertschwachen Menschen die Wahrnehmung eigener Fähigkeiten schlecht ausgeprägt ist und sie Erfolge eher anderen zuschreiben als sich selbst (Attributionstheorie, vgl. Kap. 2.1), gilt es deshalb häufig, ihre Aufmerksamkeit auf positive Kompetenzen und Performanzen zu

lenken und diese einzuüben (vgl. Kap. 4.3ff), um dadurch ihre Kontrollüberzeugung zu stärken. Denn damit Selbstwert und Selbstvertrauen gestärkt werden können, muss Positives auch wahrgenommen und positiv bewertet werden.

Trotz aller aktiver, absichtlicher Selbstgestaltung sind Menschen soziale Wesen und auf Interaktionen mit andern angewiesen. Damit sich eine Identität entwickeln kann, sind nebst Selbstbildern, die sich ein Mensch über sich macht auch Fremdbilder, deren Bewertung, Einschätzung und Internalisierung notwendig (vgl. Kap. 1.2). Das Streben nach Selbstheit und Zugehörigkeit (vgl. Kap. 1.2.1) weist denn auch auf eine doppelte Bezogenheit des Menschen hin. Einerseits hat er ein ihm innewohnendes Bedürfnis nach Nähe zu andern und Bindung (Affiliation), andererseits jedoch auch ein Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle über das eigene Leben (Reaktanz, vgl. Kap. 4.2.1). Diese Prozesse sind auch für die Ausbildung von Selbstwert zentral, denn die Einschätzung von sich selbst hängt sowohl mit der Bewertung eigener Kompetenzen und Performanzen sowie mit sozialer Wertschätzung und sozialen Vergleichsprozessen (vgl. Kap. 2.3ff) zusammen. Gleichzeitig kann die Selbstwertschätzung in verschiedenen Bereichen variieren und ist über die ganze Lebensspanne, bspw. durch anstehende Entwicklungsaufgaben, lebensgeschichtliche Veränderungen oder Inkonsistenzen in miteinander unvereinbaren Selbstbildern, immer wieder Gefährdungen ausgesetzt. Dies macht Bewältigungsstrategien sowie entsprechende Regulationsprozesse notwendig. Menschen mit niedrigem und instabilem Selbstwert begegnen Belastungen und Bedrohungen häufiger mit defensiven Ausweich- oder Anpassungsstrategien (Vermeidungsschemata), wobei umgekehrt Menschen mit hoher Selbstwertschätzung eher assertive Selbstbehauptungs- und Konfrontationsstrategien (Annäherungsschemata) wählen. Psychotherapeutisch sollten auch dysfunktionale Copingstrategien vorerst positiv gewürdigt und deren Schutz- und Ressourcenpotential herausgestellt werden (vgl. Kap. 4.3), bevor sie vorsichtig angegangen und allenfalls verändert werden können. Eine akzeptierende therapeutische Grundhaltung ist dabei unentbehrlich, denn Wertschätzung, die man von anderen erhält, fördert ebenfalls die eigene Wertschätzung (vgl. Kap. 4.2). Dadurch kann es möglich werden, dass regressive, ängstlich-vermeidende Abwehr- und Bewältigungsmuster, die häufig den schon schwachen Selbstwert noch weiter absinken lassen, zugunsten zupackenderen, selbstbehauptenderen Strategien aufgegeben werden können.

Die grundsätzliche Annahme der Lernfähigkeit und Veränderbarkeit des Menschen (vgl. Kap. 1.2, 2.2), seiner Selbstkonzepte sowie Selbstwerte ist auch für psychotherapeutisches Geschehen relevant, da dieses i.a.R. darauf hinzielt, in unterschiedlicher Intensität und Tiefung einen wechselseitigen Veränderungs- und Entwicklungsprozess in Gang zu setzen. Das dynamische Selbst bildet jedoch auch die Grundlage dafür, dass Menschen in einer Psychotherapie Kognitionen, Emotionen, Motivationen, Volitionen oder Überforderungs- bzw. Stresszustände selbst regulieren lernen können (vgl. Kap. 4.1). Neurobiologische Grundlage dieser Regulation sind das limbische System für emotionale Prozesse und der Neocortex (vgl. Kap. 1.2.3), der mit seinen bewusstseinsfähigen und reflexiven Prozessen, Gefühlsregungen modifiziert, differenziert und lenkbar macht. Aber auch Neurotransmitter- und Modulatorsysteme spielen dabei eine wichtige Rolle. Ich teile die Auffassung des Integrativen Ansatzes, dass alle diese intra- und interpersonalen Regulationsprozesse des Wahrnehmens und Erlebens in unserer Leiblichkeit (vgl. Kap. 5.1, 5.2) gründen, da entsprechende sensorische Stimulierungen vorerst immer unseren Leib mit Informationen versorgen. Aufgrund des Bedürfnisses von Menschen, ihr Selbstwerterleben, ihr Selbstvertrauen und ihre Selbstakzeptanz zu erhalten, bzw. zu schützen, greifen sie auf unterschiedliche Regulationsmechanismen (vgl. Kap. 2.3) zurück, die mit der Wichtigkeit des zu Schützenden zusammenhängen. Die emotionale Selbstbewertung (valuation) ist mit dem Erleben von Über- und Unterlegenheit sowie von Erfolg und Misserfolg verbunden. Sozialpsychologisch sind dafür Konzepte des sozialen Vergleichs (Festinger, 1954) und der Attribution (vgl. Kap. 2.1) relevant. Die kognitive Selbsteinschätzung (appraisal) hängt mit Selbstkon-

zepten sowie Leistungs- und Gütemassstäben für das eigene Handeln zusammen. Psychotherapeutisch können einseitig negativ fixierte Selbstbilder und damit zusammenhängende negative Attribuierungen mit Hilfe von Umbewertungen oder emotionaler Differenzierungsarbeit (vgl. Kap. 4.5, 5.2.3) verändert und dazugehörige negative Selbstgefühle integriert werden. Emotionale Differenzierung und innere Zwiesprache (vgl. Kap. 4.5) können dazu dienen, belastende Emotionen oder Befürchtungen herunterzuregulieren, wodurch Selbstsorge und Selbstbestärkung erlernt und gefördert werden. Wenn aufgrund positiver Erfahrungen, neuer Einsichten oder Bewertungen andere Selbstbilder entstehen können, vergrößert sich die Selbstkomplexität, was dazu beiträgt, Selbstwertbedrohungen besser abpuffern zu können (vgl. Kap. 2.1).

Für Lern- und Regulationsprozesse ist die Neuroplastizität des menschlichen Gehirns und des Nervensystems (vgl. Kap. 1.2.3) zentral, da sich wiederkehrende Erlebenszustände und Beziehungserfahrungen mit entsprechender emotionaler Bewertung in bestimmten neuronalen Erregungsmustern sowie Gedächtnisschemata (bzw. Narrative) festlegen. Daraus formen sich neuronale, vegetative, emotionale und kognitive automatisierte Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Handlungsmuster. Je nachdem, worauf sich solche Lernprozesse und die Verhaltensregulation beziehen, sind unterschiedliche Hirnareale aktiv. Anpassungen oder Umorganisationen synaptischer Verbindungen und Netzwerke bilden sich nur durch bestimmte sensorische und motorische Stimulierungen und aufgrund wiederholter Aktivierungen oder auch besonders intensiver emotionaler Erfahrungen. Die Spezifität der Integrativen Therapie auch mit Hausaufgaben zu arbeiten, kann ebenfalls das Festigen solcher neuer Strukturen fördern. Da nicht alle im Leib gespeicherten salutogenen und pathogenen Inhalte bewusstseinsfähig sind, entwickelte die Integrative Therapie die vielfältig stimulierende und erlebnisaktivierende Arbeit mit kreativen Medien, um damit an diesen Gedächtnisspeicher anzuschliessen (vgl. Kap. 5.1). Ob nun übungszentriert-funktionale, erlebniszentriert-stimulierende oder konfliktzentriert-aufdeckende Modalitäten, nachnährende, ausdrucksfördernde oder differenzierende und integrierende Zugänge im Vordergrund stehen, immer geht es dabei um die Anknüpfung an positive und selbstwertstärkende als auch an schädigende, schmerzhaft und selbstwertschwächende Erfahrungen (vgl. Kap. 5.2–5.3.3). Die Illustrierung mit Fallbeispielen und Bildern macht deutlich, wie mittels dieses kreativen Zugangs positive Selbstgefühle gefördert und negative Selbstgefühle integriert werden können. Gerade diese Verbindung von nonverbalem und verbalem Vorgehen kann eine Weiterentwicklung und Gesundung an Leib, Seele und Geist ermöglichen. In Bezug auf die Selbstwertthematik könnte ein psychotherapeutischer Prozess denn auch dazu führen, mehr im Einklang mit sich selbst, dem eigenen Körper, den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Visionen zu sein, sich selbst zu akzeptieren, zu vertrauen und zu wertschätzen sowie mehr Selbstkontrolle und Handlungsspielraum zu gewinnen. Nicht jede Verletzung ist indes zu heilen und deshalb kann es auch darum gehen, Begrenzungen in schmerzhaftem Prozess anzunehmen, zu akzeptieren und vielleicht kompensieren zu lernen.

7. Literatur

- Abraham, K. (1912). Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. *Zentralblatt für Psychoanalyse* II, 6.
- Ainsworth, M.D.S. & Bell, S. (1974). Mother-infant interaction and the development of competence. In: K. Connely & J. Bruner (eds.), *The growth of competence*. New York: Academic Press.
- Alterhoff, Ch. (2002). Selbstwertstabilisierung als Motiv für die Aufrechterhaltung von klinisch relevanten Störungssymptomen: Die empirische Überprüfung einer „alten“ Hypothese. Osnabrück: Der Andere Verlag
- Ambühl, H. & Orlinsky, D. (1999). Therapieziele aus der Perspektive der PsychotherapeutInnen. In H. Ambühl & B. Strauss (Hrsg.), *Therapieziele*, (.S. 319-334). Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. London; San Francisco: Jossey Bass.
- Arkin, R.M. (1981). Self-presentation styles. In J.T. Tedeschi (Ed.), *Impression management theory in social psychological research*. (pp. 311-333). New York, NY: Academic Press.

- Aron, A., Paris, M. & Aron, E.N. (1995). Falling in love: Prospectiv studies of self-concept change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1102-1112.
- Bachelor, A. & Horvath A. (2001). Kapitel IV Die therapeutische Beziehung. In: M.A. Hubble; B.L.Duncan & S.D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie* (137- 192). Dortmund: Modernes Lernen.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness trainings as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.
- Barret, F.L., Wagner, T.D. (2000): The structure of emotion. Evidence from neurimaging studies. *Current Directions in Psychological Resarch* 2, 79-83.
- Bartels, C. (1998). Heilungserfolg, psychosoziale Adaption und prognostische Faktoren der adoleszenten Anorexia nervosa. Ergebnisse einer prospektiv angelegten 7-Jahres-Katamnese. Marburg: Görich und Weiershäuser.
- Bauer, J. (2006, 9. Aufl.). *Warum ich fühle, was du fühlst*. Hamburg: Hoffmann und Campe
- Baumeister, R.F. (1997). Identity, self-concept and self-esteem. In R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 681-710). San Diego: Academic Press.
- Baumeister, R.F. (1998). The self. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (Bd. 2, S. 680-739). Boston: Mc Graw.
- Baumeister, R.F.; Tice, D.M. & Hutton, D.G. (1989). Self-presentational motivations and personality differences in self-esteem. *Journal of Personality*, 57, 547-579.
- Baumgardner, A.H.; Kaufmann, C.M. & Levy, P.E. (1989). Regulating affect interpersonally: When low self-esteem leads to greater enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 907-921.
- Bayer, U. & Gollwitzer, P.M. (2000). Selbst und Zielstreben. In Greve W. (Hrsg.), *Psychologie des Selbst* (S. 208-225). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Berglas, S. & Jones, E.E. (1978). Drug choice as a self-handicapping strategy in response to non-contingent success. *Journal of Personality and Social Psychology* 36, 405-417.
- Beutler, L.E., Machado P.P. & Allstetter S. (1994). Therapist variables. In: Bergin A.E. & Garfield S.L. (eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th ed. New York: Wiley.
- Blaine, B. & Crocker, J. (1993). Self-esteem and self-serving biases in reactions to positive and negative events: An integrative review. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem. The puzzle of low self-regard* (pp 55-86). New York, NY: Plenum.
- Blakemore, S.-J. & Frith, U. (2006). *Wie wir lernen. Was die Hirnforschung darüber weiss*. München: DVA.
- Bohner, G. (2003, 4. akt. Aufl.). *Einstellungen*. In W. Stroebe, K. Jonas & M. Hewstone (Hrsg.). *Sozialpsychologie: eine Einführung* (265-315). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bohner, G. & Sturm S. (1997). Evaluative Aspekte sozialer Identität bei Frauen und Männern: Vorstellung einer Skala des Kollektiven Selbstwerts in bezug auf das Geschlecht (KSW-G). *Psychologische Beiträge*, 39, 322-335.
- Bosscher, R.J. (1991). *Runningtherapie bij depressie (Runningtherapie bei Depressionen)*. Amsterdam: Thesis.
- Bower, G.H. & Gilligan, S.G. (1979). Remembering information related to one's self. *Journal of Research in Personality*, 13, 404-419.
- Bräutigam, B. (2002). *Muss ich essen? Ein Integrativer Ansatz zur stationären Behandlung bei anorektischen Reaktionen unterschiedlicher Genese*. In *Integrative Therapie* 1, 28. Jg. (5-26). Paderborn: Junfermann.
- Brown, J.D., Collins, R. & Schmidt, G.W. (1988). Self-esteem and direct versus indirect forms of self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 445-453.
- Brunnhuber, S. & Lieb, K. (2000, 4. überarb. Aufl.). *Kurzlehrbuch Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Burgner, D. & Hewstone, M. (1993). Young children's causal attributions for success and failure: „Self-enhancing“ boys and „self-derogating“ girls. *British Journal of Developmental Psychology*, 11, 125-129.
- Buss, AH (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco, CA: Freeman.
- Buss, D.M. (2004). *Evolutionary Psychology: The new Science of the Mind*. Boston: Pearson.
- Buunk, B.P. (2003, 4. akt. Aufl.). *Affiliation, zwischenmenschliche Anziehung und enge Beziehungen*. In W. Stroebe, K. Jonas & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie: eine Einführung* (415-447). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Campbell, J.D. & Lavalley, L.F. (1993). Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-Esteem. The Puzzle of low self-regard* (pp 3-20). New York: Plenum.
- Campbell, K.W. & Sedikides, C. (1999). Self-threat magnifies the self-serving bias: A meta-analytic integration. *Review of General Psychology*, 3, 23-43.
- Choi, I. & Nisbett, R. (1998). Situational salience and cultural differences in the correspondence bias and actor-observer bias. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 949-960.
- Cöllen, M. (1989). *Das Paar. Menschenbild und Therapie der Paarsynthese*. München: Kösel.

- Cooley, C.H. (1902). *Human nature and social order*. New York: Scribner.
- Crocker, J. & Luhtanen, R. (1990). Collective self-esteem and ingroup bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 60-67.
- Davidson, R.J. (2000): *Affective Style, Psychopathology, and Resilience: Brain Mechanisms and Plasticity*. *American Psychologist* 55, 1196-1214.
- Davidson, R.J., Jackson, D.C., Kalin, N.H. (2000): Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin* 126, 890-906.
- De Houwer, J. (2003). Is the IAT a general measure of similarity? 3rd Workshop on Implicit Diagnostics, Bonn, Germany.
- Deneke, F.-W. & Hilgenstock, B. (1989). *Das Narzissmusinventar*. Bern: Huber
- Deusinger, I. (1984). *Die Frankfurter Selbstkonzept-Skalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Dick, A., Grawe, K., Regli D. & Heim P. (1999). Was sollte ich tun, wenn...? Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 31, 2, 253-279.
- Dornes, M. (1994, 5.-6.Tausend). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Dorsch Psychologisches Wörterbuch (1987/1992, 11. erg. Aufl.). F. Dorsch; H. Häcker & K.H. Stapf (Hrsg.). Bern: Huber.
- Duval, S. & Wicklund, R.A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press.
- Epstein, S. (1979). The ecological study of emotions in humans. In: P. Bliner, K.R. Blankstein & J.M. Spiegel (eds.). *Perception of emotion in self and others (47-84)*. New York: Plenum Press.
- Fend H.; Georg, W.; Berger F.; Grob, U. & Lauterbach, W. (2005). Lebensverläufe von der späten Kindheit ins frühe Erwachsenenalter (LifE-Studie. Follow Up). Die Bedeutung von Erziehungserfahrungen und Entwicklungsprozessen für die Lebensbewältigung. Gemeinschaftsprojekt der Universitäten Zürich und Konstanz. In *ZSE* 25. Jg. Heft 1/2005.
- Ferenczi, S. (1982). *Schriften zur Psychoanalyse 2Bde.*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Festinger, I. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Fewer, A., Sieper, J., Petzold, H.G. (2004): *Integrative Therapie und Arbeit mit kreativen Medien in Gruppen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen*. *Integrative Therapie* 4, 337-362.
- Fiedler, P. (1995, 2. überarb. + erw. Aufl.). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlags-Union.
- Fiedler, P. (2004). Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: *Psychotherapeutenjournal* 1, 4-12.
- Filipp, S.H. & Frey, D. (1988). Das Selbst. In K. Immelmann, K.R. Scherer, C. Vogel & P. Schmooch (Hrsg.), *Psychobiologie. Grundlagen des Verhaltens* (S. 415-454). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Filipp, S.H. (2000). Selbstkonzept-Forschung in der Retrospektive und Prospektive. In: Greve W. (Hrsg.), *Psychologie des Selbst* (S. 7-14). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention: Interaktions-Muster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart / New York: Thieme.
- Flaake, K. (1991). Auf eigene Fähigkeiten vertrauen, statt sich „liebervoll“ zurückzunehmen. *Weibliche Adoleszenz und die Bedeutung einer geschlechtsbewussten Pädagogik*. *Paed extra*, 19, 20-25.
- Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Flammer, A. (2005, 3. korr. Aufl.). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*. Bern: Huber
- Fleming, J. S. & Courtney, B.E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.
- Freund, A.M. (2000). Das Selbst im hohen Alter. In Greve W. (Hrsg.). *Psychologie des Selbst* (S. 115-131). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Freund, A.M. & Smith, J. (1997). Die Selbstdefinition im hohen Alter. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 28, 44-59.
- Frey, H.-P. & Hausser, K. (1987). Entwicklungslinien sozialwissenschaftlicher Identitätsforschung. In H.-P. Frey & K. Hausser (Hrsg.), *Identität* (pp 1-26). Stuttgart: Enke.
- Gazzaniga, M.S. (2002). *Cognitive Neuroscience: The Biology of the Mind*. W.W. Norton.
- Gollwitzer, P.M. & Wicklund, R.A. (1985). Self-symbolizing and the neglect of others' perspectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 702-715.
- Gonseth, J.-P. ; Zöller, W. W. (1985). *Figurationen*. Paderborn. Junfermann.
- Grawe, K. (1994). *Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie*. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 3, 357-370.
- Grawe, K.; Regli D.; Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31, 2, 201-225.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Green, R.A. & Murray, E.J. (1973). Instigation to aggression as a function of Self-disclosure and threat to self-esteem. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 440-443.

- Greenier, K.D., Kernis, M.H. & Waschull, S.B. (1995). Not all high (or low) self-esteem people are the same: theory and research on stability of self-esteem. In M.H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp 51-71). New York, NY: Plenum Press.
- Greenwald, A.G. & Banaji, M.R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Greenwald, A.G.; Bellezza, F.S. & Banaji, M.R. (1988). Is self-esteem a central ingredient of the self-concept. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 34-45.
- Greenwald, A.G. & Farnham, S.D. (2000). Using the implicit Association Test to measure self-esteem and self concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1022-1038.
- Greve, W.; Wentura D. & Zisterer, M. (1999). *Dynamiken der Selbst-Stabilisierung im Alter*. Zeitschrift für Medizinische Psychologie (im Druck).
- Greve, W. (2000a). Die Psychologie des Selbst – Konturen eines Forschungsthemas. In Greve (Hrsg.) *Psychologie des Selbst* (S. 15-36). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Greve, W. (2000b). Das erwachsene Selbst. In: Greve (Hrsg.) *Psychologie des Selbst* (S. 96-114). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Greve, W. (2005). Die Entwicklung von Selbst und Persönlichkeit im Erwachsenenalter. In S.H. Filipp & U..M. Staudinger (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie Bd. 6: Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 343-376). Göttingen / Bern / Wien: Hogrefe.
- Hannover, B. (1996). Das dynamische Selbst. Zur Kontextabhängigkeit selbstbezogenen Wissens. Bern: Huber.
- Hannover, B.; Pöhlmann, C. & Springer, A. (2004). Selbsttheorien der Persönlichkeit. In Pawlik K. (Hrsg.), *Theorien und Anwendungsfelder der Differentiellen Psychologie* (S. 317-363). Göttingen: Hogrefe.
- Harter, S., Effectance motivation reconsidered: towards a developmental model, *Human Development* 21 (1978) 34-68.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem. The puzzle of low self-regard*, (pp. 87-116). New York: Plenum Press.
- Hausmann, B. & Neddermeyer, R. (1996). *Bewegt Sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Heatherton, T.F. & Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 895-910.
- Heckhausen, H. (1985). Emotionen im Leistungsverhalten aus ontogenetischer Sicht. In C. Eggers (Hrsg.), *Emotionalität und Motivation im Kindes- und Jugendalter* (pp. 95-132). Frankfurt/M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Heine, S., Kitayama, S., Lehman, D., Takata, T., Die, E., Leung, C. & Matsumoto, H. (2001). Divergent consequences of success and failure in Japan and North America: An investigation of self-improving motivations and malleable selves. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 599-615.
- Hefler, G.; Böhnke, K & Butz, P. (1999). Zur Bedeutung der Familie für die Genese von Fremdenfeindlichkeit bei Jugendlichen. Eine Längsschnittanalyse. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 19, 72-87.
- Heuring, M. & Petzold, H.G. (2003). "Emotionale Intelligenz" (Goleman), "reflexive Sinnlichkeit" (Dreitzel), "sinnliche Reflexivität" (Petzold) als Konstrukte für die Supervision. – Bei www.fpi-publicationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 14/2003.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Higgins, E.T.; Klein, R. & Straumann, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: A psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognition*, 3, 51-76.
- Hirt, E.R.; Zillmann, D.; Erickson, G.A. & Kennedy, C. (1992). Costs and benefits of allegiance: Changes in fans' self-ascribed competencies after team victory versus defeat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 781-796.
- Holodyski, M. (2006). *Emotionen – Entwicklung und Regulation*. Heidelberg: Springer.
- Hoorens, V. & Nuttin, J.M. (1993). Overevaluation of own attributes: Mere ownership or subjective frequency? *Social Cognition*, 177-200.
- Hubble, M.A.; Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2001). Kapitel I Einleitung. In: M.A. Hubble; B.L. Duncan & S.D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 17-38). Dortmund: Modernes Lernen.
- Hüther, G. (1999 3. Aufl.). *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck.
- Hüther, G. & Rüther, E. (2003). Die nutzungsabhängige Reorganisation neuronaler Verschaltungsmuster im Verlauf psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlungen. In: G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (224-234). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Huinink, J., Diewald, M. & Heckhausen, J. (1995). Wendeschicksale nach 1989 und ihr Zusammenhang mit Kontrollüberzeugungen, Kontrollstrategien und dem Selbstwertgefühl. In M. Diewald & K.-U. Mayer (Hrsg.), *Zwischenbilanz der Wiedervereinigung. Strukturwandel und Mobilität im Transformationsprozess* (S. 251-275). Opladen: Leske & Budrich.

- Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) (1993, 2. korr. Aufl.) . H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt. (Hrsg.). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.
- Izard, C.E. (1981). Die Emotionen des Menschen. Weinheim: Beltz.
- Jacobi, C. (1999). Zur Spezifität und Veränderbarkeit von Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Essstörungen. Regensburg: Roderer.
- Jacoby, M. (1999, ppb-Ausgabe). Scham-Angst und Selbstwertgefühl: Ihre Bedeutung in der Psychotherapie. Zürich/Düsseldorf: Walter.
- James, W. (1890/1950). The principles of psychology (authorized edition). New York: Dover.
- Josephs, R.A.; Markus, H.R. & Tafarodi, R.W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 391-402.
- Jüngst, St. (2002). Zur Bestimmung und empirischen Überprüfung ausgewählter Wirkfaktoren psychotherapeutischen Interagierens. Berlin: Logos.
- Kanning, U.P. (2000). Selbstwertmanagement. Göttingen: Hogrefe
- Kast, V. (2003). Trotz allem Ich. Freiburg i.Br.: Herder.
- Keller, H. & Gauda, G. (1987). Eye contact in the first months of life and its developmental consequences. In: H. Rauch & H.Ch. Steinhoenen, *Psychology and early development* (129-143). North Holland: Elsevier Science Publisher.
- Kernis, M.H., Grannemann, B.D. & Mathis, L.C. (1991). Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 80-84.
- Kernis,, M.H. (1993). The roles of stability and level of self-esteem in psychological functioning. In: Baumeister, R.F. (ed.) *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum Press.
- Kircher T. & Leube D. (2005). Ich-Bewusstsein – Konzeptueller Rahmen und neurowissenschaftliche Ansätze. In: C.S. Herrmann; M. Pauen; J.W. Rieger & S. Schickanz (Hg.), *Bewusstsein, Bewusstsein* (S. 270-285). Paderborn: Fink.
- Kohut, H. (1997, 10. Aufl.). *Narzissmus*. stw 175. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Krappmann, L. (1993). Bedrohung des kindlichen Selbst in der Sozialwelt der Gleichaltrigen. Beobachtungen zwölfjähriger Kinder in natürlicher Umgebung. In W. Edelstein, G. Nunner-Winkler & G. Noam (Hrsg.), *Moral und Person*, S. 335-362. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Krause, R. (1995). Psychodynamik der Emotionsstörungen – eine psychoanalytische Perspektive. In: Petzold, H.G. (Hrsg.), *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung* (S. 273-358). Paderborn: Junfermann.
- Kreikebaum, S. (1999). Körperbild, Körperzufriedenheit, Diätverhalten und Selbstwert bei Mädchen und Jungen im Alter von sieben bis dreizehn Jahren. Eine interkulturelle Vergleichsstudie (USA – D) und Längsschnittuntersuchung (D). Dissertation, Philosophische Fakultät, Köln.
- Kruse, O. (1991). *Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung*. Stuttgart: Enke.
- Kuckuck, H. & Polivka, A. (1990). *Mensch ärgert sich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Lehrstuhl Psychologie IV, Universität Bamberg.
- Küchenhoff, J. & Könnecke, R. (1999). Zur Verarbeitung ungewollter Kinderlosigkeit von Männern im Verlauf. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 49 (7), 225-234.
- Kühnen, U., Hannover, B. & Schubert, B. (2001). The semantic-procedural interface model of the self. The role of self-knowledge for context-dependent versus context-independent modes of thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 397-409.
- Lazarus, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist* 39 (124-129).
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1998). Coping from the perspective of personality. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 19, 213-231.
- Laux, L. & Weber, H. (1993). *Emotionsbewältigung und Selbstdarstellung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leary ,M.R., Tambor, E.S., Terdal, S.K. & Downs, D.L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518-530.
- Leitner, A. (1991). Fokaldiagnostik und –intervention bei psychosomatischen Patienten in der Integrativen Therapie. In: *Integrative Therapie* 1-2 (147-155).
- Lester, B.M.; Boukydis, T.B. (1985). *Infant crying. Theoretical and research perspectives*. New York: Plenum.
- Levinas, E. (1989). *Humanismus des anderen Menschen*. Hamburg: Meiner.
- Links, P.S. (1992). Family environment and family psychopathology in the etiology of Borderline personality disorder. In J.F. Clarkin, E. Marziali & H. Munroe-Blum (Eds.), *Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives* (pp. 45-66). New York: Guilford.
- Lurija, A.R. (1992). *Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie*. Reinbek.
- Märtens, M. & Petzold, H. (1998). Diskurs und Ko-respondenz. Wer und Was wirkt Wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie*, 1/1998, 98-110.
- Mahler, M.S.; Pine, F. & Bergmann, A. (1978). *Die Psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Reinbek: Rowohlt.
- Marcel, G. (1978). Leibliche Begegnungen. In: A. Kraus (Hrsg.), *Leib, Geist, Geschichte* (S. 47-73). Heidelberg: Hüthing.

- Markowitsch, H.J. & Welzer, H. (2006, 2. Aufl.). Das autobiographische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Marsh, H.W., Byrne, B.M. & Shavelson, R.J. (1992). A multidimensional, hierarchical self-concept. In T.M. Brinthaup & R.P. Lipka (Eds.), *The self: Definitional and methodological issues*. Albany, NY: SUNY Press.
- Martin, L.L., Tesser, A. (1989): Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In: Uleman, J.S., Bargh, J.A. (eds.): *Unintended thought*. New York: Guilford, 306-326.
- Martin, L.L., Tesser, A. (1996): Some ruminative thoughts. In: Wyer, R.S. (ed.): *Ruminative thoughts*. Mahwah, NJ: Erlbaum. 1-47.
- Marziali E. (1992). The etiology of borderline-personality disorder: Developmental factors. In: J.F. Clarkin, E. Marziali & H. Munroe-Blum (Eds.), *Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives* (pp. 27-44). New York: Guilford.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- McGuire, W.J. & McGuire, C.V. (1991). The affirmational versus negational self-concepts. In J. Strauss & G.R. Goethals (Eds.), *The self: Interdisciplinary approaches* (pp. 107-120). New York: Springer.
- Mead, G.H. (1968). *Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mead, G.H. (1975). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press 1934. dtsh. *Geist, Identität, Gesellschaft*. Frankfurt a..M.: Suhrkamp 1968, 1973, 1975, 1988.
- Mentzos, St. (2001, 3. Aufl.). *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, St. (2002, 5. Aufl.). *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, St. (2003). *Unterlagen Charta Ergänzungsstudium*.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Mertens, W. (1992, 4. verb. Aufl.). *Psychoanalyse*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Metzinger, T. (2005). Die Selbstmodell-Theorie der Subjektivität: Eine Kurzdarstellung in sechs Schritten. In: C.S Herrmann.; M Pauen.; J.W Rieger.; S. Schicktzanz (Hg.), *Bewusstsein*. Paderborn: Fink.
- Müller, L. & Petzold, H.G. (2003). Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. *Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – Ausgabe 08 /2003*. www.fpi-publikationen.de/polyloge.
- Müller, M. (2001). Angst macht krumm. In: *Gestalt Februar 2001* (3-9).
- Newcomp, M.D. & Keefe K. (1997). Social Support, self-esteem, social conformity, and gregariousness: Developmental patterns across twelve years. In: G.R. Priece, B. Lakey, J.G. Sarason & B.S.Sarason (Eds.), *Sorcebook of social support and Personality* (PP 303-333). New York: Plenum.
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (2001, 3. akt. + korr. Aufl.). Arbeitskreis OPD (Hrsg.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Orth, I. (1994). Unbewusstes in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden, kreativen Medien. In: *Integrative Therapie 4* (312-339).
- Orth, I. (1996). Heilung durch Bewegung. Überlegungen zu Diagnostik, Indikation und Therapeutik in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: *Integrative Bewegungstherapie 2*, (44-54).
- Orth, I.& Petzold, H.G. (1993). Zur Anthropologie des schöpferischen Menschen. In: H. Petzold, & J. Sieper (Hrsg.), *Integration und Kreation*. Bd. 1 (93-124). Paderborn: Junfermann.
- Osten, P. (2000, 2. völlig neu bearb.+ erw. Aufl.). *Die Anamnese in der Psychotherapie*. München; Basel: E. Reinhardt.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford University Press.
- Papousek, H. & Papousek M. (1981). Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik 3* (229-238).
- Papousek, H. & Papousek, M. (1987). Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: J.D. Osofsky, *Handbook of infant development* (669-720). New York: Wiley.
- Petzold, H.G. (1974j / 3. Aufl. 1979) (Hrsg.). *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., 1993a. *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie*, Junfermann, Paderborn. Überarbeitete Neuauflage (2003a).
- Petzold, H.G. (1997). Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. In: *Integrative Therapie 4*, (435-471).
- Petzold, H.G. (2001p, revid. 2004). "Transversale Identität und Identitätsarbeit" Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven "klinischer Sozialpsychologie". *Polyloge Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – Ausgabe 10/2001*. www.fpi-publikationen.de/polyloge.

- Petzold, H.G. (2002). Polyloge: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten – eine Sicht Integrativer Therapie und klinischer Philosophie. Polyloge Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Ausgabe 04 / 2002. www.fpi-publikationen.de/polyloge.
- Petzold, H.G. (2003, überarb. + erw. Aufl.1993a). Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie 3 Bände. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002). Teil I, Gestalt 46 (Schweiz) 3-50. Teil II, Gestalt 47, 9-52, Teil III, Gestalt 48, 9-64. (Updating 2006k)
- Petzold, H.G. (2005ö). Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie Materialien zu „Klinischer Wissenschaft“ und „Sprachtheorie“. In: Gestalt 25 / 2005 (17-60).
- Petzold, H.G. (2005r): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosoziales“ Modell und „Arbeit am Menschlichen“. Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. Integrative Therapie 40 Jahre in „transversaler Suche“ auf dem Wege. Krems, Zentrum für psychosoziale Medizin. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit Mimeogr. Erw. (2006b).
- Petzold, H.G. (2006h). Aggressionsnarrative, Ideologie und Friedensarbeit. Integrative Perspektiven. In: Staemmler, F., Merten, R. (2006): Aggression, Zivilcourage. Köln: Edition Humanistische Psychologie 39-72 und in: DGfK Mitgliederrundbrief 1 (2006) 75-99.
- Petzold, H.G. (2006t). „Jugendliche auf den Weg bringen“. Biopsychosoziale, entwicklungspsychologische und evolutionspsychologische Konzepte für „Integrative sozialpädagogische Modelleinrichtungen“. In: Festschrift zum 10-jährigen Bestehen der sozialpädagogischen Jugendeinrichtung von „Liewenshaff“. Merscheid, Luxemburg.
- Petzold, H.G. (2006v). Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. Die „repräsentationale Familie“ als Grundlage integrativer sozialpädagogischer und familientherapeutischer Praxis.
- Petzold, H.G.; van Beek, Y. & van der Hoek A-M. (1995). Grundlagen und Grundmuster „intimer emotionaler Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: H.G. Petzold (Hrsg.), Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2 (491-645). Paderborn: Junfermann.
- Petzold H.G., Goffin J..J..M. & Oudhof , J. (1993). Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: H. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Bd. 1 (173-266). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.; Leuenberger, R. & Steffan A. (1999). Therapieziele in der Integrativen Therapie. In: H. Ambühl & B. Strauss (Hrsg.), Therapieziele (209-250). Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- Petzold, H.G. & Müller, M. (2005a). Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. In: H.G. Petzold (Hrsg.), Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Vlg. für Sozialwissenschaften (in Vorber.)
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1994). Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. In: Integrative Therapie 4 (340-391).
- Petzold, H.G.; Orth, I. & Sieper, J. (2005). Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. Polyloge Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Ausgabe 02 / Jg. 2005. und in: H.G. Petzold, P. Schay & W. Scheiblich, Integrative Suchttherapie Bd. 2 (626-713). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2007): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. Bielefeld: Sirius, Aisthesis (im Druck).
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1966). Die Entwicklung des inneren Bildes beim Kind. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1978.
- Pietromonaco, P.R. & Markus, H. (1985). The nature of negativ thoughts in depression, Journal of Personality and Social Psychology, 48, 799-807.
- Piers, G. & Singer, M. (1953). Shame and guilt. Springfield IL: Thomas.
- Pinquart, Martin und Silbereisen, Rainer K. (2000). Das Selbst im Jugendalter. In: Greve (Hrsg.), Psychologie des Selbst (S. 75-95). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pöhlmann, C; Hannover, B.; Kühnen, U. & Birkner, N. (2002). Independent und interdependente Selbstkonzepte als Determinanten des Selbstwerts. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 33, 2, 111-121.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2004, 2. Aufl.). Selbstzuwendung Selbstakzeptanz Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (1998). Psychotherapie auf der inneren Bühne. In: PTT Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 2 (88-96). Stuttgart: Schattauer.
- Riggio, R.E., Watring, K.P. & Throckmorton, B. (1993). Social skills, social support, and psychosocial Adjustment. Personality and individual Differences, 15, 275-280.

- Rizzolatti, G.; Fogassi, L. & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action, *Nature Review Neuroscience*, 2: 661-670.
- Roeser, R.W. & Eccles, J.S. (1998). Adolescents' perceptions of middle school: Relation to longitudinal changes in academic and psychological adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 8, 123-158.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C. & Schoenbach, C. (1989). Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. *American Sociological Review*, 54, 1004-1018.
- Roth, G. (2003). Wie das Gehirn die Seele macht. In: Schiepek, G. (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (28-41). Stuttgart: Schattauer.
- Rutter, M., Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder, in: *British Journal of Psychiatry* 147 (1985) 598-611.
- Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 557-564.
- Sandmeier, A. (2005). Selbstwertentwicklung vom Jugendalter bis ins frühe Erwachsenenalter – eine geschlechtsspezifische Analyse. In ZSE 25. Jg. 2005, H.1.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1982). Cognition, affect, and self-regulation. In M.S.Clark & S.T. Fiske (eds.), *Affect and cognition. The seventeenth annual Carnegie symposium on cognition* (pp 157-184). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Schiepek, G. (2003). Neurobiologie der Psychotherapie – Ansatzpunkte für das Verständnis und die methodische Erfassung komplexer biopsychischer Veränderungsprozesse. In: G. Schiepek (Hrsg.) *Neurobiologie der Psychotherapie* (1-27). Stuttgart: Schattauer.
- Schlenker B.R. (1980). *Impression management: The self-concept, social identity, and interpersonal relations*. Belmont, CA.: Brooks/Cole.
- Schlenker, B.R. & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Schlenker, B.R. (1987). Threats to identity. Self-identification and social stress. In C.R. Snyder & C.E. Ford (Eds.), *Coping with negative life events* (pp. 273-321). New York: Plenum Press.
- Schütz, A. (1998). Selbstwertdynamik und Selbstwertregulation. Varianten positiver Selbsteinschätzung zwischen Selbstakzeptanz und Arroganz. Habilitationsschrift: Universität Bamberg.
- Schütz, A. (2000). Das Selbstwertgefühl als soziales Konstrukt: Befunde und Wege der Erfassung. In: Greve (Hrsg.): *Psychologie des Selbst* (S. 189-207). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schütz, A. (2003, 2. akt. Aufl.). *Psychologie des Selbstwertgefühls*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulte-Cloos, C. & Baisch, A. (1996). Lebenskraft – Ressourcen im Umgang mit Belastungen... und was Helfer dazu meinen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28, 3, 359-376.
- Self, E. (1990). Situational influences on self-handicapping. In: Higgins, R.L.; Snyder, C.R. & Berglas, S. (eds) *Self-handicapping: The paradox isn't*. New York: Plenum Press.
- Silbereisen, R.K. & Reitzle, M. (1987). Selbstwertgefühl, Freizeitpräferenzen und Drogengebrauch im Jugendalter. In H.P. Frey & K. Hausser (Hrsg.), *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung* (S. 125-138). Stuttgart: Enke.
- Silbereisen, R.K. & Albrecht, (1990). Konstanz und Wandel der Ablehnung durch Gleichaltrige. Untersuchungen bei Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren. In H.C. Steinhausen (Hrsg.), *Das Jugendalter. Entwicklungen, Probleme, Hilfen* (S. 31-46). Bern: Huber.
- Simmons, R.G., Blyth, D., Van Cleave, E. & Bush, D. (1979). Entry into early adolescence: The impact of school structure, puberty, and early dating on self-esteem. *American Sociological Review*, 44, 048-967.
- Smith, E.C. (2004). Aufmerksamkeitslenkung als Wirkfaktor. In: T. Heidenreich & J. Michalak, *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch*. (457-508). Tübingen: dgvt-Verlag
- Snyder, M. (1979). Self-monitoring processes. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 12, pp. 85-128). New York: Academic Press.
- Sorembe, V. & Westhoff, K. (1985). *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung*. Göttingen: Hogrefe.
- Stahlberg, D.; Osnabrügge, G. & Frey, D. (1985). Die Theorie des Selbstwertschutzes und der Selbstwerterhöhung. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien zur Sozialpsychologie, Bd. 3 Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien* (S. 79-124). Bern: Huber.
- Staudinger, U.M. (2000). Selbst und Persönlichkeit aus der Sicht der Lebensspannen-Psychologie. In Greve W. (Hrsg.), *Psychologie des Selbst* (133-147). Weinheim: Psychologie VerlagsUnion.
- Stern, D.N. (1992, 2. Aufl.). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stimmer, F. (1987). Individualistische Ethik und modernes Selbstwertgefühl. In R. Schumann & F. Stimmer (Hrsg.), *Soziologie der Gefühle. Zur Rationalität und Emotionalität sozialen Handelns* (S. 139-155). München: Sozialforschungsinstitut.
- Strack, F. (1988). Social Cognition: Sozialpsychologie innerhalb des Paradigmas der Informationsverarbeitung. *Psychologische Rundschau*, 39, 72-82.
- Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.) (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien, New York: Springer.
- Sullivan, H.S. (1953). *Conceptions of modern psychiatry*. New York: Norton.

- Swann, W.B.Jr. (1990). To be adored or to be known; The interplay of self-enhancement and self-verification. In R.M. Sorrentino & E.T. Higgins (Hrsg.), *Motivation and cognition* (Bd. 2, S. 408-448). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tajfel, H. (Ed.) (1978). *Differentiation between social groups*. London: Academic Press.
- Taylor, S.E. & Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review*, 96, 569-575.
- Taylor, S.E. & Brown, J. (1988). Illusion and well-being: Some social psychological contributions to a theory of mental health. *Psychological Bulletin*, 116, 21-27.
- Tedeschi, J.T. (1981). *Impression management theory and social psychological research*. New York: Academic Press.
- Tedeschi, J.T.; Lindskold, S. & Rosenfield, P. (1985). *Introduction to social psychology*. St. Paul: West.
- Teitelbaum P. & Stricker, E.M. (1994). Compound complementarities in the study of motivated behavior. *Psychological Review*, 101, 312-317.
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (2005). Körpertherapeutische Interventionen im tiefenpsychologischen Setting. In: W. Wöller & J.Kruse, *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*, (S. 376-386). Stuttgart; New York: Schattauer.
- Tröskén, A.K. & Grawe, K. (2004). Inkongruenzerleben aufgrund brachliegender und fehlender Ressourcen. Die Rolle von Ressourcenpotentialen und Ressourcenrealisierung für die psychologische Praxis. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36. Jg. (1), 51-62.
- Tronick, E.Z. (1989). Emotions and emotional communications in infants. *American Psychologists* 2 (112-119).
- Van Aken, M.A.; Asendorpf, J.B. & Wilpers, S. (1996). Das soziale Unterstützungsnetzwerk von Kindern: Strukturelle Merkmale, Grad der Unterstützung, Konflikt und Beziehungen zum Selbstwertgefühl. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 43, 114-126.
- van der Mei, S.H.; Petzold, H.G. & Bosscher, R.J. (1997). Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. In: *Integrative Therapie* 3/1997. 23. Jg. (374-428). Paderborn: Junfermann.
- Vygotskij, L.S. (1922/1978). *Mind in Society. The development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wagner, U. & Zick, A. (1993). Selbstdefinitionen und Intergruppenbeziehungen: Der social identity approach. In B. Pörzgen & E. Witte (Hrsg.), *Selbstkonzept und Identität. Beiträge des 8. Hamburger Symposiums zur Methodologie der Sozialpsychologie* (S. 109-129). Braunschweig: Schmidt.
- Weisensel, M. & Schütz, A. (1998). Fitnessstraining und Selbstkonzept: Eine Feldstudie. *Report Psychologie*, 23, 534-545.
- Wells, L.E. & Marwell, G. (1976). *Self-esteem: Its conceptualization and measurement*. Beverly Hill: Sage.
- Willi, J. (1984). *Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen – Störungsmuster – Klärungsprozesse – Lösungsmodelle*. Reinbeck b. Hamburg: Rowohlt.
- Widiger, T.A. & Trull, T.J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. In P.B. Sutker & H.E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (2nd.ed.; pp.371-394). New York: Plenum Press.
- Wills, T.A. (1986). Discussion remarks on social comparison theory. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 12, 282-288.
- Winnicott, D.W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. Dt.: Ich-Verzerrung in Form des wahren und des falschen Selbst. In: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*.
- Wöller, W. & Kruse, J. (2005, 2. überarb. + erw. Aufl.). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. Stuttgart: Schattauer.
- Wurmser, L. (1997, 3. erw. Aufl.). *Die Maske der Scham*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Zajonc, R.B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39 (117-123).
- Zimmermann, M.A., Copeland, L.A., Shope, J.T. & Dielman, T.E. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 117-141.

Zusammenfassung

Konzept und Konstrukt des Selbstwertes und seine Relevanz für die Psychotherapie

In dieser Arbeit werden i.S. einer Theorie-Praxis-Verschränkung als Erstes unterschiedliche grundlagenpsychologische Konzepte und Konstrukte zu Definition, Entstehung, Theorie, Dynamik und Regulierung des Selbstwertes vorgestellt. Es wird weiter aufgezeigt, dass Selbstwertprobleme symptomatisch viele psychische Störungsbilder sowie Problemverhaltensweisen begleiten. Dabei wird deutlich, dass sowohl zu hohe als auch zu niedrige Selbstwertschätzung klinisch und psychotherapeutisch relevant ist, wobei der Schwerpunkt in dieser Arbeit auf niedrigem und instabilem Selbstwert liegt. Daran anknüpfend, werden auf dem Hintergrund der Integrativen Therapie Möglichkeiten der verbalen und nonverbalen Bearbeitung und Beeinflussung selbstreferentieller Perzeptionen, Emotionen, Kognitionen und Volitionen vorgestellt und mit entsprechendem Fall- und Bildmaterial illustriert.

Schlüsselwörter: Selbstwert, Psychotherapie, Integrative Therapie, Selbstkonzept, Krankheitstheorie

Summary

Concept and construct of self-esteem and their significance for psychotherapy

Interweaving theory and practice, the presented paper deals at first with different psychological concepts and constructs concerning definition, theory, development, dynamism and regulation of self-esteem. Further it shows that problems of self-esteem are often part of mental disorders and problematic behaviour of various kinds. It becomes evident, that very high as well as very low self-esteem is significant for the clinical and psychotherapeutical approach. The main focus of this paper, however, lies on the low and unstable self-esteem showing, on the basis of the theory of integrative therapy, different possibilities of verbal and nonverbal treatment and interventions on self-perceptions, emotions, cognitions and volitions, illustrated with corresponding examples and pictures.

Key words: self-esteem, psychotherapy, integrative therapy, self concept, theory of illness