

Integrative KVT bei Selbstwertproblemen

Integrative CBT and Self-Esteem Problems

Harlich H. Stavemann, Andreas Scholz & Katrin Scholz

Themenschwerpunkt Selbstwirksamkeit und Förderung ...

Zusammenfassung

Nach einigen themenspezifischen Definitionen erfolgt ein Überblick über unterschiedliche Selbstwertkonzepte und wann diese zu einem Selbstwertproblem führen. Unterschiedliche Lösungsansätze werden skizziert, bevor dezidiert auf den Ansatz der Integrativen KVT (IKVT) eingegangen wird. Dieser wird in seinen acht Therapiephasen beschrieben. Abschließend wird ein typischer Behandlungsplan der IKVT bei Selbstwertproblemen angeführt.

Abstract

After some topic-specific definitions, an overview of different concepts of self-esteem and when they lead to a self-esteem problem is given. Different approaches are outlined before the approach of the Integrative Cognitive Behavioral Therapy (ICBT) is dealt with in detail. It is described in its eight therapy phases. Finally, a typical ICBT treatment plan for self-esteem problems is given.

1. Selbstwert, Selbstwertkonzept und Selbstwertproblem

1.1. Begriffsbestimmungen

In der Literatur werden häufig verschiedene Begriffe zum Selbstwert synonym verwendet, obwohl sie sich durchaus unterscheiden und differenzieren lassen. Wir verstehen unter Selbstwert ein subjektives, häufig pauschales Zuschreiben eines persönlichen Werts, während das Selbstwertkonzept die Maßstäbe und Regeln dar-

stellt, nach denen jemand seinen Selbstwert bestimmt. Ab wann das oder die Kriterien des Selbstwertkonzeptes ausreichend erfüllt sind, sodass sich jemand als wertvoll einschätzt, gibt der Selbstwertmaßstab an.

Wohl alle Menschen besitzen ein Selbstwertkonzept. Unter einem Selbstwertproblem leiden sie, wenn ihr Selbstwertkonzept unnötige Belastungen verursacht. Das Selbstbewusstsein beschreibt, wie sehr sich eine Person ihrer eigenen Merkmale, Fähigkeiten und Eigenschaften bewusst ist und ermöglicht ihr damit das gezielte Verändern des eigenen Denkens, Fühlens und Verhaltens. Den Begriff Selbstwertgefühl verwenden wir nicht. Er ist u. E. irreführend, da mit dem Selbstwert keine Emotion, sondern ein kognitives Konstrukt beschrieben wird, das entsprechend dem kognitiven Modell zum Entstehen und Steuern von Gefühlen wiederum mit ganz unterschiedlichen Emotionen verbunden sein kann.

1.2. Selbstwertkonzepte

Grundlegend lassen sich zwei Arten von Selbstwertkonzepten unterscheiden: beliebttheits- und leistungsorientierte. Manche Menschen verfolgen auch Mischkonzepte, wenn sie beliebttheits- und leistungsorientierte Aspekte miteinander kombinieren, um ihren Selbstwert zu bestimmen.

1.2.1. Beliebtheitsorientierte Konzepte

Verfolgt jemand ein beliebttheitsorientiertes Selbstwertkonzept, wird der eigene Wert davon abhängig gemacht, wie sehr man von anderen gemocht oder abgelehnt wird. So jemand ordnet eigene Bedürfnisse immer wieder denen anderer Personen unter, übt keine Kritik, äußert nur selten die eigene Meinung und tut sich sehr schwer damit, Bitten und Wünsche anderer abzulehnen. Statt-

dessen zeigt man sich die meiste Zeit über hilfsbereit, freundlich, nett und gut gelaunt, selbst wenn man eher traurig, niedergeschlagen oder gar ärgerlich ist. All dies, um bei anderen beliebt (oder zumindest nicht unbeliebt) zu sein und um so den eigenen Wert zu stabilisieren.

Manche versuchen, bei allen beliebt zu sein und von niemandem (nicht einmal von Tieren) abgelehnt zu werden. Sie verfolgen damit ein pauschales Beliebtheitskonzept, das mit Glaubenssätzen wie „Wer abgelehnt wird, ist weniger wert“ oder „Nur wer gemocht wird, ist liebenswert“ einhergeht. Anderen ist es nur wichtig, von bestimmten Zielgruppen anerkannt zu werden. Wer seinen Wert nach einem solchen spezifischen Beliebtheitskonzept bestimmt, glaubt häufig: „Nur wer dazugehört, ist wertvoll“ und hält sich nur dann für weniger wert, wenn Zielgruppenpersonen Ablehnung zeigen.

1.2.2. Leistungsorientierte Konzepte

Wer glaubt, nur dann wertvoll zu sein, wenn bestimmte Leistungskriterien erfüllt sind, bestimmt den Selbstwert mithilfe eines leistungsorientierten Konzepts und versucht, in allen Lebensbereichen und bei allem, was man tut, Bestleistungen zu geben, um sich damit den eigenen Wert zu beweisen. Schon beim kleinsten Makel droht Wertverlust, auch wenn keine realen Konsequenzen zu befürchten sind. Die hohen Ansprüche an sich selbst werden auch dann mit viel Energie- und Zeitaufwand verfolgt, wenn keine Anerkennung durch andere zu erwarten ist oder gar, wenn sich das soziale Umfeld bereits völlig entnervt abwendet.

Wer ein derart globales Leistungskonzept verfolgt, gilt meist als Perfektionist*in und benötigt für alle Tätigkeiten deutlich mehr Zeit und mehr Energie als andere, um die angestrebte Makellosigkeit zu erreichen und damit den Selbstwert zu stabilisieren. Manche mit einem spezifischen Leistungskonzept müssen lediglich in einem oder mehreren ausgewählten Bereichen kompetent und leistungsstark aufzutreten, um wertvoll zu sein.

Häufig knüpfen Menschen ihren Selbstwert an spezifische Leistungsmaßstäbe wie z. B. äußere Erscheinung (Schönheit, Gewicht), Verhaltensweisen (Höflichkeit, Coolness), Autarkie, Macht, Begabung, Leistung in einer sozialen Rolle (Mutter, Vater, Freundin), Individualität, moralisches Verhalten (Religion, Lebensstil). Dabei gilt stets die Grundannahme: „Wer mehr leistet, ist mehr wert“ oder „Kannste was, biste was.“ Oft sind die geforderten Leistungen dabei noch nicht einmal aus eigener Kraft zu erreichen.

1.3. Wann wird ein Selbstwertkonzept zum Selbstwertproblem?

Um angemessen und zielorientiert entscheiden und handeln zu können, wird man nicht umhinkommen, ei-

genes Verhalten und die Reaktion der Umwelt darauf in Relation zu den eigenen Zielen und Werten zu beurteilen. Sinnvollerweise geschieht dies punktuell und auf einen spezifischen Zeitpunkt hin (z. B. „Dieses Referat habe ich heute gut hinbekommen.“). Wer aber Komplexes, Vielschichtiges pauschal und verallgemeinernd beurteilt (wie z. B. den Wert eines Menschen), tut dies nach dysfunktionalen Bewertungsregeln.

1.3.1. Pauschale Selbstwertkonzepte sind dysfunktional

So etwas muss nicht zwangsläufig zu negativen Konsequenzen führen. Solange die Kriterien des Selbstwertkonzepts erfüllt werden, kann man jahrzehntelang damit nicht nur uneingeschränkt leben, sondern man erhält dadurch eine beständige Möglichkeit zur Selbstaufwertung und den damit verbundenen positiven Emotionen. Solche Erfahrungen stützen und verstärken das vorhandene Selbstwertkonzept auch dann, wenn es tatsächlich unsinnig oder dysfunktional ist. Es dient dann kurzfristigen Hedonismuszielen, erzeugt keinerlei Leidensdruck und liefert beständig Symptomgewinne. Als problematisch wird solch ein Selbstwertkonzept erst erlebt, wenn es nicht mehr gelingt, dessen Kriterien zu erfüllen. Als Konsequenz folgen Wertverlust und damit verbunden starke negative Emotionen.

Wir sprechen daher erst dann von einem Selbstwertproblem, wenn die Symptomkosten des Selbstwertkonzepts die Symptomgewinne übersteigen und erheblichen Leidensdruck erzeugen. Dessen Stärke in Form negativer psychischer, somatischer oder sozialer Konsequenzen entscheidet, ob die Betroffenen Hilfe suchen und veränderungsbereit sind.

2. Das Selbstwertproblem lösen – aber wie?

2.1. Den Selbstwert steigern?

Ein Mehr desselben. Am häufigsten versuchen Betroffene ihr Selbstwertproblem zu lösen, indem sie sich noch mehr Mühe geben, um den selbst gewählten Maßstab zu erfüllen. Sie nutzen dazu leistungssteigernde Mittel wie Medikamente und spezielle Ernährung, Schönheitsoperationen, sie buchen spezielle Trainings und Workshops oder nehmen Kredite auf, um ihr altes Selbstwertkonzept erfolgreich verfolgen zu können. Ziel dieser Strategien ist es, die alten Kriterien auf andere Weise oder durch mehr Anstrengung zu erreichen.

Vermeiden. Reicht dies nicht aus, weil der eigene Selbstwertmaßstab unerreichbar hoch gesetzt ist, versuchen manche die negativen Konsequenzen ihres Maßstabs zu umgehen, indem sie möglichst alle Situationen vermeiden, in denen sie mit ihren Selbstwertkriterien

konfrontiert wären (z. B. aus Angst vor unzureichenden Leistungen keine Führungspositionen zu übernehmen).

Kriterien senken. Manche, die ihr selbst aufgestelltes Selbstwertkriterium nicht erreichen konnten, senken dieses auf ein aus eigener Kraft erreichbares Maß ab. Beispielsweise halten sie sich dann schon für wertvoll, wenn sie 60 kg wiegen (statt der ursprünglich angestrebten 48 kg, oder wenn sie einer Person einen Gefallen tun, anstatt es allen recht zu machen). Damit erhöhen sie zwar die Wahrscheinlichkeit, ihre Selbstwertkriterien zu erreichen, doch was wäre, wenn man plötzlich 61 kg wiegt oder es dem einen doch nicht gefällt, was man tut? Man wäre erneut wertlos, weil die Messlatte gerissen wurde.

Andere Kriterien wählen. Manche entscheiden sich, nicht länger Kriterien aufzustellen, die sie nicht erfüllen können und konzentrieren sich stattdessen auf solche, die für sie erreichbar sind (z. B. wenn man es schon nicht schafft, erfolgreichste Mitarbeiterin zu werden, versucht man wenigstens, bei den Kolleg*innen beliebt zu sein). Diese Strategie wird in vielen Therapieansätzen angewendet, um Selbstwertprobleme zu lösen. Doch was ist, wenn auch diese neuen Kriterien irgendwann nicht mehr erfüllt werden können? Dann glauben die Betroffenen erneut, wertlos zu sein, weil sie das alte, pauschale Bewertungskonzept trotz abgesenkter Kriterien unverändert beibehalten haben.

Bedingungsloser Selbstwert. Manche versuchen ein Selbstwertproblem zu lösen, indem sie völlig auf Selbstwertkriterien verzichten und davon ausgehen, dass alle Menschen gleich viel wert seien. So etwas schlug bereits Ellis (2008) als „unelegante“ Lösung eines Selbstwertproblems vor. Aber auch ihm schien die Idee, man sei gleich viel wert, egal was man tut oder denkt, willkürlich, unlogisch und unglaublich. Darüber hinaus steht sie im Gegensatz zum menschlichen Bedürfnis, sich und andere zu bewerten.

Manche sind auch der Ansicht, dass sich die „guten“ und „schlechten“ Eigenschaften eines Menschen ausgleichen, wodurch am Ende jeder gleich viel wert sei. Doch ist es nun „gut“ oder „schlecht“, wenn jemand 78 kg wiegt, blondes Haar hat und zum Frühstück gern Radio hört? Wie soll man etwas ausgleichen, das nicht objektiv als gut oder schlecht zu bewerten ist?

Alle vorgestellten Lösungsmöglichkeiten enthalten Kategorienfehler, da sie nach dem „Äpfel-und-Birnen-Prinzip“ etwas miteinander vergleichen und verrechnen, das nicht vergleichbar ist. Demzufolge handelt es sich um dysfunktionale Konzepte, die keine sinnvollen langfristigen Lösungen für Selbstwertprobleme liefern.

2.2. Ein differenziertes Selbstwertkonzept

Betrachten wir das Wesen von Wertzuschreibungen an einem Beispiel: Angenommen jemand bewertet eine Sängerin: „Das ist die beste Künstlerin, die ich je gehört habe.“ Ein anderer hält dagegen: „Sie ist mit Abstand die

schlechteste, die ich kenne.“ Was wissen wir nun über die Künstlerin? Nichts. Was können wir über ihren Wert als Mensch aussagen? Ebenfalls nichts. Allenfalls wissen wir nun etwas über den Geschmack der beiden bewertenden Personen, können aber auch über deren Wert nichts Sinnvolles, Logisches sagen.

Wertzuschreibungen sind Meinungen der Beurteilenden, die nichts über den bewerteten Menschen aussagen, sondern ausschließlich etwas über den Geschmack der Bewertenden. Der Wert eines Menschen ist nicht sinnvoll pauschal zu bestimmen.

2.2.1. Das Selbstwertkonzept in der IKVT

Der Ansatz der IKVT zum Lösen von Selbstwertproblemen besteht demzufolge darin, künftig auf das Bestimmen eines pauschalen Werts zu verzichten.

Das bedeutet allerdings nicht, auch ein punktuelles Bewerten einzelner eigener Verhaltensweisen, Leistungen und Eigenschaften aufzugeben. Ein derartiges Bewerten ist notwendig, um sich zu orientieren, sich bezüglich der eigenen Ziele realistisch zu beurteilen und um eigenes Verhalten und Denken zu modifizieren, um eigene (Lebens-) Ziele zu erreichen. Auf pauschale Rückschlüsse für den eigenen Wert wird jedoch verzichtet. Vielmehr erarbeiten die Klient*innen mit therapeutischer Hilfe ein differenziertes, zeitpunktorientiertes und den jeweiligen Umständen und Situationen Rechnung tragendes Selbstbild. Hierfür bewerten sie ihre einzelnen Fähigkeiten, Eigenheiten, moralischen Werte und Ziele zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Tab. 1: Beispiel für ein differenziertes Selbstbild

Ich, Paula ...	
Was ich momentan an mir mag:	Was ich momentan nicht an mir mag:
meinen Humor	melde mich zu selten bei meiner Freundin
kann momentan 10 km am Stück joggen	meine großen Füße
habe hübsche Augen	bin zu schüchtern
...	...

Anschließend werden die subjektiv negativen Eigenschaften daraufhin geprüft, ob sie beeinflussbar sind oder nicht. Unbeeinflussbare Kriterien gilt es zu akzeptieren und als schicksalhaft anzuerkennen (z. B. „Ich

habe nun einmal große Füße, damit werde ich leben müssen.“). Beeinflussbare Kriterien werden auf folgende Aspekte geprüft:

- Wie kann ich das Kriterium verändern?
- Welchen Aufwand bedeutet das für mich?
- Will ich diesen Aufwand in Kauf nehmen?

Wird der Aufwand als zu hoch eingeschätzt, bleibt nur, das unerwünschte Merkmal künftig zu akzeptieren.

Auf diese Weise kann man an seinen beeinflussbaren Merkmalen arbeiten und diese solange verändern, bis man das Selbstbild zum aktuellen Zeitpunkt subjektiv optimal findet. Sinnvollerweise beginnt man dazu mit dem als am wichtigsten eingeschätzten Kriterium.

Das Selbstbild liefert lediglich eine Momentaufnahme des aktuellen Geschmacks, das nur Aussagen darüber zulässt, wie man einzelne Aspekte der eigenen Person momentan einschätzt. Ein pauschaler oder „Gesamtwert“ lässt sich daraus nicht sinnvoll ableiten.

3. Der Therapieansatz der Integrativen KVT

3.1. Behandlungsplan für Selbstwertprobleme

Der Ablauf einer IKVT ist in acht Phasen gegliedert (Stavemann, 2014b). Dabei unterscheidet sich die grundlegende Struktur des Behandlungsplans für ein Selbstwertproblem – SWP nicht von denen für ein existentielles Problem – ExP (Stavemann & Hülsner, 2019) oder für ein Frustrationsintoleranzproblem – FIP (Stavemann & Hülsner, 2016).

Die Behandlungspläne für die verschiedenen Arten von Selbstwertproblemen variieren lediglich in den Übungssituationen, die individuell an die dysfunktionalen Selbstwertkriterien der Klient*innen angepasst werden.

Acht Phasen einer ambulanten IKVT

1. Erstkontakt/Sprechstunde
2. Probatorik: vertiefte Exploration, Anamnese, Therapieplan und Prognose
3. Lebensziele analysieren und planen
4. Problemeinsicht und Veränderungsmotivation bei psychosomatischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten aufbauen
5. Das kognitive Modell zum Entstehen und Steuern von Emotionen vermitteln
6. Dysfunktionale Konzepte und Denkstile identifizieren
7. Identifizierte Selbstwertkonzepte und Denkstile auf Angemessenheit prüfen und neue, funktionale Konzepte erstellen lassen
8. Die neuen Konzepte trainieren und bahnen

3.1.1. Therapievorbereitende Phasen

- Phase 1 und 2.
Diese entsprechen dem üblichen Vorgehen für ein Erstgespräch und die daran anschließende Probatorik und Diagnostik.
- Phase 3.
„Lebensziele analysieren und planen“ wird nur dann in den Behandlungsplan aufgenommen, wenn in der Probatorik deutlich wird, dass Klient*innen über keine funktionalen Lebensziele verfügen oder die bisherigen bei erfolgreicher Therapie obsolet werden. Gerade Klient*innen mit Selbstwertproblemen versuchen in der Regel, besonders viel zu leisten, nicht zu scheitern oder besonders beliebt zu sein. Etliche setzen sich deshalb „vorsichtshalber“ gar keine Ziele oder sie verfolgen zu viele, unerreichbare oder widersprüchliche. Wer versucht, anderen zu gefallen, verfolgt dazu oft die Ziele anderer anstatt der eigenen.
- Phase 4.
Auch die „Problemeinsicht und Veränderungsmotivation bei psychosomatischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten aufbauen“ ist eine optionale Phase. Sie wird nur dann in den Therapieplan aufgenommen, wenn Klient*innen ihre physiologischen Begleitsymptome oder Verhaltensauffälligkeiten noch nicht in ausreichendem Maße mit ihrem emotionalen Problem in Verbindung bringen. In diesem Fall vermitteln Therapeut*innen psychoedukativ Wissen über psychosomatische Zusammenhänge bzw. die Funktion von Verhaltensauffälligkeiten beim Kompensieren emotionaler Probleme.

Nur wenn Klient*innen sich über ihre Ziele im Klaren sind und über ausreichende Problemeinsicht verfügen, wird mit dem kognitiven Veränderungsprozess in den Phasen 5 bis 8 begonnen.

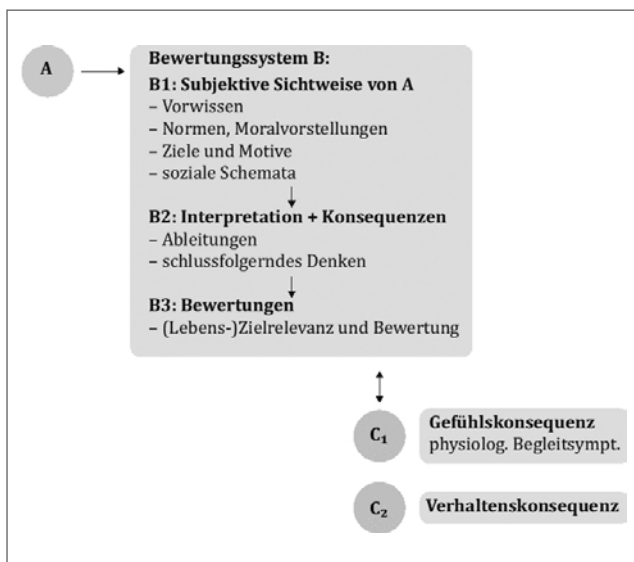
3.1.2. Dysfunktionale Selbstwertkonzepte identifizieren und verändern

- Phase 5.
Mit dem Einführen in das kognitive Modell beginnt der therapeutische Veränderungsprozess. In einem explikativen sokratischen Dialog erarbeiten die Klient*innen, was Emotionen sind, wie sie entstehen und wie sie zu verändern sind (s. Stavemann et al., 2020).
- Phase 6.
Dysfunktionale Denkstile bezüglich des Selbstwertkonzepts und damit verbundene Konsequenzen

werden mithilfe des modifizierten ABC-Modells herausgearbeitet und rekonstruiert (s. Stavemann, 2014a). Beim modifizierten ABC-Modell wird das Bewertungssystem (B) im Gegensatz zur Variante nach Ellis (2008) in seinen drei kognitiven Ebenen betrachtet:

- B1 enthält persönliche Wahrnehmungen, situationsübergreifende moralische, religiöse und soziale Konzepte, Ziele, Motive, Vorwissen und Grundannahmen sowie die Selbstwertmaßstäbe und -konzepte der Klient*innen.
 - B2 beschreibt die Schlussfolgerungen und Konsequenzen, die die Klient*innen in der Situation A aus ihren persönlichen Sichtweisen (B1) ziehen.
 - B3 enthält, wie die Klient*innen die in B2 dargestellten Schlussfolgerungen und vermuteten persönlichen Konsequenzen in Bezug auf ihre Normen, Werte und Ziele bewerten.
- Phase 7.
Beim Prüfen der erarbeiteten Selbstwertkonzepte auf Angemessenheit dienen die Ziele der Klient*innen als Prüfmaßstab. Das ABC-Modell wird dazu um das Zielgefühl (Z1) und das Zielverhalten (Z2) erweitert, in denen die Klient*innen beschreiben, welche Gefühle und welches Verhalten sie vor dem Hintergrund ihrer Oberziele und Normen für angemessen halten.

Abb. 1: Modifiziertes ABC-Modell



Anschließend trainieren die Klient*innen unter therapeutischer Anleitung, ihre Konzepte mithilfe empirischer, logischer, normativer, funktionaler und hedonistischer Dispute auf Angemessenheit zu prüfen (s. z. B. Stavemann, 2014a). Auch wenn bereits beim Disputieren der einzelnen Kognitionen dysfunktionale selbstwertbezogene Gedanken widerlegt wurden, nutzen wir zur effektiven kognitiven Umstrukturierung zusätzlich einen explikativen sokratischen Dialog zum Thema: „Was

ist das: ein wertvoller Mensch?“ Der zeitliche Mehraufwand wird durch die besonders wirksamen und änderungsresistenten Erkenntnisse, die im Dialog erarbeitet werden, aufgewogen. Die funktionalen Ergebnisse des Disputs und des sokratischen Dialogs werden in leicht abrufbaren, prägnanten Merksätzen zusammengefasst (Bneu). Durch das Verinnerlichen dieses Bneu soll es den Klient*innen künftig leichter fallen, in problematischen Situationen mit ihren Zielgefühlen (Z1) und Zielverhalten (Z2) zu reagieren.

In dieser Phase erarbeiten die Klient*innen zudem ein multimodales Selbstbild (s. Abschn. 2.2), indem sie einzelne Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen angemessen bewerten, ohne damit ihren Wert pauschal zu bestimmen.

Dieses Vorgehen wird von den Klient*innen mithilfe von SAE-Modellen (SAE=Selbstanalyse von Emotionen) geübt (s. Stavemann, 2014a), indem sie zu verschiedenen Problemsituationen ABC-Modelle aufstellen, ihre Zielgefühle und -verhaltensweisen formulieren, die rekonstruierten Selbstwertkonzepte prüfen und ein funktionales Bneu aufstellen.

3.1.3. Neue Konzepte bahnen

Es reicht meist nicht aus, ein neues Konzept zu kennen, um es im Alltag sicher anzuwenden. Dazu muss man es auch glauben und hinreichend verinnerlicht haben. Alte, gut gebahnte Konzepte sind i. d. R. automatisiert abrufbar, weil sie bereits jahre- oder jahrzehntelang gebahnt wurden. Analogie: Ein Berufskraftfahrer aus Kontinental-Europa will in Großbritannien tätig werden. Obwohl er weiß, dass er dort links fahren muss, fällt es ihm schwer, dies erfolgreich umzusetzen, da er das Rechtsfahren über viele Jahre verinnerlicht und automatisiert hat. In ähnlicher Weise sind den Klient*innen ihre alten, gut gebahnten Selbstwertkonzepte auch nach der kognitiven Umstrukturierung weiterhin vertraut. Daher ist es unabdingbar, die neuen Konzepte so lange zu trainieren, bis sie ebenfalls automatisch abgerufen und umgesetzt werden können.

- Phase 8.

*Um das neue Selbstwertkonzept zu bahnen, sammeln die Klient*innen unter therapeutischer Anleitung Übungssituationen, in denen das neue Konzept trainiert werden kann. Diese werden nach steigendem Schwierigkeitsgrad auf einer „Übungsleiter“ von Stufe 1 bis 10 geordnet.*

Auf jeder Stufe soll mindestens eine Übung stehen. Mehrere Übungen pro Stufe ermöglichen ein flexibleres Üben. Sinnvolle Übungen erfüllen folgende Kriterien:

1. Übungen sind willkürlich auslösbar, steuerbar und planbar. Unvorhersehbare und nicht planbare Situationen sind ungeeignet, weil die Klient*innen dabei i. d. R. auf ihr altes Konzept zurückgreifen und damit die alten neuronalen Verbindungen stärken. Hierzu je ein Beispiel. Ungünstige Übung (weil unvorhersehbar): Wenn ich mich das nächste Mal zufällig in der Öffentlichkeit bekleckere, will ich mich nicht schämen. Günstige Übung (weil planbar): Ich bekleckere mich absichtlich in einem Restaurant und übe, meinen Wert nicht davon abhängig zu machen.
2. Übungen sind nicht gefährlicher als das normale Alltagsleben. Sie sollen weder die Klient*innen noch andere Beteiligte schädigen.
3. Übungen sind konkret beschrieben. Vor dem Üben erstellen die Klient*innen ein „Drehbuch“, in dem festgelegt wird, wann und wo welche Übung wie genau durchgeführt werden soll. Was genau will ich sagen? Wie will ich mich in der Situation verhalten? Wie lange dauert das? Bereits kleine Veränderungen (z. B. des Ortes, der Sprechlautstärke, der Kleidung oder der Dauer) können die Übung schwieriger machen und damit die Wahrscheinlichkeit senken, dass die Klient*innen ihr neues Konzept abrufbar haben. Deshalb werden zu Beginn Übungen gewählt, die mit einem geringen Arousal einhergehen. Der Schwierigkeitsgrad für die weiteren Übungen steigt dann sukzessive an.

Übungsbeispiele für Klient*innen mit beliebtkeitsorientiertem Selbstwertkonzept

Hier werden Übungssituationen gewählt, in denen man sich vermeintlich unbeliebt machen könnte, z. B. in denen man eine persönliche oder vermeintlich verbreitete Norm bricht. Ziel: Ablehnung erhalten, ohne sich dafür pauschal abzuwerten. Z. B.:

- Beim Einkauf auf Höflichkeitsfloskeln wie „Guten Tag“, „Bitte“ oder „Danke“ verzichten
- Im Restaurant schmatzen
- „Unangemessen“ gekleidet sein

Übungsbeispiele für Klient*innen mit einem an Beliebtheit über Leistung orientierten Selbstwertkonzept

Wer bisher versucht hat, sich durch Leistung beliebt zu machen, wählt Übungssituationen, in denen man in-

kompetent oder nicht leistungsfähig auf andere wirken könnte:

- Sich an der Kasse laut verrechnen
- An der Tankstelle um Hilfe beim Betanken bitten
- Mehrfach vergeblich versuchen, in eine 10 m große Parklücke einzuparken

Übungsbeispiele für Klient*innen mit leistungsabhängigem Selbstwertproblem

Hierhin passen Übungen, in denen die alten perfektionistischen Maßstäbe nicht erreicht werden. Die verwendeten Leistungskriterien können sehr unterschiedlich sein und sind daher mit den Klient*innen individuell zu bestimmen. Z. B.:

- Klavier spielen, obwohl man es nur schlecht kann
- Einen Film ansehen, obwohl man noch E-Mails zu beantworten hat
- Sich mit jemandem zu messen, der in diesem Bereich besser ist

Die Klient*innen entscheiden eigenverantwortlich, wie viele Übungen sie von der Übungsleiter durchführen und wie intensiv sie dadurch das neue Konzept festigen möchten.

Dreistufiges Lernen

Das Bahnen der neuen Selbstwertkonzepte erfolgt in drei Stufen:

1. Training auf inhaltlich-logischer Ebene: Die Klient*innen erstellen SAE-Modelle und erarbeiten ihr neues Konzept (Bneu) zu den selbst gewählten Übungssituationen.
2. Training in sensu: Die Klient*innen trainieren das neue Konzept zunächst in sensu. [Die Bedeutung von Imaginationsübungen für das Bahnen neuer Konzepte ist vielfach beschrieben (z. B. Hackmann et al., 2012).] Dazu werden sie angeleitet, das zuvor für jede Übung erstellte Drehbuch imaginativ durchzuführen und dabei das Bneu wiederholt abzurufen. Mit Hilfe der Gedankenstopptechnik (Tyron, 2015; Stavemann, 2014b) lernen sie, auftretende alte Konzepte zu unterbrechen und sich auf ihr neues zu konzentrieren.
3. Training in vivo: Können die Klient*innen ihr Bneu in den Imaginationsübungen anwenden, wird das neue Konzept in der realen Situation geübt. Hilfreich ist dabei der Einsatz eines/einer Übungspartner*in, der/die in den Übungsablauf und das -ziel einge-

weht ist, um die Klient*innen zu begleiten und anschließend Rückmeldung zu geben. Entsprechend dem Drehbuch wird so lange geübt und es werden dabei so viele Gedankenstopps und Bneu-Wiederholungen durchgeführt, wie nötig sind, um das neue Konzept anzuwenden.

Übung nachbesprechen. Im Anschluss an jede Übung wird geprüft, ob diese dem Drehbuch gemäß durchgeführt und ob das Bneu angewendet wurde. Ist dies gelungen, werden die Klient*innen zum Eigenlob angehalten. Bei nicht erfolgreichen Übungen werden die dafür verantwortlichen Ursachen besprochen und es wird z. B. der Schwierigkeitsgrad der Übung verringert oder das Drehbuch auf bislang unberücksichtigte Reaktionen anderer erweitert.

Weitere Übungen vorbereiten und das Ende der Therapie einleiten. Nach der ersten Übung wird geprüft, ob die Übungsleiter überarbeitet werden sollte, z. B. weil inzwischen die Schwierigkeitsgrade der einzelnen Übungen anders bewertet werden. Erwies sich die durchgeführte Übung als zu schwierig, wird zunächst eine leichtere Aufgabe gewählt. Die aktuelle Übung wird so lange geübt, bis die Klient*innen in der Situation mit ihrem Zielgefühl reagieren können. Danach bereiten sie die nächste Übung vor und führen sie in gleicher Weise durch. Die Therapeut*innen begleiten die Klient*innen so lange beim Vorbereiten und Nachbesprechen der Übungen, bis diese sie eigenständig durchführen können. Dann wird das Therapieende eingeleitet.

Am Ende der Therapie haben die Klient*innen mit einem Selbstwertproblem folgenden typischen Veränderungsprozess durchlaufen:

Übersicht über einen typischen IKVT-Behandlungsplan bei Selbstwertproblemen

1. In das kognitive Modell zum Entstehen und Steuern von Emotionen einführen.
2. Das eigene Selbstwertkonzept und dessen Konsequenzen mithilfe des modifizierten ABC-Modells (s. Abb. ABC-Modell) herausarbeiten.
3. Das eigene Selbstwertkonzept mittels empirischer, logischer, normativer, funktionaler und hedonistischer Dispute auf Angemessenheit prüfen. Einen explikativen sokratischen Dialoge zum Thema: „Was ist das: ein wertvoller Mensch?“ führen.
4. Ein vielschichtiges Selbstbild mit angemessenem Bewerten einzelner Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen aufbauen, ohne den Selbstwert pauschal zu bestimmen.

5. Das neue Konzept in folgenden Schritten trainieren:

- Konkrete Übungssituationen festlegen, in denen das neue Konzept geübt werden kann.
- Übungsleitern erstellen, in denen die konkreten Übungen nach Schwierigkeit gewichtet in einer Rangreihe aufgeführt sind.
- Die konkreten Übungen auf theoretischer Ebene trainieren (SAE-Modelle erstellen und reflektieren lassen).
- Die konkreten Übungen auf imaginativer Ebene trainieren (Drehbücher für Problemsituationen erstellen und Vorstellungsübungen dazu durchführen lassen).
- Die konkrete Übung, die zuvor imaginativ zielführend bewältigt wurde, nun in vivo trainieren.

Literatur

- ELLIS, A. (2008). Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- HACKMANN, A., BENNETT-LEVY, J. & HOLMES, E. A. (2012). Imaginationstechniken in der Kognitiven Therapie. Weinheim: Beltz.
- STAVEMANN, H. H. (2014a). Integrative KVT. Die Therapie emotionaler Turbulenzen (5. Auflage). Weinheim: Beltz.
- STAVEMANN, H. H. (Hrsg.) (2014b). KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Integrative KVT (3. Auflage). Weinheim: Beltz.
- STAVEMANN, H. H. & HÜLSNER, Y. (2014). Der Blick hinter das Symptom. Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik und abgeleitete Behandlungspläne. Weinheim: Beltz.
- STAVEMANN, H. H. & HÜLSNER, Y. (2016). Integrative KVT bei Frustrationsintoleranz. Ärgerstörungen und Prokrastination. Weinheim: Beltz.
- STAVEMANN, H. H. & HÜLSNER, Y. (2019). Integrative KVT bei existenziellen Problemen. Umgang mit der eigenen Endlichkeit und Todesangst. Weinheim: Beltz.
- STAVEMANN, H. H., SCHOLZ, A., & SCHOLZ, K. (2020). Integrative KVT bei Selbstwertproblemen. Weinheim: Beltz.
- TYRON, G. S. (2015). Gedankenstopp. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), Verhaltenstherapiemanual. 8. Auflage (S. 135-138). Berlin: Springer, S.155-157.

AutorInnen

Dipl.-Psych. Dipl.-Kfm. Dr. rer. soc. Harlich H. Stavemann

Ausbildung in VT, GT, KVT, RET; Psychotherapeut seit 1979, Approbation für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Einzel- und Gruppenbehandlung. Kognitiver Therapeut, Kognitiver Verhaltenstherapeut, Associate Fellow of the Institute for Rational Therapy, seit 1984 Fortbildungsleiter, Lehrtherapeut und Supervisor für VT/KVT und für die Approbation in VT in diversen Instituten, diverse Publikationen zur IKVT. Mitbegründer und Leitung des IVT seit 1986



Institut für Integrative Verhaltenstherapie – IVT
Osterkamp 58
D-22043 Hamburg
stavemann@i-v-t.de

Dipl.-Psych. Andreas Scholz

Psychologischer Psychotherapeut (VT), IKVT-Therapeut, Lehrtätigkeit als Dozent und Supervisor am IVT Hamburg sowie an anderen Ausbildungsinstituten. Niedergelassen in eigener Praxis seit 2012 in Magdeburg



Psychotherapeutische Praxen
Breiter Weg 229
D-39104 Magdeburg
scholz.psychotherapie@gmail.com

Dipl.-Psych.ⁱⁿ Katrin Scholz

Psychologische Psychotherapeutin (VT), Ausbildung in Integrativer Kognitiver Verhaltenstherapie (IVT), Dozentin und Supervisorin am IVT Hamburg und an anderen VT-Ausbildungsinstituten mit Approbationsausbildung. In eigener Praxis niedergelassen in Magdeburg seit 2013



Psychotherapeutische Praxen
Breiter Weg 229
D-39104 Magdeburg
kontakt@katrinscholz.org