

Selbstwertbezogene Interventionen

**Lydia Fehm
Anke Weidmann**

Standards der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Selbstwertbezogene Interventionen

Standards der Psychotherapie Band 13

Selbstwertbezogene Interventionen

Prof. Dr. Lydia Fehm, Dr. Anke Weidmann

Die Reihe wird herausgegeben von:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Jürgen Margraf,
Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Die Reihe wurde begründet von:

Martin Hautzinger, Kurt Hahlweg, Jürgen Margraf, Winfried Rief

Lydia Fehm
Anke Weidmann

Selbstwert- bezogene Interventionen



Prof. Dr. Lydia Fehm, geb. 1966. 1987–1993 Studium der Psychologie in Marburg. Anschließend Promotionsstipendium in Dresden und therapeutische Tätigkeit mit Schwerpunkt Angststörungen. 1994–1999 Verhaltenstherapieausbildung und 1999 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin. 1999–2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden. 2000 Promotion. 2005–2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Psychotherapie und Somatopsychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin. 2008 Habilitation. Seit 2008 Ambulanzleitung am Zentrum für Psychotherapie der Humboldt-Universität zu Berlin. 2016 Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin an der Humboldt-Universität.

Dr. Anke Weidmann, geb. 1978. 1999–2004 Studium der Psychologie und Journalistik in Hamburg. 2005–2017 Tätigkeit als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Psychotherapie und Somatopsychologie der Humboldt-Universität zu Berlin. 2009 Promotion. 2007–2012 Ausbildung in Verhaltenstherapie und 2013 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin. 2013–2017 psychotherapeutische Tätigkeit in der Hochschulambulanz der Humboldt-Universität zu Berlin. Seit 2017 Psychologische Psychotherapeutin an der Fliedner Klinik Berlin.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2023

© 2023 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3061-4; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3061-5)

ISBN 978-3-8017-3061-1

<https://doi.org/10.1026/03061-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Problembeschreibung und theoretische Konzepte	4
1.1 Beschreibung und Arbeitsdefinition von Selbstwertproblemen ...	4
1.2 Abgrenzung und Überlappung verwandter Konstrukte	7
1.3 Selbstwertmodelle	10
1.3.1 Selbstwert als Grundbedürfnis nach Grawe	10
1.3.2 Selbstwert als Teil eines umfassenden Motivationsmodells	11
1.3.3 Soziometer-Theorie	12
1.3.4 Terror-Management-Theorie	12
1.3.5 Hierarchische Strukturmodelle des Selbstwerts	13
1.3.6 Klinisch-psychologische Modelle: Das kognitiv-behaviorale Modell von Fennell	13
1.4 Befunde zu Selbstwert	19
1.4.1 Geschlechterunterschiede	19
1.4.2 Entwicklungspsychologische Befunde	19
1.4.3 Selbstwert und kritische Lebensereignisse	21
1.4.4 Selbstwert und Körperhaltung	21
2 Selbstwertprobleme und psychische Störungen	23
2.1 Modelle zum Zusammenhang zwischen Selbstwertproblemen und psychopathologischen Auffälligkeiten	23
2.1.1 Vulnerabilitätsmodell	23
2.1.2 Narben-Modell	23
2.1.3 Selbstwert und psychische Störungen in der Fallkonzeption	24
2.2 Selbstwert und psychische Störungen	28
2.2.1 Depressionen	29
2.2.2 Essstörungen	29
2.2.3 Persönlichkeitsstörungen	30
3 Indikation und Diagnostik	33
3.1 Indikation	33
3.2 Fragebögen	34
3.2.1 Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	34
3.2.2 Multidimensionale Selbstwertskala (MSWS)	37

3.3	Gesprächsbasierte Techniken	39
3.4	Indirekte Messtechniken	39
3.5	Bewertung und Empfehlung	40
4	Interventionen und praktische Behandlungsempfehlungen	41
4.1	Interventionen zu Beginn der selbstwertorientierten Behandlung ..	43
4.1.1	Psychoedukation und Informationsvermittlung	43
4.1.2	Bestandsaufnahme: Der Selbstwert in verschiedenen Lebensbereichen	49
4.1.3	Individuelle Fallkonzeptualisierung bei Selbstwertproblemen	52
4.2	Transdiagnostische Interventionen zur Förderung eines gesunden Selbstwerts	55
4.2.1	Achtsamkeit	55
4.2.2	Werte und Ziele	59
4.2.3	Kognitive Umstrukturierung	62
4.2.4	Akzeptanz und Defusion	66
4.2.5	Bearbeiten selbstwertrelevanter belastender Erinnerungen	69
4.2.6	Kognitives Therapiekonzept nach Fennell	71
4.3	Spezifische Interventionen zur Förderung der Selbstakzeptanz und des Selbstvertrauens	79
4.3.1	Förderung einer ausgewogenen Sichtweise auf sich selbst	79
4.3.1.1	Competitive Memory Training for Low Self-Esteem (COMET)	80
4.3.1.2	Weitere Übungen zur Stärkung eines ausgewogenen Selbstbilds ..	83
4.3.1.3	Probleme bei der Durchführung	85
4.3.2	Externalisierung und Anteilsarbeit	86
4.3.2.1	Arbeiten mit dem „liebvollen/wohlwollenden Begleiter“ und dem „inneren Kritiker“	87
4.3.2.2	Aufbau eines „Compassionate Self“	91
4.3.2.3	Probleme bei der Durchführung	100
4.3.3	Förderung der Selbstfürsorge	101
4.3.3.1	Wo liegen die Defizite in der Selbstfürsorge? (Ist-Stand erfassen) ..	103
4.3.3.2	Was hat Selbstfürsorge mit Selbstwert zu tun? (Motivation fördern)	105
4.3.3.3	Was stellt sich in den Weg? (Barrieren ermitteln und damit umgehen)	108
4.3.3.4	Wie gelingt eine Verbesserung der Selbstfürsorge? (Strategien für die Realisierung)	109
4.4	Das Thema Selbstwert in der Gruppentherapie	111
4.4.1	Rahmenbedingungen	111
4.4.2	Empfehlungen und Hinweise für das inhaltliche Vorgehen	115

5	Evidenzlage und wissenschaftliche Beurteilung	121
5.1	Wirksamkeit selbstwertspezifischer Interventionen	121
5.2	Zusammenfassende Beurteilung	124
6	Weiterführende Literatur	127
7	Literatur	128
8	Kompetenzziele und Lernkontrollfragen	133
9	Anhang	136
	Arbeitsblatt: Persönliches Modell – Entstehungsbedingungen ...	136
	Arbeitsblatt: Persönliches Modell – Faktoren der Aufrechterhaltung	137
	Arbeitsblatt: Persönliches Modell – Faktoren der Aufrechterhaltung (Beispiel Frau W.)	138
	Arbeitsblatt: Persönliches Modell – Faktoren der Aufrechterhaltung (Beispiel Herr B.)	139
	Arbeitsblatt: Säulen des Selbstwerts	140
	Arbeitsblatt: Wochenprotokoll der Selbstfürsorge	141

Einführung

Bei einem großen Internet-Buchhändler werden zum Suchwort „Selbstwert“ über 2000 Vorschläge gemacht, sehr viele davon sind Selbsthilfebücher oder Ratgeber, die einen besseren Selbstwert, mehr Selbstliebe oder eine höhere Selbstakzeptanz in Aussicht stellen. Offenbar fühlen sich viele Menschen von diesem Thema angesprochen und/oder darüber können gut Bücher geschrieben werden. Eine Suche nach dem Schlüsselwort „self-esteem“ einer großen Wissenschafts-Suchmaschine ergab fast 28.000 Treffer für wissenschaftliche Publikationen seit 1970 (Stand August 2021). In unserer therapeutischen und supervisorischen Praxis ist das Thema Selbstwert ebenfalls ubiquitär. Dennoch oder vielleicht gerade deswegen empfanden wir die Anfrage, ein Buch über dieses Thema zu verfassen, als Herausforderung.

Auf den ersten Blick erschienen fast alle therapeutischen Interventionen auf die eine oder andere Art und Weise mit einer Veränderung des Selbstwerts verbunden – ohne unter der Überschrift „selbstwertbezogene Intervention“ zu laufen. Eindrücklich im Gedächtnis blieb eine 48-jährige Patientin, die sich im Erstgespräch unter anderem mit dem Anliegen „Ich will wieder mehr Selbstwert haben“ an uns wandte. Ihr Alltag war aufgrund starker Ängste seit Monaten auf einen engen Radius um ihre Wohnung beschränkt, sie war dadurch arbeitsunfähig und verbrachte viel Zeit mit Grübeln über ihre Wertlosigkeit. Wir diagnostizierten eine Panikstörung mit Agoraphobie und eine sekundär aufgetretene depressive Episode und leiteten die Patientin in ein Forschungsprojekt weiter, in dem eine stark manualisierte Behandlung der agoraphobischen Symptomatik in hoher Sitzungsfrequenz angeboten wurde. Durch die starke Strukturierung der Sitzungen mit vielen zu besprechenden angstbezogenen Themen und einer großen Zahl von störungsspezifischen Arbeitsblättern kann fast sicher ausgeschlossen werden, dass Zeit für störungsunspezifische, übergreifende Themen war, wie z. B. selbstwertspezifische Interventionen. Dennoch schloss die Patientin in der Abschlussbewertung der Behandlung begeistert, dass sie nun „endlich wieder ein gutes Selbstwertgefühl“ habe.

Deutlich seltener steht ein verminderter Selbstwert von vornherein im Fokus der Behandlung. Eine 24-jährige Studentin beschrieb dies so: „Eigentlich bin ich mit mir durchaus zufrieden. Dann fällt mir in einem Seminar eine Mitstudentin auf, die eine Frage stellt, die ich wirklich interessant finde. Ich denke darüber nach und mir fällt auf, dass ich selbst nie solch interessante Fragen stelle. Ich denke dann, dass ich vermutlich auch nicht so schlau und so inter-

essant bin wie diese Kommilitonin. Daraus ergibt sich ein regelrechter Strudel aus Selbstabwertung und Selbsthass, und mir fallen immer mehr Dinge ein, die ich an mir nicht so mag. An guten Tagen bin ich nach ein paar Stunden wieder da raus, aber an schlechten Tagen kann es dazu führen, dass ich mich so wenig leiden kann, dass ich mich im Bett verkrieche und ein paar Tage kaum noch das Haus verlasse. Ich fühle mich wertlos und bin total deprimiert.“

Aus diesen Beobachtungen und Überlegungen ergaben sich folgende Fragestellungen:

- Sind alle Probleme von Patientinnen letztlich Selbstwertprobleme?
- Sind alle Psychotherapien letztlich Behandlungen eines geminderten Selbstwerts?
- Gibt es mehr oder weniger selbstwertbezogene Elemente einer Behandlung? Welche sind das?
- Gibt es Patientinnen, bei denen das Thema Selbstwert mehr im Fokus steht als bei anderen?
- Gibt es Problemkonstellationen oder Störungen, bei denen das Thema Selbstwert mehr im Fokus steht als bei anderen?
- Gibt es einen optimalen Zeitpunkt für selbstwertbezogene Interventionen?
- Gibt es Kontraindikationen für selbstwertbezogene Interventionen?
- Funktionieren selbstwertbezogene Interventionen auch in der Gruppe?

Diese Fragen wollen wir in unserem Buch beantworten. Wir wollen dazu beitragen, dass der Bereich der selbstwertbezogenen Interventionen überschaubarer wird, und dass die Leserin über ein klareres Verständnis unterschiedlich intensiven Arbeitens mit selbstwertorientierten Strategien und Methoden verfügt.

Dieses Buch ist kein Manual, es gibt also keine Schritt-für-Schritt-Anleitung, die bei Selbstwertproblemen direkt so übernommen werden kann. Da sich die Selbstwertprobleme unserer Patientinnen ohnehin sehr unterscheiden, wäre dies möglicherweise auch gar nicht zielführend. Wir verstehen dieses Buch daher eher als Nachschlagewerk für Anregungen zum Erwerb und zur Vertiefung des eigenen therapeutischen Repertoires.

Noch ein Hinweis

In vielen Kontexten wird derzeit um sprachliche Ausdrucksformen gerungen, die möglichst geschlechtergerecht und dennoch gut lesbar sind. Wir haben uns für dieses Buch entschieden, bei allgemeinen Formulierungen immer die weibliche Form bei der Bezeichnung von Gruppenzugehörigkeiten zu verwenden, also zum Beispiel durchgängig von Therapeutinnen und Patientinnen zu sprechen, da in diesen beiden Gruppen die größte Untergruppe weiblich ist. Selbstverständlich sind an allen Stellen Menschen aller Geschlechter mit angesprochen.

Wenn wir Fälle von Patientinnen schildern, greifen wir oft auf unsere eigene Praxis zurück. Wir haben jedoch alle Schilderungen so verfremdet, dass zentrale Merkmale der Person nicht kenntlich sind.

Berlin, Januar 2023

*Lydia Fehm und
Anke Weidmann*

1 Problembeschreibung und theoretische Konzepte

1.1 Beschreibung und Arbeitsdefinition von Selbstwertproblemen

Bei der Beschäftigung mit dem Thema Selbstwert taucht eine Vielzahl von Begriffen auf, die dieses Thema beschreiben, wie z. B. Selbstachtung, Selbstmitgefühl, Selbstbewusstsein oder Selbstsicherheit. Viele dieser Begriffe überlappen sich oder werden von verschiedenen Autorinnen unterschiedlich beschrieben oder eingeordnet. Eine Definition und die Abgrenzung zu anderen Begriffen unternehmen wir im nächsten Abschnitt (vgl. Kapitel 1.2). Wir haben uns für dieses Buch dazu entschieden, den Begriff *Selbstwert* zu nutzen.

Selbstwert,
Selbstwertgefühl

Im therapeutischen Kontext ist es für viele Patientinnen leichter, von *Selbstwertgefühl* zu sprechen: Auch wenn der Selbstwert kein Gefühl ist bzw. mehr als das, äußert sich ein geringer oder schwankender Selbstwert für Patientinnen häufig in starken negativen Emotionen, z. B. in Scham oder Minderwertigkeitsgefühlen. Für das Gespräch mit Patientinnen ist daher der Begriff des *Selbstwertgefühls* oft ein guter Einstieg in die Arbeit an den damit verbundenen Problemen.

Globaler
Selbstwert

Was ist nun Selbstwert bzw. Selbstwertgefühl? Unter Selbstwert versteht man schlicht den Wert, den eine Person sich selbst zuschreibt (z. B. Potreck-Rose, 2006, S. 9; Zeigler-Hill, 2011; Baumeister, 1993; Branden, 1994), d. h. die evaluative Komponente des Selbst. Selbstwert ist somit ein subjektives Phänomen. Die meisten Befragten könnten auf die Frage, wie es um den eigenen Selbstwert bestellt sei, eine ungefähre Aussage treffen. Diese Einschätzung wird dann als globaler Selbstwert bezeichnet.

Bereichs-
spezifischer
Selbstwert

Bei genauerem Hinsehen fällt jedoch auf, dass die Frage, wie es um den eigenen Selbstwert bestellt sei, nicht so einfach zu beantworten ist. Viele Autorinnen führen an, dass der Selbstwert strenggenommen der Selbstwert in vielen unterschiedlichen Lebensbereichen ist, denn die meisten Menschen berichten in verschiedenen Lebensbereichen auch unterschiedlich ausgeprägten Selbstwert (z. B. Swann & Bosson, 2010). Dies kann beispielsweise an Rollen gebunden sein, z. B. als Partnerin, Mutter, Chefin oder Mannschaftsmitglied beim Sport. Auch ein Bezug auf verschiedene psychologische Domänen

ist möglich, wie z. B. berufliche Leistung, soziale Kontakte oder physische Aspekte (Aussehen, Sportlichkeit).

Die mögliche Bereichsabhängigkeit des Selbstwerts findet sich in manchen psychometrischen Instrumenten wieder (z. B. der Multidimensionalen Selbstwertkala; vgl. Seite 37), hat jedoch (noch) keine finale Operationalisierung gefunden und wird auch in vielen Studien nicht systematisch berücksichtigt (vgl. auch Kapitel 1.3.5).

Eine Vielzahl von Studien konnte zeigen, dass ein hohes Niveau einer globalen Einschätzung des Selbstwerts mit einer Reihe von Variablen des psychischen Wohlbefindens assoziiert ist, wie z. B. höherer Lebenszufriedenheit, akademischem Erfolg, geringerer Einsamkeit, weniger problematischem Smartphone-Gebrauch, aber auch mit höheren Ausprägungen psychopathologischer Variablen wie Depressivität und Suizidgedanken (für Reviews siehe z. B. DuBois & Tevendale, 1999; Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003). Manche der Befunde waren jedoch uneinheitlich oder das Niveau des Selbstwerts konnte nur einen kleinen Teil der Gesamtvarianz der untersuchten Variablen erklären.

In der Folge wurden neben dem Ausmaß des globalen Selbstwerts (engl.: „level of self-esteem“) zusätzliche Aspekte des Selbstwerts konzeptualisiert und als potenzielle Einflussfaktoren untersucht:

1. Die Außenabhängigkeit („contingency“),
2. die Stabilität („stability“) sowie
3. die Konvergenz zwischen implizitem und explizitem Selbstwert („implicit versus explicit self-esteem“).

Annahmen zu einem außenabhängigen bzw. -unabhängigen Selbstwert postulieren, dass ein Selbstwert, der stärker an antizipierte Erwartungen bzw. Reaktionen anderer gekoppelt ist, eher niedrig ist. Dies kann sich auf alle Lebensbereiche beziehen oder auf ausgewählte (z. B. akademische Leistung). Auf die akademische Leistung bezogen würde ein hohes Maß an außenabhängigem Selbstwert bedeuten, dass die Person bei fehlender positiver Zustimmung, ausbleibendem Erfolg oder einer schlechten Note schnell einen niedrigen Selbstwert in diesem Bereich entwickelt. Einige Studien (z. B. Schöne, Tandler & Stiensmeier-Pelster, 2015; Wouters et al., 2013) konnten zeigen, dass ein bereichsspezifisch abhängiger Selbstwert mit einem höheren Ausmaß an depressiven Symptomen assoziiert war.

**Außen-
abhängigkeit des
Selbstwerts**

Das u. a. in der Gesprächspsychotherapie verortete Konzept der bedingungslosen positiven Zuwendung wird ebenfalls mit dieser Form von Selbstwert in Zusammenhang gebracht: Eltern, die ihren Kindern bereichs- und inhaltsunabhängig Zuwendung schenken, fördern damit die Entwicklung eines stabilen Selbstwerts.

**Stabilität und
Fragilität des
Selbstwerts**

Weitere Differenzierungen beziehen sich auf den zeitlichen Verlauf: Der Selbstwert kann in Abhängigkeit von äußeren Ereignissen oder spontan schwanken. In der Literatur wird entsprechend von der Stabilität oder Fragilität des Selbstwerts einer Person gesprochen (z. B. Kernis, Lakey & Heppner, 2008). Dies kann noch weiter unterteilt werden in die wahrgenommene versus die tatsächliche Stabilität, die über wiederholte Messungen erfasst werden könnte. Die wahrgenommene Stabilität entspräche dabei einer globalen Selbsteinschätzung für einen Zeitraum, während die tatsächliche Stabilität über wiederholte Messungen erfasst wird. Eine mögliche Quelle eines schwankenden Selbstwerts könnte die oben geschilderte stärkere Außenabhängigkeit sein – die Stabilität wäre also in dieser Betrachtungsweise eine Folge eines außenunabhängigen Selbstwerts. Die Frage, ob es auch Personen mit instabilem Selbstwert gibt, der jedoch nicht auf eine stärkere Außenabhängigkeit zurückzuführen ist, wurde nach unserem Wissen bislang nicht beantwortet.

**Expliziter und
impliziter
Selbstwert**

Eine weitere Differenzierung erfolgt mit dem Konzept des expliziten und impliziten Selbstwerts. Der explizite Selbstwert ist die direkte Wahrnehmung bzw. Aussage über den eigenen Selbstwert, von der bisher gesprochen wurde. Für eine Vielzahl psychologischer Dimensionen wurde jedoch eine zusätzliche implizite Ebene angenommen: Diese spiegelt sich nicht in den direkten Aussagen wider, sondern wird als automatisch und möglicherweise unbewusste Reaktion konzeptualisiert. Häufig werden die impliziten Ausprägungen über Reaktionszeiten gemessen, das klassische experimentelle Paradigma ist der Implizite Assoziationstest (IAT; Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998). Im Falle von Selbstwert wären dies z. B. selbstbewertende Äußerungen, die mit anderen Stimuli kombiniert dargeboten werden. Auf diese muss z. B. durch Tastendruck reagiert werden. Die Differenzen zwischen den Reaktionszeiten zwischen z. B. positiven und negativen selbstbewertenden Äußerungen entsprechen dann dem postulierten impliziten Selbstwert.

Expliziter und impliziter Selbstwert zeigen sich in Studien interessanterweise als weitgehend unabhängige Dimensionen. Bei den entstehenden Differenzen kann unterschieden werden zwischen einem fragilen Selbstwert, d. h. einem hohen expliziten, aber niedrigen impliziten Selbstwert, sowie einem beschädigten Selbstwert (niedriger expliziter, aber hoher impliziter Selbstwert; siehe z. B. Vater et al., 2013; Zeigler-Hill, 2011).

**Fragiler,
beschädigter
Selbstwert**

Der fragile Selbstwert wurde in einer Reihe von Studien mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung sowie der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Verbindung gebracht. Bei Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung wurde hingegen im Vergleich zu Jugendlichen ohne psychische Störung eher ein beschädigter Selbstwert gefunden, d. h. geringerer expliziter Selbstwert bei gleich hoher Ausprägung des impliziten Selbstwerts. Auch Depressivität und Ängstlichkeit werden wiederholt mit Diskrepanzen zwischen dem expliziten und impliziten Selbstwert in Verbindung gebracht.

Für die Praktikerin ist eine Messung des impliziten Selbstwerts mithilfe von experimentellen Anordnungen in der Regel keine Option. Wir denken jedoch, dass sich Hinweise auf einen niedrigen impliziten Selbstwert durch Beobachtungen finden lassen, z. B. wenn überkompensatorische Verhaltensweisen in einer selbstwertbedrohlichen Situation gezeigt werden oder Diskrepanzen zwischen verbalen Äußerungen und der Mimik, Gestik oder Verhalten auftreten. Diese Annahme ist jedoch nicht wissenschaftlich gestützt.

Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der globale Selbstwert leicht definiert werden kann. In der Forschung wurden weitere Differenzierungen vorgenommen, z. B. bezüglich unterschiedlicher Domänen, des Ausmaßes der Abhängigkeit von Außenkriterien, der zeitlichen Fragilität bzw. Stabilität sowie dem Unterschied zwischen dem expliziten und impliziten Selbstwert. Eine Modellvorstellung, die alle diese Faktoren einbezieht, existiert derzeit (noch) nicht.

1.2 Abgrenzung und Überlappung verwandter Konstrukte

Wie bereits geschildert, existieren im Umfeld des Begriffs Selbstwert eine Vielzahl verwandter Begriffe. In Tabelle 1 haben wir häufig genutzte Begriffe zusammengetragen und grenzen sie jeweils zum oben definierten Selbstwert-Begriff ab. Viele Begriffe sind nicht zentral und einheitlich definiert, sodass wir unsere Beschreibung keinesfalls als begriffliche Festlegung für jeden der beschriebenen Begriffe verstehen wollen.

Tabelle 1: Selbstwert und verwandte Konstrukte

Konstrukt	Abgrenzung zum Selbstwert-Begriff
Selbstachtung	Selbstachtung ist als positives Gefühl gegenüber der eigenen Person und ihrer Leistung konzeptualisiert. Sie deckt somit einen Bereich von Selbstwert ab.
Selbstmitgefühl	Selbstmitgefühl beschreibt im Gegensatz zu Selbstwert eher eine Haltung als ein Ergebnis, nämlich einen freundlichen und wohlwollenden Umgang mit sich selbst, gerade auch dann, wenn schmerzhafte Gefühle und Gedanken erlebt werden. Selbstmitgefühl kann zu einem gesunden Selbstwertgefühl beitragen (vgl. Kasten).
Selbstvertrauen	Selbstvertrauen bezieht sich auf eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten und deren Einsatz.

Tabelle 1: Fortsetzung

Konstrukt	Abgrenzung zum Selbstwert-Begriff
Selbstakzeptanz	Selbstakzeptanz stellt einen Unteraspekt von Selbstwert dar und besteht in einem sich zugewandten Umgang mit eigenen Fehlern und Unzulänglichkeiten.
Selbst-zufriedenheit	Selbstzufriedenheit hat im allgemeinen Sprachgebrauch die negative Konnotation von zu viel Zufriedenheit mit den eigenen Fähigkeiten.
(Positives) Selbstkonzept	Das Selbstkonzept stellt die deskriptive Komponente des Selbst dar, der Selbstwert die evaluative.
(Positives) Selbstbild	Der Begriff des Selbstbildes ist inhaltlich deckungsgleich mit dem Begriff des Selbstkonzepts. Da er in der Umgangssprache häufiger genutzt wird, ist er für den therapeutischen Kontext geeigneter.
Selbst-wirksamkeit	Selbstwirksamkeit bezeichnet die Überzeugung, schwierige Situationen und Herausforderungen meistern zu können. Sie stellt damit einen Unteraspekt von Selbstwert dar.
Selbstsicherheit	Selbstsicherheit bezieht sich auf die wahrgenommene Kompetenz im Umgang mit interpersonell herausfordernden Situationen. Sie stellt damit einen Unteraspekt von Selbstwert dar.
Soziale Kompetenz	Soziale Kompetenz bezieht sich auf Denk- und Verhaltensweisen in Interaktionssituationen, stellt also einen Unteraspekt des Selbstwerts dar.
(Gutes, hohes) Selbst-bewusstsein	Im psychologischen Kontext wird ein hohes Selbstbewusstsein ähnlich wie ein gutes Selbstvertrauen konzeptualisiert, also als subjektive Überzeugung guter eigener Fähigkeiten und des eigenen Werts. Es kommt somit dem Begriff eines guten Selbstwerts relativ nah.

Selbstmitgefühl Da der Begriff des Selbstmitgefühls in der Psychotherapie in den letzten Jahren viel Beachtung erfahren hat – auch in Zusammenhang mit selbstmitgefühlsbasierten Interventionen für die Psychotherapie – möchten wir diesen im folgenden Kasten genauer erläutern und von Selbstwert abgrenzen.

Selbstmitgefühl

Selbstmitgefühl bezeichnet das Mitgefühl in Bezug auf die eigene Person. Kristin Neff (2003) operationalisiert Selbstmitgefühl mittels dreier Facetten:

1. Der Freundlichkeit („kindness“) gegenüber der eigenen Person,
2. der Achtsamkeit, insbesondere für schmerzhaft Gedanken und Gefühle („mindfulness“), und
3. der Tatsache, dass alle Menschen Leid erleben und dadurch miteinander verbunden sind („sense of common humanity“).

Zusammen mit Chris Germer entwickelte Neff eine achtwöchige Gruppenintervention für die Allgemeinbevölkerung, das Mindfulness Self-Compassion Training (MSC; Neff & Germer, 2013): Hier lernen Menschen, freundlich und mitfühlend auf emotionalen Schmerz und Belastungen zu reagieren. Neff und Germer sehen das Programm eher als Fertigkeiten-Training („like going to the gym“), es ersetze keine Psychotherapie, könne aber als sinnvolles Additivum verwendet werden.

Etwa zeitgleich entwickelte Paul Gilbert basierend auf evolutionären, neurowissenschaftlichen und psychologischen Forschungsergebnissen die „Compassion-Focused Therapy“ (CFT; z. B. Gilbert, 2014). Sie kombiniert Elemente verschiedener Therapierichtungen, vorrangig der kognitiven Verhaltenstherapie, mit der Stärkung einer mitfühlenden Haltung und ist insbesondere für Patientinnen indiziert, die ein hohes Maß an Scham und Selbstkritik zeigen. Unter Mitgefühl versteht Gilbert die Empfindsamkeit für eigenes Leid und Leid der anderen („sensitivity to suffering“), verbunden mit dem Wunsch, zu versuchen, dieses zu lindern oder diesem vorzubeugen. Gilbert arbeitet dabei mit unterschiedlichen inneren Anteilen oder Mindsets, zum Beispiel dem „Compassionate Self“, welches durch verschiedene Qualitäten charakterisiert ist (z. B. Empathie, Toleranz für Leid, Nicht-Bewertung). Darüber hinaus führt er verschiedene Fertigkeiten und Übungen auf, die dieses Mindset stärken (Gilbert 2014; vgl. auch Kapitel 4.3.3).

Beide Strömungen weisen eine rege Forschungstätigkeit auf, es wurden verschiedene psychometrische Instrumente entwickelt und die Interventionen können als vergleichsweise gut evaluiert gelten (vgl. Kapitel 5.1).

Insbesondere Neff legt großen Wert darauf, Selbstmitgefühl von Selbstwert abzugrenzen (z. B. Neff & Vonk, 2009). Sie betont, dass der Selbstwert durch Vergleiche mit anderen zustande komme, in denen wir besser abschneiden *müssten* – schon wer sich für „durchschnittlich“ halte oder ein entsprechendes Feedback bekomme, erlebe Unsicherheit, Scham und Versagen. Um sich gut zu fühlen, verzerren wir unsere Wahrnehmung oder werteten andere ab. Sich im Verhältnis zu anderen besser zu bewerten, führe in der Regel zu einem guten (Selbstwert-)Gefühl, jedoch nicht auf Dauer. Selbstmitgefühl fokussiere dagegen die Gemeinsamkeiten mit anderen Menschen statt der Unterschiede. Statt negative Emotionen zu vermeiden, gehe es darum, sie akzeptierend wahrzunehmen und sich dabei zu unterstützen. Selbstmitgefühl beschreibt damit mehr eine Haltung als ein Ergebnis.

Nun lässt sich allerdings vermuten, dass der globale Selbstwert und Selbstmitgefühl große Gemeinsamkeiten aufweisen, da sie in Studien in der Regel hoch korreliert sind. Zudem stehen beide positiv mit psychischem Wohlbefinden in Beziehung (vgl. auch Kapitel 5.1) und waren in einer Studie von Neff und Vonk (2009) statistisch äquivalent in der Lage, Glück, Optimismus und positive Gefühlszustände zu prädictieren. Selbstmitgefühl

erwies sich aber über einen Zeitraum von acht Monaten als weniger von externen Faktoren beeinflussbar und konnte die Stabilität des Selbstwertgefühls voraussagen, während der zu Beginn gemessene globale Selbstwert keinen wesentlichen Beitrag über Selbstmitgefühl hinaus leistete.

Das Ziel psychotherapeutischer Interventionen besteht in der Förderung eines *gesunden* Selbstwerts – eines Selbstwerts also, der relativ stabil ist und eine relative Freiheit von äußeren Einflüssen aufweist (Kernis, 2003). Ein Selbstwert, der durchgehend hoch sein *muss*, was z. B. durch die von Neff beschriebene Weise sichergestellt wird, widerspricht diesem Ziel. Ein wichtiger Beitrag zu mehr innerer Stärke und Selbstwertgefühl kann gerade darin bestehen, negative Gefühle wahrzunehmen, anzunehmen und sich selbst zu akzeptieren, inklusive verschiedener Fehler und Schwächen. Anders als Neff sehen wir Selbstwert und Selbstmitgefühl nicht als konkurrierende Konstrukte, sondern eins als Ergebnis des anderen: Eine selbstmitfühlende Haltung trägt zu Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz bei, den wichtigsten Bausteinen eines guten und gesunden Selbstwerts.

1.3 Selbstwertmodelle

Im Bereich der Selbstwertmodelle gibt es solche, die die Rolle des Selbstwerts innerhalb der Persönlichkeit des Individuums beschreiben (vgl. Kapitel 1.3.1 bis 1.3.4), sowie Modelle, die den Selbstwert an sich weiter differenzieren. Letztere stellen wir in Kapitel 1.3.5 vor. Eine Sonderstellung nimmt das Modell von Melanie Fennell ein, das als einziges explizit aus dem klinisch-psychotherapeutischen Kontext stammt und das wir in Kapitel 1.3.6 genauer erläutern.

Arbeitsmodelle
für den
therapeutischen
Alltag

Für den therapeutischen Alltag gibt es darüber hinaus noch Arbeitsmodelle, die sich in der Kommunikation mit den Patientinnen gut eignen, um Facetten des Selbstwerts zu veranschaulichen und therapeutisch damit weiterzuarbeiten. Klassiker hierbei sind die Säulen-Modelle, die Facetten oder Bereiche des Selbstwerts als unterschiedlich viele Säulen repräsentieren. Diese Modelle sind jedoch keine empirisch fundierten Modelle. Wir stellen sie in Kapitel 4 unter dem Thema „Psychoedukation“ genauer vor.

1.3.1 Selbstwert als Grundbedürfnis nach Grawe

Klaus Grawe formulierte in seiner Konsistenztheorie vier Grundbedürfnisse:

- das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle,
- das Bindungsbedürfnis,

- das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung sowie
- das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung.

Einen stabilen und hohen Selbstwert zu haben ist demnach ein primäres menschliches Bedürfnis (Grawe, 1998, 2004) und motiviert zu entsprechenden Denk- und Verhaltensweisen.

Selbstwert als Grundbedürfnis

1.3.2 Selbstwert als Teil eines umfassenden Motivationsmodells

Carol Dweck unternahm den Versuch, Erkenntnisse aus vielen psychologischen Domänen zusammenzutragen und daraus ein Modell der menschlichen Bedürfnisse zu entwickeln (Dweck, 2017). Sie unterscheidet dabei drei Ebenen von Bedürfnissen: Grundbedürfnisse, übergeordnete Bedürfnisse, die aus jeweils zwei der Grundbedürfnisse zusammengesetzt werden, sowie ein über allem stehendes Bedürfnis nach Selbst-Kohärenz. Die Grundbedürfnisse werden mit Vorhersagbarkeit („predictability“), Akzeptanz („acceptance“) und Kompetenz („competence“) benannt. Die drei übergeordneten Bedürfnisse sind Vertrauen („trust“), Kontrolle („control“) und Selbstwert („self-esteem“). Abbildung 1 zeigt, wie die übergeordneten Bedürfnisse aus den Basiskomponenten zusammengesetzt werden.

Interessant ist, dass der Faktor Selbstwert auf den Grundbedürfnissen Kompetenz und Akzeptanz basiert – eine Unterteilung von Selbstwert, die sich

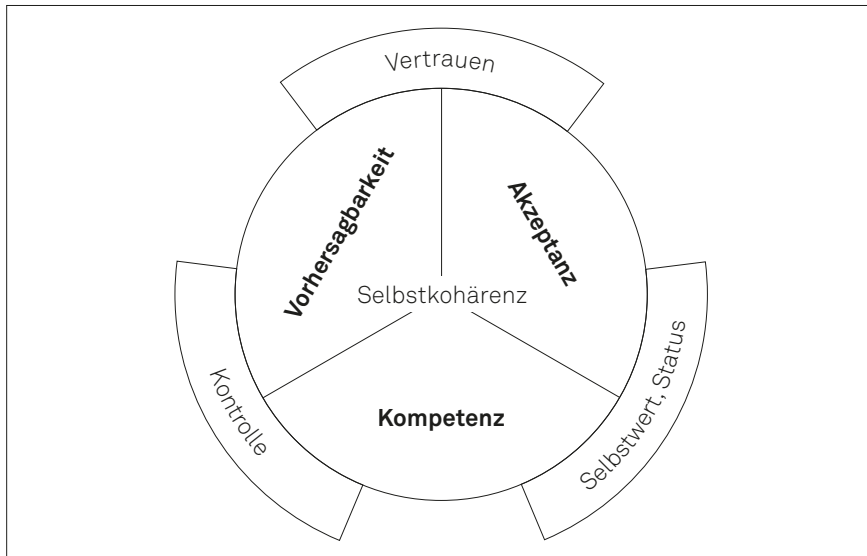


Abbildung 1: Bedürfnis-Modell nach Dweck (2017)

unter anderem auch für eines der zentralen Fragebogenverfahren fand, die Rosenberg-Selbstwertkala (vgl. Kapitel 3.2.1).

1.3.3 Soziometer-Theorie

Soziale Inklusion

Die Soziometer-Theorie des Selbstwerts (Leary & Baumeister, 2000) postuliert, dass Menschen ein fundamentales Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit („social inclusion“) haben. Der Selbstwert eines Menschen hängt demnach von der Eigenwahrnehmung der Person als ein wertgeschätztes Mitglied in den sozialen Bezügen ab und dient somit als Indikator (Soziometer) für die Variable der sozialen Eingebundenheit. Die eigene Wahrnehmung der Wertschätzung in sozialen Bezügen würde nach dieser Theorie vollumfänglich das Ausmaß des Selbstwerts erklären. Dieses Modell ist Grundlage für eine Vielzahl von Studien, z. B. zum Selbstwert bei Jugendlichen oder zum Selbstwert von Mitarbeiterinnen in größeren Unternehmen.

1.3.4 Terror-Management-Theorie

Die Terror-Management-Theorie (TMT; Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986) entstand in den 1980er Jahren und sollte erklären, warum Menschen überhaupt Selbstwert haben, und warum sie Wert darauf legen, dass die eigene Sicht der Welt die richtige ist. Die TMT geht davon aus, dass die Angst vor der Unausweichlichkeit des Todes einen massiven Einfluss auf unser Erleben und Verhalten hat. Zwei Aspekte helfen uns, mit dieser Angst umzugehen:

1. Die Überzeugung, dass die eigenen Sichtweisen der Welt die richtigen sind, stabilisiert uns.
2. Menschen beziehen angesichts der Bedrohung durch den Tod ihren Selbstwert daraus, dass sie nach den selbstgesetzten Maßstäben und Werten handeln.

Terror- Management

Selbstwert stellt in dieser Theorie somit eine zentrale Variable für den Umgang mit der ultimativen Angst vor dem Tod dar. In Studien konnte gezeigt werden, dass sowohl ein situativ hoher als auch ein habituell hoher Selbstwert davor schützt, mit Abwehr zu reagieren, wenn in Situationen das eigene Sterben eine hohe Salienz erlangt. Die TMT nimmt auch Bezug auf psychische Störungen: Da Angst eine zentrale Variable der Theorie ist, liegt natürlich ein Bezug zu den Angststörungen auf der Hand. Die Theorie bezieht sich jedoch auch auf andere Störungen, wie z. B. Depressionen. Aus klinischer Perspektive hat die TMT jedoch einen eher geringen Einfluss auf die Modellbildung in der klinischen Psychologie. Ein kurzer Überblick dazu findet sich bei Pyszczynski et al. (2015).