

Die „Arbeit am Selbstwert“ als Therapieelement in der tagesklinischen Behandlung

Matthias Krüger & Natalia Erm

Zusammenfassung: Im ersten Teil des vorliegenden Artikels wird beschrieben, wie eine neue Gruppe, die „Selbstwertgruppe“, in einen therapeutischen Wochenplan aufgenommen wird und wie sie in ihrer therapeutischen Wirksamkeit von den PatientInnen bewertet wird. Über eine Prä-Post-Messung des Selbstwerverlebens wurde überprüft, ob und in welchem Ausmaß die Gruppe tatsächlich Wirkung auf das Selbstwerverleben der PatientInnen hat. Aufgrund der Erfahrungen mit den ersten Anwendungszyklen dieser Gruppe, die in Anlehnung an das Konzept von Jacob und Potreck-Rose (2007) aufgebaut wurde, haben wir uns entschieden, die Gruppe um eine Einheit zu erweitern, in der der Aspekt des Selbstwerverlebens betont wird, der „unbedingt“ – das heißt unabhängig von Leistungen, Eigenschaften und Handlungen – gesehen werden kann.

Anschließend wird anhand einer Fallskizze nachgezeichnet, wie versucht wird, die Therapieangebote zu vernetzen, um den Tagesklinikaufenthalt insgesamt zu einem starken Impuls für die PatientInnen werden zu lassen, für sich ein „neues Muster an Erlebens- und Handlungsweisen zu weben“.

Schlüsselwörter: Selbstwert, therapeutische Wirksamkeit, Therapie als Musterveränderung

“Working with self-esteem” as a treatment component in psychiatric day care

Abstract: This article begins with an empirical section describing how a new “self-esteem group” has been accommodated into a day care clinic’s weekly therapy plan and going on to consider patients’ evaluations of the group’s therapeutic effectiveness. Using pre-post measurement of self-esteem, we attempted to ascertain whether the group has a concrete effect on patients’ self-esteem and, if so, to what extent. After the first cycles of the group, which was developed according to the approach postulated by Jacob and Potreck-Rose (2007), we decided to add a further session focusing on the “unconditional” nature of self-esteem, i.e. its being independent of performance, personality characteristics and behaviour.

We conclude with a case study that illustrates our attempts to combine the different types of therapy available, such that a visit to the day care clinic can, as a whole, provide the strong impetus required to enable the patient to “weave new patterns of experience and behaviour”.

Keywords: self-esteem, therapeutic effectiveness, therapy as pattern changing

1. Einleitung

In der Tagesklinik Friedrichshafen haben wir das Gruppentherapiemodul zur Stärkung des Selbstwerts nach Jacob, Richter, Lammers, Bohus und Lieb (2006) in das bestehende Therapiekonzept aufgenommen. Dieser gruppentherapeutische Ansatz auf verhaltenstherapeutischer Basis wurde insbesondere für PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung entwickelt. Aufgrund von Studienergebnissen (Rudolf, 1999) und der klinischen Erfahrung, dass geringes Selbstwerverleben nicht exklusiv Borderline-

PatientInnen betrifft, öffnete die Tagesklinik die Gruppe auch für PatientInnen mit anderen Störungen. Dementsprechend wurden Gruppeninhalte und Methodik an die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen und an die Rahmenbedingungen angepasst.

2. Beschreibung des Gruppenaufbaus

Das Modul erstreckt sich über insgesamt sechs Therapieeinheiten, deren thematische Ausrichtung in Tabelle 1 dargestellt wird.

Tabelle 1: Thematische Abfolge der Selbstwertgruppe

Therapieeinheit	Themen/Inhalte
1	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Erarbeiten des Begriffes „Selbstwert“</i>; was unterscheidet Menschen mit hohem von Menschen mit niedrigem Selbstwert? Wie unterscheidet sich deren Verhalten, Denken, Handeln, Fühlen? – <i>Wie hoch schätze ich meinen eigenen Selbstwert ein</i> (konkretes Umsetzen über ein Spiel, in dem es den eigenen erwarteten Erfolg einzuschätzen gilt)? Welche Stärken und Ressourcen sehe ich in mir?
2	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Erarbeiten des zirkulären Prozesses</i> zwischen Grundannahmen und dem dazu analogen, sich auf die Grundannahme beziehenden Handelns. – Welche <i>dysfunktionalen Grundannahmen</i> kultiviere ich? Welche Situationen aktivieren in mir welche Grundannahme und führen zu welchem Handeln, Denken und Fühlen (Tabelle entwerfen)? Die eigenen „Teufelskreise“ entdecken und benennen.
3	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Den Ausweg aus den Teufelskreisen finden</i>: Dagegen Handeln und dagegen Denken. – Wie kann das <i>Dagegen-Handeln und Dagegen-Denken</i> konkret bei meinen Grundannahmen und Teufelskreisen aussehen? – Was nehme ich mir konkret als Übung zum „Dagegen-Handeln“ bis zur nächsten Stunde vor?
4	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Innere Dialoge</i> zwischen der wertschätzend-bestärkenden Seite („Engelchen“) und der kritisierenden-infrage stellenden Seite („Teufelchen“) erkennen und versprachlichen; mit der Tendenz, das „Engelchen“ zu stärken, ohne das „Teufelchen“ zu verdammen; die wertschätzende Seite betonen, indem die Gruppenmitglieder sich gegenseitig positive Eigenschaften anonym zukommen lassen sollen (Sammeln in einem Briefumschlag).
5	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Erarbeiten der INSEL-Methode</i> als Verhaltensheurismus in schwierigen, belastenden Situationen: <i><u>I</u>nnere Achtsamkeit</i> (Gewahrwerden der äußeren und inneren Situation) <i><u>S</u>elbstvalidierung</i> (Sich und die Situation so annehmen) <i><u>E</u>xperimentieren</i> (Handlungsalternativen erproben und testen) <i><u>L</u>ösungen finden und positiv konnotieren</i>
6	<ul style="list-style-type: none"> – Die <i>Erfahrungen mit der INSEL-Technik</i> werden ausgetauscht. – Welche <i>Veränderungen im Selbstwernerleben</i> gegenüber dem Zeitpunkt vor der Gruppe können bemerkt werden?

Diesem Gruppenaufbau haben wir – je nach Dynamik der Gruppe nach der ersten Doppelstunde oder am Ende des gesamten Moduls – eine Einheit hinzugefügt, die den „spirituellen“ Aspekt des Selbstwernerlebens thematisieren soll. Diese zusätzliche Einheit wird folgendermaßen gestaltet:

Den Gruppenteilnehmern soll die Idee vermittelt werden, dass ihr „Dasein“ Folge eines letztlich unwahrscheinlichen, einzigartigen und in diesem Sinne wundersamen Prozesses ist. Zur spielerischen Einführung dieser Idee wird ein Filmausschnitt aus dem Woody-Allen-Film „Was Sie schon immer über

Sex wissen wollten, aber sich nie zu fragen trauten“ gezeigt und diskutiert, in dem dargestellt wird, wie sich dieses „unwahrscheinliche Ereignis“ – ein bestimmtes Spermium trifft eine bestimmte Eizelle – anbahnt. Darauf aufbauend wird die Idee des „Funkens“ weiterverfolgt, der springen muss, damit Leben – auch das eigene – entstehen kann. Dieser Funken verweist auf ein Feuer, das auch das eigene Leben entzündet hat und auch weiterhin in unser Leben „hineinfunkt“. Dieses Hineinfunken zu spüren, schafft die Anbindung an das Erleben, „Teil von etwas Größerem zu sein“ und „dazugehören“.

Je nach Gruppenatmosphäre, -dynamik und zumutbarer Offenheit findet paarweise oder in der Großgruppe ein Austausch statt, in welcher Form jeder diesen Funken spürt (beispielsweise in der Liebe zu einem Menschen, einem Tier, einer Beschäftigung, einem Talent, in der Musik, in der Kunst; in allen Dingen, in denen wir „aufgehen“ – auch dies eine Begrifflichkeit, die auf Entgrenzung des Ichs in solchem Erleben verweist – und eine tiefere Form von Resonanz in uns entsteht).

Über dieses Austauschen soll Bewusstsein und Achtsamkeit für diesen „Funken“ und das Wunderbare im ganz Alltäglichen entstehen (Rahner & Felger, 2006).

3. Evaluationsstudie

3.1 Fragestellung

Mit einer empirischen Studie wurde einerseits die Wirkung des Gruppenmoduls auf die Selbstwertschätzung der Teilnehmer untersucht, zum anderen wurden die Gruppenteilnehmer um eine Bewertung des Gruppenmoduls selbst sowie um eine subjektive Relevanzeinordnung des Selbstwertmoduls im Vergleich zu anderen Therapieelementen gebeten.

3.2 Methode

Insgesamt wurden zehn Teilnehmer der Gruppentherapie zur Stärkung des Selbstwerts der Tagesklinik Friedrichshafen befragt.

Die Dynamik des Selbstwerts der Teilnehmer wurde mittels eines standardisierten Testverfahrens, der Multidimensionalen Selbstwertkala (MSWS; Schütz & Sellin, 2006), gemessen. Die Multidimensionale Selbstwertkala ist hierarchisch gegliedert und erfasst folgende sechs Facetten des Selbstwerts:

- ▶ „Emotionale Selbstwertschätzung“ (ESWS)
- ▶ „Selbstwertschätzung Sicherheit im Kontakt“ (SWKO)

- ▶ „Selbstwertschätzung Umgang mit Kritik“ (SWKR)
- ▶ „Leistungsbezogene Selbstwertschätzung“ (LSWS)
- ▶ „Selbstwertschätzung Physische Attraktivität“ (SWPA) und
- ▶ „Selbstwertschätzung Sportlichkeit“ (SWSP).

Die Subskalen hinsichtlich emotionaler (ESWS), sozialer (SWKO, SWKR) und leistungsbezogener (LSWS) Selbsteinschätzung können einer übergeordneten Skala, der „Allgemeinen Selbstwertschätzung“ (ASW), zugeordnet werden. Die Facetten bezüglich eigener Attraktivität (SWPA) und Sportlichkeit (SWSP) werden innerhalb der „Körperbezogenen Selbstwertschätzung“ (KSW) zusammengefasst. Zusätzlich ist die Bildung eines Gesamtwerts der Selbstwertschätzung (GSW) möglich, der sich aus der „Allgemeinen“ (ASW) und „Körperbezogenen Selbstwertschätzung“ (KSW) zusammensetzt (Schütz & Sellin, 2006). Die Erhebung fand zu Beginn und nach Beendigung der Gruppentherapie statt. Zur Überprüfung der Veränderung der Skalenwerte wurde ein parametrisches Verfahren (T-Test für abhängige Gruppen) herangezogen.

Zur subjektiven Einschätzung des Gruppentherapiemoduls wurde ein selbstkonstruierter Fragebogen entwickelt, der überarbeitete Fragestellungen einer Evaluation der Gruppentherapie an der Uniklinik Freiburg (Jacob et al., 2006) sowie weitere Items enthält.

3.3 Ergebnisse

Zu Beginn der Gruppentherapie kann bei den befragten Personen vorwiegend eine unterdurchschnittliche Ausprägung des Gesamtselbstwerts (GSW) festgestellt werden. Eine vergleichbare Tendenz ist bei der Allgemeinen Selbstwertschätzung (ASW) sichtbar, die Aspekte der emotionalen (ESWS), sozialen (SWKO und SWKR) und leistungsbezogenen (LSWS) Selbstwertschätzung umfasst. Die PatientInnen schätzten die allgemeine Zufriedenheit sowie Akzeptanz der eigenen Person niedrig ein, bewerteten ihre Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen negativ und erlebten sich im sozialen Kontakt unsicher.

Zum Zeitpunkt der Beendigung des Gruppentherapiemoduls fällt die Einschätzung des Globalen Selbstwerts (GSW) und des Allgemeinen Selbstwerts (ASW) im Vergleich zum Zeitpunkt vor Beginn der Therapie deutlich höher aus.

Der T-Wert (nach Schütz & Sellin, 2006) des Gesamtselbstwerts (GSW) unterscheidet sich zu den Erhebungszeitpunkten (zu Beginn und nach Abschluss der Gruppentherapie) signifikant ($t = -2,716$;

df=9; $p < .05$). Somit war die globale Selbstwertschätzung der PatientInnen zum Zeitpunkt der Beendigung der Gruppentherapie bedeutsam angestiegen. Der Mittelwert ($M_2=38,40$) zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung liegt gleichwohl weiterhin unterhalb des durchschnittlichen Wertebereichs (durchschnittliche Ausprägung der T-Werte=40–59).

Hinsichtlich der übergeordneten Skala ASW ergeben sich ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede der T-Werte (nach Schütz & Sellin, 2006; $t=-3,217$; df=9; $p < .05$). Die Einschätzung der allgemeinen Zufriedenheit der eigenen Person gegenüber verbesserte sich zum Zeitpunkt der Beendigung der therapeutischen Intervention.

Als hochsignifikant erweist sich der Unterschied beider Subskalen, die den Aspekt der sozialen Selbstwertschätzung umfassen. Die Einschätzung des Verhaltens im sozialen Kontakt (SWKO) veränderte sich hochsignifikant im Sinne eines Anstiegs der Sicherheit im Umgang mit anderen Menschen ($t=-3,363$; df=9; $p < .01$). Ein höchst signifikanter Unterschied

der T-Werte (nach Schütz & Sellin, 2006) zwischen Beginn und Abschluss der Gruppentherapie ergibt sich zudem für die Skala SWKR (Selbstwertschätzung Umgang mit Kritik; $t=-5,027$; df=9; $p < .001$). Die Skalenwerte beider Subskalen der sozialen Selbstwertschätzung liegen nach der Gruppentherapieerfahrung im durchschnittlichen Wertebereich.

Mit Abschluss der therapeutischen Intervention lassen sich ein positiveres Selbstbild sowie eine höhere Selbstakzeptanz feststellen. Insbesondere hinsichtlich sozialer Aspekte und der Kritikfähigkeit schätzen die befragten Personen ihren Selbstwert höher ein. Demnach erleben die PatientInnen weniger Hemmungen im Umgang mit anderen Menschen, können Wertschätzungen des Umfelds besser annehmen und erleben sich als weniger kränkbar.

Im zweiten Teil der Befragung geben die Gruppenteilnehmer eine allgemeine Zufriedenheit bezüglich des Gruppentherapiemoduls an; zudem würden die befragten Personen die therapeutische Intervention weiterempfehlen.

Tabelle 2: Darstellung der Signifikanz zwischen den T-Werten nach Schütz & Sellin (2006) zu Beginn und nach Beendigung des Gruppentherapiemoduls

	M/SD T1	M/SD T2	t	df	p
Gesamtselbstwert (GSW)	31,40/7,72	38,40/5,64	-2,716	9	.024*
Allgemeine Selbstwertschätzung (ASW)	30,10/6,06	37,1/8,27	-3,217	9	.011*
Körperbezogene Selbstwertschätzung (KSW)	39,20/8,19	45,00/6,62	-2,612	9	.023*
Emotionale Selbstwertschätzung (ESWS)	33,60/8,04	38,60/5,32	-2,326	9	.045*
Selbstwertschätzung Sicherheit im Kontakt (SWKO)	33,10/7,48	42,20/6,00	-3,363	9	.008**
Selbstwertschätzung Umgang mit Kritik (SWKR)	30,10/8,69	42,60/5,08	-5,027	9	.001***
Leistungsbezogene Selbstwertschätzung (LSWS)	38,10/6,52	41,00/9,23	-7,20	9	.490
Selbstwertschätzung Physische Attraktivität (SWPA)	38,40/1,60	40,60/8,18	-1,262	9	.239
Selbstwertschätzung Sportlichkeit (SWSP)	44,20/6,37	48,40/7,15	-1,624	9	.139

Anmerkungen: t=t-Wert des t-Tests für abhängige Stichproben; df=Freiheitsgrade; p=Signifikanzniveau; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$
M/SD=Mittelwert/Standardabweichung.

Die Einschätzung der Relevanz der Gruppeninhalte zeigt eine grundsätzliche Bedeutsamkeit aller Themen, wobei Inhalte, die sich mit eigenen Grundannahmen und der Methode zur wertschätzenden Selbstevaluierung beschäftigen, als besonders wichtig beurteilt werden.

Da zahlreiche Faktoren auf die Selbstwertschätzung (wie etwa weitere therapeutische Interventionen in der Tagesklinik sowie Erfahrungen außerhalb der Klinik) wirken, wurde nach der Einschätzung besonders hilfreicher therapeutischer Aspekte zur Stärkung des Selbstwerts gefragt. Nach der Beurteilung der TeilnehmerInnen üben, neben der Teilnahme am Gruppentherapiemodul, die Einzelgespräche sowie der Kontakt zu MitpatientInnen den größten Einfluss auf die Dynamik des Selbstwerts aus. Somit ist bei der Veränderung der Selbstwertschätzung von einem komplexen Wirkungsmuster auszugehen, wobei die Selbstwertgruppe ein Bestandteil dessen darstellt.

Tabelle 3: Anzahl der Einzelnennungen der Elemente der Psychiatrischen Tagesklinik Friedrichshafen, die als hilfreich zur Steigerung des Selbstwerts angesehen wurden (Frage 7 des Fragebogens zur Beurteilung des Gruppentherapiemoduls)

Elemente der Tagesklinik	Anzahl der Einzelnennungen
Selbstwertgruppe	9
Fertigkeitengruppe	3
Körpertherapie	3
Lebensschule	5
Malen/Werken im Atelier	5
Einzelgespräche	9
Kontakt zu Mitpatienten	9
Tagesstruktur	6
Sonstiges	1

4. Die Selbstwertgruppe im Kontext der tagesklinischen Behandlung

4.1 Therapeutische Grundidee:

Ein neues Muster weben

Das tagesklinische Behandlungssetting ermöglicht es, den PatientInnen ein therapeutisch dichtes An-

gebot zu bieten, da die zur Verfügung stehenden Personalmittel aufgrund nur sehr begrenzt anfallender „Hotelkosten“ zu einem großen Teil für Einzel- und gruppentherapeutisches „Arbeiten“ mit den PatientInnen verwendet werden können. Das führt zu einer therapeutischen Intensität, deren Wirkungskraft sich potenziert, je mehr es gelingt, die verschiedenen Therapieangebote zu vernetzen und aufeinander zu beziehen. Dies geschieht zum einen durch klassische Formen des Teamaustausches (Fallbesprechungen, Übergaben, Dokumentation), zum anderen dadurch, dass die PatientInnen selbst dazu angehalten werden, Mitverantwortung für das Zusammenführen der unterschiedlichen Erfahrungen in den Einzel- und Gruppenkontakten zu übernehmen, um so „ein Muster zu weben“ (Schmidt, 2004), das sich von ihrem bisherigen Webmuster, in dem zumindest ein Anteil leidvoll und aus PatientInnenrecht als veränderungsbedürftig erlebt war, unterscheidet.

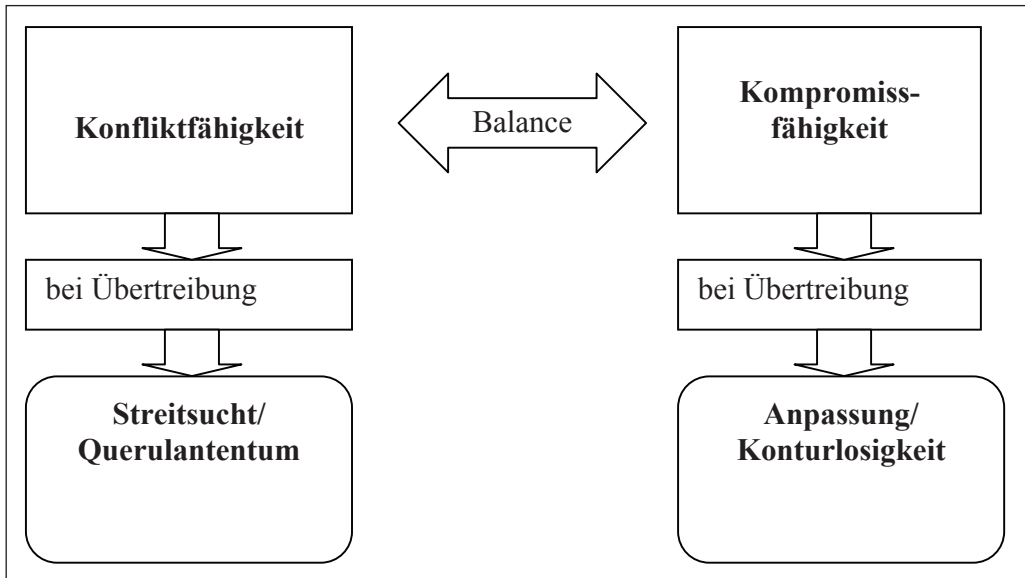
Die Selbstwertgruppe kann im Kontext der tagesklinischen Behandlung als ein, aber nicht als *der* zentrale Faden für dieses neu zu webende Muster angesehen werden. Nach diesem Modell gibt es keinen „zentralen Faden“ – allerdings wird das Muster umso stabiler und nachhaltiger, je höher der Grad der Verwobenheit der Therapieelemente im Erleben der PatientInnen ist.

4.2 Fallskizze (Herr Sch.)

In der *Selbstwertgruppe* kann Herr Sch. Folgendes als „dysfunktionale Überzeugung“ herausarbeiten: „Ich bin zu schwach, um in Konflikten mit anderen bestehen zu können; wenn ich versuche, meine Interessen durchzusetzen, werde ich niedergemacht. Diese Niederlage und die Ablehnung der anderen, die dann folgt, sind schlimmer als das „Von-vorn-herein-Nachgeben“.“

„*Therapeutische Umbewertung*“: Weg von „*Ich bin falsch*“, hin zu „*Ich muss die Balance finden*“

In den *Einzelgesprächen* wird diese Grundüberzeugung genauer in ihrer Gewordenheit und mit ihren zugrundeliegenden Prämissen zu verstehen versucht. Dabei werden die konstitutiven Orientierungen „Konfliktfähigkeit“ und „Suche nach Anerkennung“ jeweils als anzustrebende, aber mit ihren jeweiligen „Schwestertugenden“ auszubalancierende Werte im Sinne eines Wertequadrats (Schulz von Thun, 1999) gesehen: Fehlt diese Balance, entsteht in einem Fall – der Übertreibung der Konfliktfähigkeit – Streitsüchtigkeit und Querulantentum, im anderen Fall – der Übertreibung der „Kompromissfähigkeit“ – Anpasserei und Konturlosigkeit.

Abbildung 1: Wertequadrat „Konfliktfähigkeit“ versus „Kompromissfähigkeit“

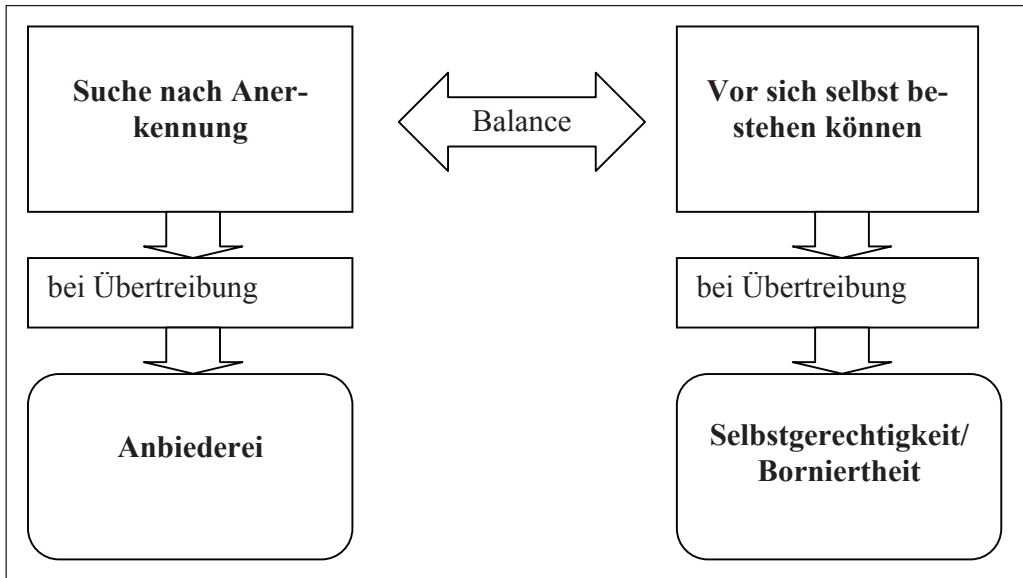
Für die „Suche nach Anerkennung“ gilt als „Schwesterwert“ die Haltung des „Vor-sich-selbst-bestehen-Könnens“. So wird die „Suche nach Anerkennung“ zu einer prinzipiell positiven Tugend, weil sie uns auf unsere soziale Natur verweist: Wir möchten dazugehören und anerkannt werden. Fehlt das Ausbalancieren mit dem anderen Pol des „Vor-sich-selbst-bestehen-Könnens“, wird sie allerdings zur Anbiederei und Buhlerei. Das nicht ausbalancierte „Vor-sich-selbst-bestehen-Können“ erfährt wiederum eine entwertende Übertreibung in Form der Selbstgerechtigkeit und Borniertheit. Siehe dazu die dargestellten Werte-Entwicklungsquadrate.

Herr Sch. kann sich so eher als Person annehmen: Als ein Mensch, der nicht „völlig verkorkst und gestört“ ist, sondern als jemand, für den es gilt, bei den Polen mehr auf die Seite der Konfliktfähigkeit und mehr auf die Seite des „Vor-sich-selbst-bestehen-Könnens“ zu gehen.

Die anderen erlebnisbasierten Therapieelemente können die Selbsterfahrung in diesen Bereichen vertiefen und als Übungsfeld dienen. Beispielsweise in der Musiktherapie: „Kann ich meinen Rhythmus halten oder sogar den anderen gegenüber durchsetzen?“, oder in der Körper- und Bewegungstherapie (in der Zeit, als Herr Sch. in unserer Behandlung war, führten wir einen Stockkampf-Workshop durch, der besonders gut für „das neue Muster“, das es für Herrn Sch. zu weben galt, nutzbar war): „Kann ich hinste-

hen, Kontra geben? Wie spüre ich den Kontakt mit dem anderen? Wann werden meine Kraft und die des anderen positiv spürbar? Wann wird sie zur Aggression? Wann wird sie bedrohlich?“. Im Atelierbereich gestaltete Herr Sch. die jeweils vier Elemente der Werte-Entwicklungsquadrate als „Giacometti-Figuren“ mit entsprechendem gestischem Ausdruck. Der tagesklinische Alltag wurde insofern nutzbar gemacht, als mit Herrn Sch. die „Übung“ ausgehandelt wurde, dass er bei der Aufteilung des Küchendienstes für die nächste Woche darauf achten sollte, für sich einen „leichten Dienst“ wie das Frühstückstischdecken auszuwählen und durchzusetzen und das von ihm bisher ausgeführte aufwendige Spülen nach dem Mittagessen abzulehnen.

Herr Sch. wurde – wann immer es passend erschien – auf seine oben erwähnte Grundüberzeugung und das Arbeiten an derselben angesprochen. Das Team war durch Fallbesprechungen und die kollegialen Berichte über die Gruppeninhalte und -prozesse über den therapeutischen Fokus bei Herrn Sch. unterrichtet. Dennoch bleibt er – unserem Verständnis von Teamarbeit und unserem therapeutischen Konzept nach – selbst der zentrale „Web-Meister“. Auch der noch so intensive Teamaustausch kann das neue Muster nicht anstelle von Herrn Sch. selbst weben. Der Teamaustausch dient allerdings wesentlich dazu, Herrn Sch. durch das Ansprechen „seiner Themas“ Impulse zu geben.

Abbildung 2: Wertequadrat „Suche nach Anerkennung“ versus „Vor sich selbst bestehen können“

In diesem Fallbeispiel war die Teilnahme an der Selbstwertgruppe ein Weg, der den Patienten zu seiner zentralen Thematik führte. Andere PatientInnen finden andere Wege. Bei allen gilt – so unsere Erfahrung mit den verschiedenen Therapieelementen –, dass die Therapieangebote ihre konstruktive, verändernde Wirkung umso mehr entfalten, je mehr sie aufeinander bezogen werden können und je mehr sie der Patient bzw. die Patientin für sich in einen Sinnkontext stellen kann.

5. Der „transzendente“ Aspekt von Selbstwert – aus der Selbstwertgruppe ausklammern oder mit einbeziehen?

Schamerleben gilt bei Borderline-PatientInnen als die zentrale Emotion (Bohus & Wolf, 2009). Im Zentrum des Schamgefühls steht die „Angst, nicht dazuzugehören“ und aufgrund des Nicht-Erfüllens von moralischen oder leistungsbezogenen Erwartungen von der relevanten Bezugsgruppe ausgegrenzt zu werden. Bei vielen PatientInnen ist von einer existenziellen Scham (Baer & Frick-Baer, 2008) auszugehen – sie schämen sich dafür, am Leben zu sein.

Unseres Erachtens trägt das Selbstwertmodul, wie es bei Bohus und Wolf (2009) dargelegt ist, dieser existenziellen Dimension der Selbstwertproblematik bei Borderline-PatientInnen jedoch zu wenig Rechnung, weshalb wir es um diesen „trans-

zendenten-spirituellen Aspekt“ erweitert haben. Das sind zugegebenermaßen „große Worte“, die unser Meinung nach aber am ehesten beschreiben, woran es vielen PatientInnen bezüglich ihres Selbstwernerlebens basal mangelt: Am Spüren des „bedingungslosen und unbedingten“ Auf-der-Welt-Seins, am Gefühl des „Ins-Leben-gerufen-Seins“, das letztlich unabhängig von Leistung, Taten und auch Eigenschaften gültig ist.

Die „Botschaft“, die wir zu vermitteln suchen bzw. für die wir wirkungsvolle Impulse geben möchten, lautet, dass wir als Menschen – ob wir wollen oder nicht und auch ob andere Menschen (auch die Eltern) wollen oder nicht – vom Leben gewollt waren; deshalb sind wir am Leben. Wir sind in diesem Sinne ans Leben „angebunden“ (Re-Ligio) und gehören dazu, weil wir – von welcher Instanz auch immer – in diesem Sinne „gewollt“ waren: Die leiblichen Eltern können, müssen aber nicht notwendigerweise diesen „Willen“ gehabt haben. Sie sind Möglich-Macher, nicht aber Ursache des Lebens.

Uns ist bewusst, dass dieser letztlich spirituell-religiöse Gedanke nicht im Sinne einer Psychoedukation innerhalb einer Doppelstunde vermittelt werden kann, halten es aber dennoch für nützlich, zumindest Anregungen zu geben und Suchprozesse in diesem Feld anzuregen, als diese Dimension ganz auszuklammern und das Selbstwernerleben auf die Bereiche Selbstzugewandtheit, Kompetenzerweite-

rung und Relativierung der dysfunktionalen Grundannahmen zu reduzieren, in denen diese Dimension weitestgehend fehlt.

Wie bereits erläutert, versuchen wir nach einer spielerisch-leichten Einführung mit einem Filmausschnitt dieses Themenfeld zum einen darüber anzugehen, dass jeder Teilnehmer angeregt wird, im eigenen Alltag nach Erfahrungen und Erlebnissen zu suchen, die auf „etwas Größeres“ verweisen, das in unser Leben „hineinfunkt“ (Liebe, Kunsterleben, Naturerleben, ...). Zum anderen wird – allerdings in Abhängigkeit zur jeweiligen Gruppenkonstellation – der transzendente-spirituelle Aspekt direkt angesprochen („Wie erkläre ich mir mein Auf-der-Welt-Sein?“, „Wie antworte ich auf dieses Ins-Leben-gerufen-Sein bzw. wie gehe ich mit dem damit verbundenen Auftrag um, ‚etwas aus mir zu machen‘?“, „Welche ‚Aufträge‘ spüre ich, wenn ich auf meine Familie schaue? – Welche Fußstapfen sind da, in die ich treten kann und möchte? In welche möchte ich bewusst nicht treten?“).

6. Diskussion

Der vorliegende Artikel beginnt mit einem empirischen Teil, in dem die neu implementierte Selbstwertgruppe in mehrerer Hinsicht evaluiert wurde; daran anknüpfend wurde berichtet, weshalb und wie wir das Selbstwertmodul um einen spirituellen Aspekt erweitert und in dieser Form in unser Therapiekonzept eingebaut haben. In einem zweiten Teil wurde das tagesklinische Behandlungskonzept – hier besonders das Element der Vernetzung und des Aufeinander-Beziehens der einzelnen Therapieelemente – in Form einer Fallskizze dargestellt.

Zum empirischen Teil ist zu sagen, dass aufgrund der kleinen Stichprobe und des Fehlens einer Kontrollgruppe die Daten nicht die Belastbarkeit haben, dass daraus die beschriebenen Verbesserungen im Selbstwerterleben als Folge der Teilnahme an der Selbstwertgruppe zu deuten wären: Gemäß unserem dargestellten therapeutischen Konzept, das sich darum bemüht, die therapeutischen Maßnahmen aufeinander zu beziehen, ist es wahrscheinlicher, dass die therapeutischen Effekte – auch der spezifische Effekt des ausgeprägteren Selbstwert-erlebens – durch die Gesamtheit und das Zusammenwirken der Interventionen zustande kommen.

Literatur

Baer, U. & Frick-Baer, G. (2008). *Vom Schämen und Beschämtwerden*. Weinheim/Basel: Beltz.

- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). *Interaktives Fertigkeiten-training für Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Krüger, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (1998). Die Psychiatrische Tagesklinik in Friedrichshafen – Eine Beschreibung und erste Auswertung der innovativen Konzeption. *Krankenhauspsychiatrie*, 9, 22–27.
- Krüger, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (2001). Das rahmen-gesteuerte Team: Vom Versuch, gemeinsam verschieden zu sein. *Kontext*, 32, 130–142.
- Jacob, G. & Lieb, K. (2007). Verhaltenstherapie zur Steigerung des Selbstwertes bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen*, 11, 59–65.
- Jacob, G. & Potreck-Rose, F. (2007). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Intervention zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Jacob, G., Richter, H., Lammers, C., Bohus, M. & Lieb, K. (2006). Gruppentherapiemodul zur Stärkung des Selbstwertes bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeit. *Verhaltenstherapie*, 16, 212–221.
- Rahner, K. & Felger, A. (2006). *Von der Gnade des Alltags – Meditationen in Wort und Bild*. Freiburg i. B.: Herder.
- Rudolf, K. (1999). *Psychische Störungen bei jungen Erwachsenen: Korrelate und mögliche Verlaufsprädiktoren* (Dissertation im Offsetdruck). Dresden.
- Schmidt, G. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung – Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Schulz von Thun, F. (1990). *Miteinander reden: Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *Multidimensionale Selbstwertkala* (Manual). Göttingen: Hogrefe.

Zu den AutorInnen

Dr. Matthias Krüger, Ausbildungen in Verhaltenstherapie, Klinischer Hypnose, Systemischer Familientherapie und Dialektisch-behavioraler Therapie. Seit 1995 Leitender Psychologe der Psychiatrischen Tagesklinik in Friedrichshafen, Supervisor DGVT, im Vorstand der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DATPPP).

Natalia Erm, Jahrgang 1984. Seit 2008 Diplom-Sozialpädagogin/-arbeiterin auf der Sektorstation des ZfP Weissenau; Koordinatorin der Hilfeplan-konferenz für den Bodenseekreis.

Korrespondenzadressen

Dr. Matthias Krüger
Diplom-Psychologe
Psychiatrische Tagesklinik Friedrichshafen
Merkurstraße 3
88046 Friedrichshafen
E-Mail: matthias.krueger@tagesklinik-fn.de

Natalia Erm
Dipl.-Sopäd./Dipl.-Sozialarbeiterin
ZfP Südwürttemberg Weissenau
Weingartshofer Straße 2
88214 Ravensburg
E-Mail: natalia.erm@zfp-zentrum.de



Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

18. Workshoptagung

der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

31. März - 02. April 2011 in Tübingen

“Zwischen Krise und Trauma”

Psychotherapie und Verarbeitung belastender Lebensereignisse

Vorträge, Workshops, Fallseminare,
Fachpolitik und Informationen

Referat für Aus- und Weiterbildung
Postfach 13 43, 72003 Tübingen
☎ 07071 9434-34 ☎ 07071 9434-35

E-Mail: awk@dgvt.de

www.dgvt.de