

Dynamiken der Selbst-Stabilisierung im Alter*

Werner Greve**, Dirk Wentura*** & Monika Zisterer****

Zusammenfassung

Es wird argumentiert, daß die empirisch vielfach bestätigte Stabilität des Selbstbildes im Erwachsenen- und insbesondere im höheren Alter nicht nur durch defensive Mechanismen aufrechterhalten werden kann. Vielmehr ist das Selbstbild aufgrund seiner Handlungsrelevanz auch zu einer hinreichend realitätsadäquaten Struktur und damit auch zur akzeptierenden Integration von Abbau-, Verlust- und Defiziterfahrungen gezwungen. Prozesse der Selbst-Immunsierung werden als Lösung des sich hier andeutenden Dilemmas vorgeschlagen. Dabei werden die „Operationalisierungen“ eines bedrohten Konzeptes so angepaßt, daß die aktuell nicht mehr oder weniger verfügbaren Kompetenzen als weniger diagnostisch, die weiterhin verfügbaren dagegen als aussagefähiger für den je übergeordneten Selbstkonzeptbereich eingeschätzt werden. Jedoch stößt Immunsierung dann an Funktionalitätsgrenzen, wenn durch sie notwendige Revisionen des Selbstbildes behindert werden. Immunsierung verliert daher jenseits eines bestimmten Punktes seinen Nutzen. In einer empirischen Studie mit 133 Alkoholikern wird gezeigt, daß die Immunsierung des Selbstbildes, kein Alkoholiker zu sein, bei Patienten einer Kurklinik geringer ausgeprägt ist als bei Probanden einer TÜV-Untersuchung zur Wiedererlangung des Führerscheins. Es wird argumentiert, daß Identität und Selbstwert jedoch auch bei Durchbrechung der Immunsierung insbesondere im höheren Alter durch akkommodative Adaptationen gestützt und bewahrt werden können, indem die Bewertung bedrohter Aspekte gegenüber unbedrohten Aspekten kompensatorisch reguliert wird.

Schlüsselwörter

Selbstkonzept, Immunsierung, Akkommodation

Summary

Self-concept stabilization in adulthood: Functionality and limits of functionality of self-immunization

It is argued that the stability of the self-concept in adulthood and old age, which is repeatedly shown in empirical studies, is maintained not only by defensive processes. Since the self-concept is a relevant action-regulating system, it has to be sufficiently realistically structured and hence has to integrate even experiences of decline, loss or deficit. It is argued that processes of self-immunization can solve this dilemma by changing the "operationalization" of a threatened concept in a way that no longer possessed competencies are reduced in their diagnosticity while still available skills are strengthened. However, self-immunization reaches its limits of functionality if it obstructs necessary revisions of the self-concept. In a study with 133 alcoholics it is empirically demonstrated that immunization of self-concept of not being alcoholic is lower for patients of a clinic that for people who attempt to regain their drivers license which is revoked due to drunken driving. However, it is argued that even overcoming the defense line of self-immunization in old age does not entail a destabilization of identity and self-esteem, since accommodative adaptations regulate the evaluations of threatened self-aspects against unthreatened ones in a compensatory way.

Key words

Self-concept, immunization, accommodation.

* In Anlehnung an einen Vortrag bei dem Symposium "Prädikatoren gesunden Alterns", Aachen, 8. Mai 1999.

** PD Dr. Werner Greve, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Lützerodestr. 9, 30161 Hannover, Tel: (0511) 348 36 23, email: greve@kfn.uni-hannover.de

*** Dr. Dirk Wentura, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Psychologisches Institut IV, Fliegenerstr. 21, 48149 Münster. email: wentura@psy.uni-muenster.de.

**** Dipl.-Psych. Monika Zisterer, Steinachstr. 20, 29198 Schriesheim.

1 Das Selbst im Erwachsenenalter

Die Untersuchung von Veränderungen und Entwicklungsprozessen des Selbstbildes im Erwachsenenalter hat in der empirischen Forschung zum Selbst lange ein Schattendasein gefristet, aus mehreren Gründen. Prominent in der einschlägigen Diskussion ist zunächst das Kindes- und Jugendalter gewesen, denn hier ist Entwicklung als permanente Veränderung sichtbar (FUHRER et al., 1999; PINQUART & SILBEREISEN, 1999). Man könnte fast sagen, daß man daran das Erwachsensein überhaupt erst erkennt, daß man weiß, wer man ist, wer man sein will. Denn jetzt sind andere Entwicklungsaufgaben zu lösen, etwa die Familiengründung und die berufliche Etablierung. Das Selbst kann aber nur dann als Fundament und Basis dieser Entwicklungen und Entscheidungen fungieren, wenn es nicht seinerseits dauernd Turbulenzen ausgesetzt ist und verursacht.

So kommt es, daß in bezug auf das Selbst der Entwicklungsabschnitt des Erwachsenenalters auf den ersten Blick gar keiner zu sein scheint (GREVE, 1999a). Wenn man die vorliegenden Befunde überblickt, findet sich ganz überwiegend eine recht hohe Stabilität des Bildes, das der erwachsene, und insbesondere der ältere Mensch von sich selbst hat (vgl. z.B. CHEEK & HOGAN, 1983; FILIPP & KLAUER, 1985; MCCRAE & COSTA, 1982; MONGE, 1975; MORTIMER et al., 1982; zum Überblick BENGTON et al., 1985; GECAS, 1982; vgl. auch BRANDSTÄDTER & GREVE, 1992). Das ist zunächst auch nicht sehr überraschend. Als Erwachsene haben wir normalerweise ein recht sicheres Gefühl persönlicher Identität über unsere Entwicklung hinweg: Wir sind heute dieselben Personen, die wir voriges Jahr waren. Das, was sich allenfalls da oder dort verändert haben mag, war nicht eigentlich kennzeichnend für mich als Person und Individuum. Das gilt im übrigen auch für die Außenperspektive: „Er ist immer noch ganz der alte!“, auch wenn die Haare grauer, der Bauch etwas fülliger und das Gedächtnis ein wenig durch-

lässiger geworden sein mögen. Überraschenderweise wiederholt sich dieser Eindruck auch, wenn man über die *Beschreibung* der Person hinaus auch ihre *Bewertung* betrachtet: Auch hier findet sich immer wieder, daß der Selbstwert der Person mit dem Alter nicht bemerkenswert variiert (BRANDSTÄDTER, WENTURA & GREVE, 1993). Die Erklärung dafür ist so alt wie die Psychologie des Selbst. Personen, gerade erwachsene, haben offenbar das starke Bedürfnis, die eigene Identität gegen allzu heftige Schwankungen oder dramatische Revisionen zu schützen, und das auf einem möglichst hohen Niveau (STAHLBERG, OSNABRÜGGE & FREY, 1986; vgl. auch GREVE, 1990). Und wenn diese Identität reichhaltig genug und hinreichend gefestigt ist, gelingt dies offenbar die meiste Zeit und in den meisten Fällen ziemlich gut. Wir kennen es alle aus der eigenen Erfahrung: Wir sehen und glauben oft vor allem das, was wir glauben wollen, gerade in Bezug auf uns selbst. Am Prüfungsmißerfolg war der Prüfer schuld, die Eins aber war natürlich meine Leistung; der Kollege, der mich krankhaft ehrgeizig nennt, ist offenbar nur neidisch, und so weiter. Dies alles ist seit dem Buch von ANNA FREUD über „Das Ich und die Abwehrmechanismen“ (1936) oft diskutiert und vielfach empirisch belegt worden, mittlerweile auch theoretisch besser fundiert (BANAJI & PRENTICE, 1994; BAUMEISTER, 1995; BROWN, 1991; CANTOR, MARKUS, NIEDENTHAL & NURIUS, 1990; LINVILLE & CARLSTON, 1994; MARKUS & WURF, 1987; vgl. hierzu auch GREVE & WENTURA, 1999).

Schon auf den zweiten Blick jedoch ist dies durchaus nicht trivial. Denn die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne (BALTES, 1990, 1997) lehrt uns seit geraumer Zeit, daß von einer Entwicklung der Person und ihrer Eigenschaften und Fähigkeiten über die gesamte Lebensspanne hinweg die Rede sein muß, und daß es insbesondere im höheren Alter zu einer zunehmenden Verschiebung der Gewinn/Verlust-Bilanz in negativer Richtung kommt, die vom Individuum in der Regel auch registriert wird (HECKHAUSEN, DIXON & BALTES, 1989). Überdies ist es eine geläufige Alltagserfahrung, daß wir uns hinsichtlich konkreter Fertigkeiten und Eigenschaften mit der Zeit eben doch mitunter auch spürbar geändert haben. Und schließlich unterliegen auch unsere Lebensumstände, unsere

physikalischen und sozialen Umwelten deutlichen Änderungen über die Spanne unseres Lebens hinweg. Diese Entwicklungen sollten im individuellen Selbstkonzept seinen Niederschlag finden. Andernfalls würde es zunehmend weniger veridikal, und das heißt: zunehmend dysfunktional werden, und damit zwar nicht seine handlungsregulative *Bedeutung*, aber immer mehr seinen handlungsregulativen *Nutzen* verlieren, u. U. sogar zum Hindernis für erfolgreiches Handeln werden. Denn das Selbstkonzept ist zweifellos ein wichtiges Handlungsregulativ (BAYER & GOLLWITZER, 1999; FILIPP, 1979; GOLLWITZER & BARGH, 1996) und muß daher vielleicht nicht so genau wie möglich, sicher aber so realistisch wie nötig sein. Wer aufgrund vollständig falscher Voraussetzungen handelt, wird meistens scheitern. Also ist man, wenn man sich verändert, doch irgendwie gezwungen, Tatsachen zur Kenntnis zu nehmen, die mit dem aktuellen und allemal dem gewünschten Selbstkonzept im Widerspruch stehen.

Und tatsächlich gibt es auch dafür empirische Belege. Eine eigene sozialpsychologische Forschungstradition hat durch eine Reihe einfallreicher Experimente zeigen können, daß das Selbstbild im Einzelfall durchaus veränderungsfähig ist. Schon in den siebziger Jahren etwa hat GERGEN (1979) vorgeführt, daß man Personen bei geschicktem Arrangement der Umstände sogar dazu bringen kann, an ihrer heterosexuellen Orientierung zu zweifeln. Die Stabilität solcher Zweifel sind nicht untersucht, vor allem aus ethischen Gründen natürlich, aber sie belegen, daß das Selbst gewiß keine realitätsferne monolithische Einheit bildet. Neuere Studien, etwa von HANNOVER (1996, 1999), zeigen, daß sich das aktuelle Selbstbild in mitunter verblüffender Weise an den aktuellen Handlungskontext anpaßt. Und es macht ja tatsächlich unter Funktionalitätsgesichtspunkten Sinn, wenn sich unser Selbstbild kurz- und längerfristig verändernden Realitäten und Kontexten anpaßt.

Wie paßt das nun aber zu dem introspektiven Eindruck und dem empirischen Befund der enormen Stabilität und Kontinuität des erwachsenen Selbst und zu der so plausiblen Theorie über jene zahlreichen Abwehrmechanismen? Man muß nicht gleich ein Paradox proklamieren um zu sehen, daß hier ein theoretisches Problem liegt (CANTOR et al., 1986; GRE-

VE & WENTURA, 1999; SWANN & HILL, 1982), und der scheinbar langweilige Befund der Selbstkonzeptstabilität im zumal höheren Erwachsenenalter entpuppt sich bei näherer Betrachtung als durchaus erklärungsbedürftig. Das Selbst, so kann man sagen, ist offenbar zwei Prinzipien verpflichtet. Jene Prozesse, die die Kontinuität und positive Tönung des Selbstkonzeptes gegen Bedrohungen und Krisen verteidigen, dürfen eben nicht das Kind mit dem Bade ausschütten. Die Stabilität des Selbstkonzeptes darf nicht und wird offenbar auch nicht um den Preis eines vollständig unrealistischen Selbstbildes aufrecht erhalten werden (GREVE, 1999b). So schön es wäre, immer derselbe zu bleiben oder gar immer besser zu werden, so *wichtig* ist es, die sich wandelnde Realität zur Kenntnis zu nehmen, wenigstens soweit, daß man nicht ernstlich mit ihr kollidiert.

2 Realistischer Widerstand: Prozesse der Selbst-Immunsierung

Unglücklicherweise jedoch sind beide Prinzipien nicht immer gleichzeitig zu bedienen. Insbesondere die gelegentliche unvermeidliche Akzeptanz von Defiziten oder Verlusten zwingt, so scheint es, zu Revisionen im Selbstbild, die dem Wunsch nach stabiler und positiv getönter Identität eher entgegenstehen. Betrachten wir ein Beispiel. Eine Person sei der Überzeugung, sie habe ein gutes Gedächtnis, und sie sei darauf auch stolz. Sie sei sich dessen auch ziemlich sicher, denn während der Schul- und Studienzeit habe sie sich alles oder doch das meiste immer ganz gut und relativ mühelos merken können. Inzwischen aber liegt die Studienzeit schon eine Weile zurück, man ist nicht mehr so fit wie ehemals und das betrifft unglücklicherweise auch die Zuverlässigkeit ihres Gehirns. Zum Beispiel kommt es immer öfter vor, daß man Milch oder Butter nicht vom Einkaufen mitbringt, obwohl sie im Kühlschrank fehlen. Anfangs hat man das einfach ignoriert; der einfachste Weg, mit Vergeßlichkeiten umzugehen, ist natürlich, auch *sie* zu vergessen. Dieses ist sozusagen die erste Verteidigungslinie gegen unfreundliche Erfahrungen mit sich selbst: einfach wegsehen.

Jedoch sind Reaktionen wie diese – Verleugnen, Verdrängen – nicht immer durchzuhalten, zum Beispiel dann nicht,

wenn man vorher angekündigt hat, man ginge jetzt Milch kaufen, und man nach der Rückkehr nun danach gefragt wird. Zunächst haben es dann noch Ausreden getan: Der Laden hat umgeräumt und man hat die Milch einfach nicht gefunden, eine Begegnung mit der schwatzhaften Nachbarin hat abgelenkt, man sei heute nicht konzentriert, weil man die ganze Zeit an eine überfällige Arbeit gedacht habe. Dies ist die zweite Verteidigungslinie: Menschen akzeptieren die unfreundlichen Erfahrungen, die ihnen passieren, nicht ohne weiteres, jedenfalls nicht als die unfreundlichen Erfahrungen, die sie prima facie zu sein schienen, schon gar nicht, wenn sie festgefügt und bewährten Überzeugungen widersprechen. Man war unkonzentriert oder abgelenkt, aber nicht wirklich vergeblich. Die Bandbreite derartiger Ausweichmanöver ist ziemlich groß. Und oft genug ist das durchaus nicht nur Illusion. Vielleicht hat man wirklich nur einen schlechten Tag oder eine schlimme Grippe ist im Anzug. Warum sollte man sein lange vertrautes und bewährtes Selbstbild, daß man ein gutes Gedächtnis habe, wegen einzelner Ausnahmen revidieren? Beide Verteidigungslinien sind ziemlich effizient, die Bedrohlichkeit von inkonsistenten Informationen aller Art für das Selbst zu verringern. Und diesen Linien kann man nahezu alles zuordnen, was seit den Tagen von Anna Freud in der Klinischen und der Sozialpsychologie an Abwehrmechanismen dokumentiert und untersucht worden ist (GREVE, 1990).

Aber beide Linien sind nicht unbegrenzt zu halten. Wenn man immer wieder Dinge vom Einkaufen nicht mitbringt, die man eigentlich kaufen wollte, gibt es da offenbar irgendwo ein prinzipielles Problem, das man nicht immer wieder ignorieren kann. Wenn man in Zukunft erfolgreich einkaufen will, braucht man offenbar mittlerweile doch eine Einkaufsliste. Bedeutet dieses Zugeständnis nun aber, daß man sich von der lieb gewonnenen Überzeugung verabschieden muß, man habe ein gutes Gedächtnis? Ist, anders gefragt, das Zugeständnis, daß man ohne Liste Dinge beim Einkaufen vergißt, automatisch eine ernstliche Bedrohung des Selbstkonzeptes?

Eine Reihe von Befunden belegt, daß eine Möglichkeit, ein bedrohtes Konzept auch bei Akzeptanz einer bedrohlichen Datenlage grundsätzlich zu bewahren, darin besteht, das Konzept selbst gewis-

sermaßen an der Peripherie zu modifizieren. Man gibt dabei zu, daß man die Milch tatsächlich *vergessen* hat (und räumt damit die Notwendigkeit ein, Einkaufslisten künftig zu notieren), aber man bestreitet, daß das viel über das Gedächtnis aussagt. Man behauptet vielmehr, daß das Gedächtnis nach wie vor ausgezeichnet sei, was man z.B. daran erkennen könne, daß man Schillers „Glocke“ oder die wichtigsten Geburtstage von Freunden und Verwandten noch immer auswendig weiß. Sich Lebensmittellisten zu merken sei doch überflüssig. Dieses Manöver hat zwei Vorteile. Es macht einerseits das Eingeständnis der Notwendigkeit von Einkaufslisten möglich, aber es rettet andererseits Überzeugung, man habe ein gutes Gedächtnis, und zwar bis auf weiteres. Das Selbst ist, kurz gesagt, damit nun auch gegen künftiges Vergessen von Milch immun. Immunisierung sollte sich empirisch darin zeigen, daß man genau die Fähigkeiten für besonders aussagekräftig hält, die man aktuell gut zu beherrschen meint, und eben die Eigenschaften als weniger diagnostisch einstuft, in denen man sich aktuell weniger zutraut. Technisch gesprochen sollten also in bezug auf alle möglichen konkreten Einzelfertigkeiten (z.B. „Telephonnnummern behalten können“, „Einkaufslisten merken können“) deren subjektive Ausprägung deren Diagnostizität für einen übergeordneten Bereich („Gedächtnis“) vorhersagen. Fragt man beide Aspekte in bezug auf mehrere Fertigkeiten ab, ergibt sich pro betrachtetem Selbstkonzeptbereich für die subjektiven Fähigkeiten wie auch für deren Diagnostizitäten jeweils ein Profil pro Person. Die Ähnlichkeit beider Profile (im Sinne einer intrapersonalen Korrelation über die jeweiligen Einzelfertigkeiten hinweg) ist damit ein Indikator für Selbstimmunisierung: Je höher dieser Wert, desto höher die Immunisierung. In einer Reihe von Studien ließ sich sowohl für denselben Bereich über verschiedene Stichproben hinweg als auch über verschiedene Bereiche hinweg in allen Stichproben statistisch bedeutsame positive Immunisierungswerte zeigen (GREVE, 1990; GREVE & WENTURA, 1999, Studie 1). Längsschnittliche und experimentelle Untersuchungen belegen darüber hinaus, daß hinter diesem Muster adaptive Prozesse stehen, die die Stabilität des Selbstkonzeptes angesichts bedrohlicher selbstrelevanter Informationen sichern

(GREVE & WENTURA, 1999, Studie 2 und 3; WENTURA, 1999; WENTURA & GREVE, 1996). Selbst-Immunisierung trägt demnach in der Tat dazu bei, identitätskonstitutive Selbstkonzeptaspekte trotz des Eingeständnisses von einzelnen konkreten Veränderungen und Verlusten grundsätzlich weiterhin aufrechtzuerhalten. Dies erklärt, wieso wir über die lange Spanne des Erwachsenenalters offenbar gleichzeitig sehr realistisch und realitätsorientiert und meist erfolgreich handeln können, obwohl sich in und um uns über die Jahre manches verändert, aber wir trotzdem gerade hier so ein starkes Gefühl dafür bewahren können, dieselbe Person geblieben zu sein.

3 Die Funktionalitätsgrenze der Immunisierung: Eine empirische Studie zum Alkoholismus

Nun hat dieser Mechanismus der Selbst-Immunisierung Grenzen. Vor allem zwei Aspekte sind hier besonders hervorzuheben. Zum einen findet diese Verteidigungslinie ihre gewissermaßen natürliche Grenze dort, wo der begriffliche Rahmen eines Konzeptes überschritten wird (wir kommen auf diesen Gesichtspunkt im folgenden Abschnitt zurück). Vor allem aber ist gerade aus gesundheitspsychologischer Sicht zu bedenken, daß es unter bestimmten Bedingungen *dysfunktional* sein wird, einen Aspekt des Selbstbildes gegen widersprüchliche Evidenz zu immunisieren, und zwar insbesondere dann, wenn dies notwendige Interventionen behindert. Die Überzeugung, man sei gesund, gegen alle Indizien und Hinweise auf eine ernstliche Erkrankung zu immunisieren, könnte beispielsweise zur Folge haben, daß man einen Arztbesuch zu lange verzögert und so therapeutische Bemühungen erschwert oder ganz unmöglich macht.

Um diesen Aspekt empirisch zu untersuchen, müssen mehrere Punkte berücksichtigt werden. Zunächst wird eine Selbstkonzeptaspekt benötigt, der sozial und emotional eindeutig bewertet ist. Wir haben hier das Selbstbild gewählt, *kein Alkoholiker* zu sein, weil „Alkoholiker“ eine sozial negativ bewertete Kategorie ist, die Personen typischerweise vermeiden (WALLACE, 1978). Zudem ist der Tatbestand des Alkoholismus, *wenn* er denn vorliegt, offenbar ein ernstlicher Interventionsanlaß (SCHMIDT, 1986). Es wer-

Tabelle 1: Kennzeichen der Stichprobe

Kennwerte	Teilgruppe		p^a
	NBA ($n = 31$)	BA ($n = 102$)	
Alter (M , Jahre)	36,5	39,1	$> 0,24$
Alter (SD , Jahre)	11,4	8,8	
Altersspanne (Jahre)	19–63	21–57	
Frauen (%)	10	36	$< 0,01$
Bildung ^b	3,3	14,0	$> 0,07$
Alkoholprobleme (Jahre) ^c	7,8 ($n = 19$)	10,6 ($n = 98$)	$> 0,09$

^a p -Niveau des jeweiligen Signifikanztest (t -test für Alter und Alkoholprobleme, χ^2 für Geschlechtsverteilung, Mann-Whitney U-Test für die sechsfach gestufte Bildungsvariable)

^b Prozent der Teilnehmer/innen mit Abitur oder Hochschulstudium

^c „Seit wievielen Jahren ist Ihr Alkoholkonsum problematisch?“ (in Klammern: Zahl der gültigen Antworten)

den dann verschiedene Gruppen von Personen benötigt, die (1) von entsprechender Evidenz (deutliche Indizien und/oder sozial valide Rückmeldungen) bedroht werden, daß sie tatsächlich Alkoholiker sind, sich dabei aber gleichzeitig voneinander im Hinblick auf das Bedürfnis (oder Erfordernis) unterscheiden, ihr Selbstbild, kein Alkoholiker zu sein, zu verteidigen. Dieser letzte Punkt impliziert die methodisch schwierige Anforderung, Personen als Alkoholiker zu identifizieren, die eben wegen der Selbstverteidigung, genau dies entschieden bestreiten. Hierzu wurden Personen auf eine Teilnahme an der Untersuchung angesprochen, die sich zur Untersuchung bereit TÜV vorstellten, um ihren Führerschein bzw. ihre Fahrerlaubnis wiederzuerlangen. Ausgewählt wurden solche Personen, die entweder mit einem Blutalkoholgehalt von 1,8 ‰ am Steuer oder wiederholt mit jeweils steigender Promillewerten erappt worden waren, weil hier von ernstlichen Alkoholproblemen ausgegangen werden kann (vgl. z.B. STEPHAN, 1988, WAGNER, 1992). Diese Personen („Nicht-bekennende Alkoholiker“, NBA) wurden mit einer Gruppe von Patienten in einer Kurklinik für Alkoholiker kontrastiert, die naturgemäß den Anlaß dieses Kuraufenthaltes nicht grundsätzlich bestreiten („Bekennende Alkoholiker“, BA).

Methoden

Teilnehmer. Die erste Teilnehmergruppe (NBA; $N = 31$) wurde mit Hilfe des TÜV Pfalz e.V. rekrutiert; notwendige Kriterien

für die Teilnahme waren entweder ein Blutalkoholgehalt von $\leq 1,8$ ‰ bei Auffälligkeit oder steigende Promillewerte bei wiederholter Auffälligkeit. In allen Zweifelsfällen wurde zusätzlich ein Expertenrating der begutachtenden TÜV-Psychologin erbeten. Die zweite Teilnehmergruppe (BA; $N = 102$) wurden in der Fachklinik „Thommener Höhe“ (Darscheid, Eifel) rekrutiert (15 Personen aus einer Warteliste, 87 Personen während des Therapieaufenthaltes, wobei die Aufenthaltsdauer zum Zeitpunkt der Befragung zwischen einer und 25 Wochen variiert; $M = 9,2$; $SD = 5,9$). Deskriptive Kennwerte beider Teilgruppen stellt Tab. 1 zusammen.

Material. Insgesamt 79 Symptome und Indikatoren von Alkoholismus wurden aus verschiedenen Alkoholismusingentaren zusammengestellt (FEUERLEIN, 1984; FEUERLEIN, RINGER, KÜFNER & ANTONS, 1979; FUNKE, FUNKE, KLEIN & SCHELLER, 1987; SCHLÜTER-DUPONT, 1990; SCHMIDT, 1986), um eine möglichst große Spannweite von psychischen, physischen und sozialen Aspekten zu erfassen. Analog zu dem Vorgehen in mehreren vorangegangenen Studien (GREVE, 1990, GREVE & WENTURA, 1999) wurde diese Liste zweimal vorgegeben. Zum einen wurde die subjektiv eingeschätzte Diagnostizität erfragt (z.B.: Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu: „Jemand, der Alkoholiker ist ... denkt häufig an Alkohol“; Einschätzung von „0“ = „stimmt auf keinen Fall“ bis „8“ = „stimmt mit Sicherheit“). Zum anderen wurden die Teilnehmer ge-

fragt, inwieweit die jeweilige Beschreibung aktuell auf sie zutrifft (z.B.: „Ich denke häufig an Alkohol“; „0“ = „gar nicht bis „8“ = „vollständig“). Zusätzlich wurde eine Selbsteinschätzungsskala zum Alkoholismus mit 11 Items vorgegeben (z.B. „Ich bin Alkoholiker“, „Ich kann meinen Alkoholkonsum kontrollieren“, „Ich brauche Hilfe, um vom Alkohol loszukommen“). Strikte Anonymität wurde explizit zugesichert; zudem füllten alle Teilnehmer den Fragebogen unbeobachtet aus (NBA-Teilnehmer in einem Warteraum, BA-Teilnehmer entweder in einem Ruheraum oder in ihren Privaträumen in der Kurklinik, die Teilnehmer der Wartegruppe zuhause). Alle Teilnehmer gaben ihre Fragebögen in verschlossenen unmarkierten Umschlägen zurück.

Ergebnisse

Selbstwahrnehmung von Alkoholproblemen. Im Hinblick auf die Selbst-Diagnose von Alkoholismus unterscheiden sich beide Gruppen bedeutsam voneinander. Die BA-Gruppe hat in der Selbsteinschätzungsskala ($\alpha = 0,87$) einen signifikant höheren Mittelwert ($M = 53,80$; $SD = 8,43$) als die NBA-Gruppe ($M = 18,65$; $SD = 10,92$; $t[128] = 18,48$, $p < 0,001$). Dies gilt auf für die symptombezogenen Selbsteinschätzungen: die mittlere Ausprägung liegt für die NBA-Gruppe bei $M = 1,05$ ($SD = 0,78$) und für die BA-Gruppe bei $M = 3,45$ ($SD = 1,77$; $t[114,17] = 10,68$, $p < 0,001$).

Selbst-Immunsierung. Allgemein beurteilten beide Gruppen die Diagnostizität

der Einzelsymptome für Alkoholismus gleich: $M[NBA] = 5,01$ ($SD = 1,60$), $M[BA] = 5,29$ ($SD = 1,24$); $t[131] = 1,05$, *n.s.* Zur Erfassung der Immunisierungstendenz wurde analog zu dem oben geschilderten Verfahren die intrapersonale Korrelation zwischen subjektiver Ausprägung und Diagnostizität über die vorgegebenen Symptome hinweg berechnet (dabei wurde hier das Vorzeichen verändert, weil hier anders als bei den früheren Fragebögen eine geringe Ausprägung eines Symptoms ein positiver Indikator – für das Nicht-Vorliegen von Alkoholismus – ist). Dieser SI-Index variiert zwischen $-0,38$ und $0,98$. Erwartungsgemäß zeigt die NBA-Gruppe eine bedeutsam stärkere Immunisierungstendenz als die BA-Gruppe ($t[131] = 5,31$, $p < 0,001$).

Jedoch könnten die absoluten SI-Werte in der NBA-Gruppe aufgrund von Varianzrestriktion artifiziell zu niedrig liegen, weil die Zahl der als selbstzutreffend beschriebenen Symptome erwartungsgemäß wesentlich geringer ist. Aus diesem Grund wurden drei weitere Analysen berechnet. (1) Während Korrelationskoeffizienten sensitiv für Varianzeinschränkungen sind, gilt dies für Regressionskoeffizienten nicht. Daher wurden intra-individuelle Regressionen von Diagnostizität auf Selbsteinschätzungen (über alle Symptome hinweg) berechnet. Auch hier zeigt die NBA-Gruppe einen signifikant höheren Immunisierungswert als die BA-Gruppe ($t[131] = 4,49$, $p < 0,001$). (2) Um mögliche Konfundierungen direkter zu kontrollieren, wurden hierarchische Regressionen berechnet. Im ersten Schritt wurde für SI-Werte als Kriterium die mittlere Selbsteinschätzung, die individuelle Standardabweichung über die Selbsteinschätzungen und (aufgrund explorativer Voranalysen und Augenschein der Verteilung) der quadratische Term der mittleren Selbsteinschätzung im ersten Schritt als Prädiktor eingeführt. Diese Variablen klären 31 % der Varianz auf. Die im zweiten Schritt in die Gleichung aufgenommene Kontrastvariable (1 = BA, 2 = NBA) erbrachte ein signifikantes Beta-Gewicht ($\beta = 0,16$, $t[128] = 1,70$, $p < 0,05$ [einseitig]). (3) Ein konservativer Test schließlich vergleicht beide Gruppen in bezug auf den relativen Anteil der Personen mit SI-Werten größer/gleich 0. In der NBA-Gruppe ist dieser Anteil 0,39 ($n = 12$), dagegen in der BA-Gruppe 0,08 ($n = 8$); diese Verteilungen

unterscheiden sich bedeutsam ($\chi^2 = 17,73$, $p < 0,001$).

Für eine detailliertere Analyse wurde die BA-Gruppe in drei Subgruppen geteilt: (1) die Warte-Gruppe ($n = 15$), (2) Patienten in der ersten Therapiephase ($n = 32$), die etwa sechs Wochen dauert und Reflexionen über Alkoholabhängigkeit und die Entscheidung für vollständige Abstinenz fokussiert, (3) Patienten in der Hauptphase der Therapie ($n = 45$). Eine einfaktorische Varianzanalyse mit SI als abhängiger und den vier Gruppen (NBA sowie die drei BA-Subgruppen) als Faktor zeigte einen bedeutsamen Haupteffekt ($F(3,119) = 14,02$, $p < 0,001$). Im a posteriori Mittelwertvergleich (Duncan) zeigte sich, daß der Mittelwert für NBA höher als für alle drei anderen Gruppen liegt. Darüber hinaus ist der SI-Wert in der Hauptphase ($M = -0,41$) signifikant höher als in der ersten Phase ($M = -0,76$) und als in der Wartegruppe ($M = -0,61$). Der geringe Wert der Wartegruppe unterstützt die Annahme, daß eine geringe Selbstimmunisierung nicht auf spezielle Kontexteffekte der Therapie selbst zurückgeht. Es erscheint plausibel, daß der Rückgang der SI-Werte von der

ersten zur Hauptphase darauf zurückgeht, daß die (intraindividuellen) Korrelationen verringert werden, weil viele Items der Symptomliste für abstinenten Personen nicht mehr zutreffen, aber weiterhin als hoch diagnostisch eingestuft werden.

Diese Studie relativiert eine einseitig positive Betrachtung der Funktionalität von Selbstkonzeptimmunisierung. Offenbar kann man im Einzelfall auch zuviel oder jedenfalls an der falschen Stelle immunisieren. Nachdem lange Zeit, insbesondere in psychoanalytischer Tradition, die Adaptivität defensiver Prozesse vielleicht zu wenig beachtet worden war, ist in den achtziger Jahren ihre Funktionalität vielleicht zu stark hervorgehoben worden (BREZNITZ, 1981; LAZARUS & GOLDEN, 1981). Die hier vorgetragenen Argumente sollen auf die Funktionalität einer spezifischen Selbst-Stabilisierungsreaktion hinweisen, ohne die Grenzen dieser Funktionalität zu ignorieren. Dies sollte freilich nicht das prinzipielle Argument widerlegen, daß Selbst-Immunsierung dazu beiträgt, das individuelle Wohlbefinden und Selbstwertempfinden zu stabilisieren, ohne die (eigene) Realität dabei ganz aus dem Auge zu verlieren. Es

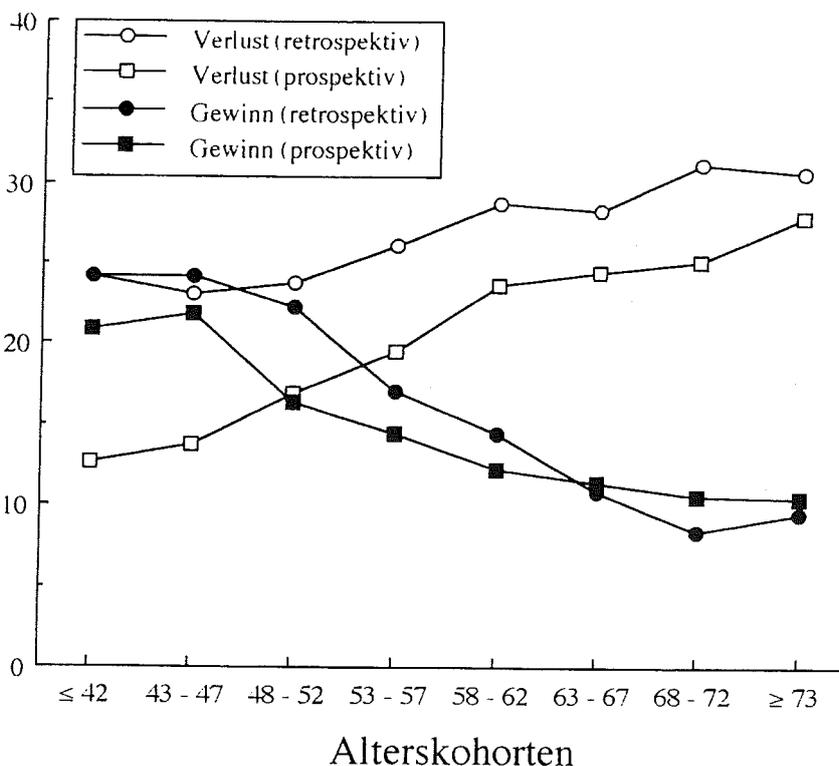


Abb. 1: Retro- und prospektive Gewinn- und Verlustwahrnehmungen bzw. -erwartungen (Abbildung entnommen aus GREVE & BRANDSTÄDTER, 1994)

weist aber darauf hin, daß defensive Stabilisierungsformen selbst dann, wenn sie im Grundsatz realitätsakzeptierend funktionieren, Funktionalitätsgrenzen erreichen können. Dies hat zugleich, wie die eben geschilderte Studie auch zeigt, Implikationen für Interventionsansätze.

4 Jenseits der Selbst-Immunsierung: Adaptation statt Selbst-Verteidigung

Allerdings hat Selbstkonzeptimmunsierung nicht nur Funktionalitätsgrenzen, sondern auch Praktikabilitätsgrenzen. Wenn das Gedächtnis wirklich auf breiter Front schwächer wird, wird man eben nicht nur Einkaufslisten und Telefonnummern, sondern auch Adressen, Spielregeln oder Hochzeitstage vergessen und darum irgendwann nicht umhin können, zuzugeben, daß sich in der Tat *das Gedächtnis* verschlechtert habe – und nicht nur dieser oder jener seiner Aspekte. Wie eingangs betont, wissen wir heute, daß dies mit dem Alter wahrscheinlicher und damit die Registrierung unabweislicher wird: retrospektiv wie prospektiv nehmen Verluste zu und Gewinne ab. Befunde aus einer umfangreichen Längsschnittstudie zur Entwicklungsregulation im mittleren und höheren Erwachsenenalter belegen, daß dies in der Tat der Fall ist: mit zunehmendem Alter wird die subjektive Bilanz aus Gewinnen und Verlusten zunehmend ungünstiger (vgl. Abbildung 1; GREVE & BRANDSTÄDTER, 1994; vgl. hierzu auch HECKHAUSEN, DIXON & BALTES, 1989). Zunächst und in vielen Bereichen kann man sich dagegen noch mit gewissermaßen strategischen Anstrengungen „verteidigen“. Aktive Stabilisierungsprozesse stehen Personen auch im höheren und hohen Alter vielfach zur Verfügung. Das Modell der „selektiven Optimierung mit Kompensation“ (BALTES & BALTES, 1990) hat dies in einer Reihe von Studien theoretisch und empirisch diskutiert (FREUND, 1999; STAUDINGER, 1999). Vielzitiert ist das Beispiel des Pianisten Rubinstein, der, nach eigenem Bekunden, seine nachlassende manuelle Geschwindigkeit erstens durch gezielte Selektion der noch ausführbaren Stücke und darin vor allem dadurch ausglich, daß er vor den schnelleren Passagen besonders langsam spielte, damit sie im Kontrast schneller wirken. Jedoch haben derartige *strategische* Stabilisierungsformen vor dem Hintergrund des Problems, um das

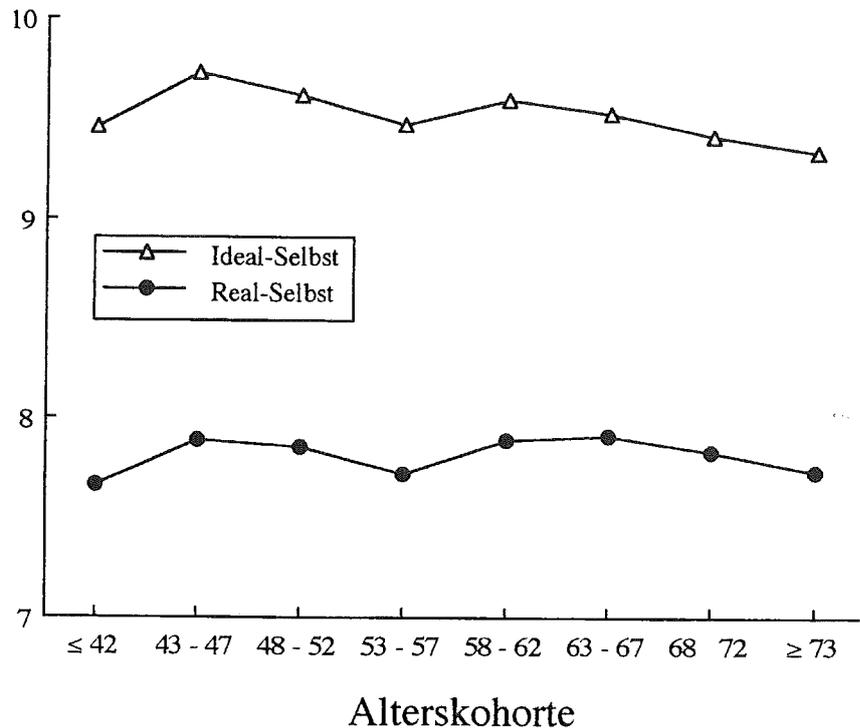


Abb. 2: Altersverläufe für das Real- und Idealselbst (Abbildung entnommen aus Greve & Brandstädter, 1994; vgl. auch Brandstädter, Wentura & Greve, 1993)

es hier geht, eine wichtige Einschränkung. Man muß nämlich, um hier überhaupt aktiv-strategisch selektiv optimieren und kompensieren zu können, zunächst *zugeben*, daß (z.B.) die motorische Geschicklichkeit nachgelassen hat. Wie aber kann *man selbst* es schaffen, das Gefühl von Kontinuität, Identität und Selbstwert angesichts dieses Eingeständnisses aufrechtzuerhalten, zumal wenn Fingerfertigkeit (oder Gedächtnis) für einen selbst ein wichtiger Selbstkonzeptbereich war? Offenbar *schaffen* es aber fast alle Menschen bis in das höhere und hohe Alter hinein, Selbstwert und Identitätsgefühl aufrechtzuerhalten (BRANDSTÄDTER, WENTURA & GREVE, 1993).

Eine plausible Antwort darauf lautet, daß man derartige Entwicklungsprobleme und -krisen, die formal als Diskrepanzen zwischen erlebter Realität (IST-Zustand) und angestrebter oder erwünschter Realität (SOLL-Zustand) beschrieben werden können (WENTURA & GREVE, 1999), durch Adaptation des SOLL-Zustandes auflösen kann (BRANDSTÄDTER, 1989, 1990, 1998). In bezug auf das Selbstbild bedeutet dies konkret, daß normative Selbst-Vorstellungen so geändert werden, daß die bedrohliche Wirklichkeit dadurch gewissermaßen „entschärft“

wird, daß sie mit den eigenen Entwicklungsnormen und -zielen nicht mehr in eklatantem Widerspruch steht. Auch diese „akkommodativen“ Anpassungen (BRANDSTÄDTER & RENNER, 1990) sind dabei nicht realitätsverleugnend, denn das „IST“ wird nicht bestritten. Wenn sich der individuelle Selbstwert, wie seit JAMES (1890) postuliert wird, aus der Diskrepanz zwischen Real- und Ideal-Selbst speist (GREVE, 1999b), kann man drohende Diskrepanzen auch dadurch lösen oder verringern, daß man das Ideal nach unten korrigiert. So kann der ältere Mensch vielleicht zugestehen, daß er jetzt vieles vergesse, was er sich früher habe merken können, und auch keine Spurts mehr schaffe; aber zugleich darauf verweisen, daß dies in seiner Lebenssituation nicht wirklich so wichtig sei wie z.B. die Gesundheit der Enkel. In mittlerweile einer ganzen Reihe von Studien ließ sich nachweisen, daß solche adaptiven Präferenzanpassungen im höheren Erwachsenenalter die Folgen von Verlusten mildern, indem sinnstiftende Um- und Neubewertungen das Verlorene ab- und das Verbliebene aufwerten (BRANDSTÄDTER & GREVE, 1992; BRANDSTÄDTER & WENTURA, 1995; BRANDSTÄDTER, WENTURA & GREVE, 1993). Diese An-

passungsdynamiken finden sich gerade auch in bezug auf das Selbst. So zeigte sich beispielsweise, daß sich das Ideal selbst dem Realselbst im Erwachsenen- und höheren Alter in höchst flexibler Weise anpaßt (Abb. 2; GREVE & BRANDSTÄDTER, 1994; vgl. dazu auch BRANDSTÄDTER, WENTURA & GREVE, 1993). Das alternde Selbst stabilisiert das Gefühl von personaler Identität durch eben diese Präferenzanpassung, damit die verbliebenen eben möglichst gerade die wertvollen Aspekte des Selbst sind. Die aktuelle Selbsteinschätzung von Selbstkonzeptbereichen, die durch Verlust- oder Defizitwahrnehmungen bedroht sind, wird, dies ist das Fazit der vortragenen Befunde und Argumente, aktiv verteidigt bzw. stabilisiert. Selbstkonzeptimmunisierung kann gerade im höheren Alter dazu beitragen, identitätskonstitutive Selbstkonzeptaspekte trotz des Eingeständnisses von – z.B. altersbedingten – Verlusten weiterhin aufrecht zu erhalten. Dies sollte zu einer Stabilisierung oder Verbesserung des Wohlbefindens und Selbstwertempfindens beitragen. Allerdings hat Immunisierung eine Funktionalitätsgrenze; sie kann dysfunktional werden, wenn notwendige Selbstbildrevisionen unterbunden werden, die für lebensqualitätsrelevante Interventionen die Voraussetzung sind. Hier ist es gerade unter Anwendungs- und Interventionsgesichtspunkten wichtig, dysfunktionale Immunisierungsprozesse zu durchbrechen, wie die oben vorgestellte Studie empirisch gezeigt hat; dies kann implizit oder explizit (etwa in selbstbildreflektierenden Interventionsformen) geschehen (GREVE & GREVE, 1998).

Die Stabilität des Selbstwertempfindens ist freilich auch bei Durchbrechen der „Verteidigungslinie“ der Selbst-Immunisierung nicht prinzipiell gefährdet. Akkommodative Anpassungsprozesse regulieren die Stabilität der persönlichen Identität und Wertschätzung und damit das allgemeine Wohlbefinden auch bei akzeptierten Verlusten und Defiziten durch adaptive Um- und Neubewertungen des Verbliebenen und möglicher neuer Perspektiven. Beide Mechanismen – immunisierende und akkommodative – lösen das Dilemma, wie die Sicherung von Identität und Wohlbefinden mit der Notwendigkeit eines handlungsrelevant hinreichend realistischen Selbstbildes zu verbinden sind.

Literatur

- BALTES, M.M. & MONTADA, L. (Hrsg.) (1996). *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt: Campus.
- BALTES, P.B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1–24.
- BALTES, P.B. (1997). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychologische Rundschau*, 48, 191–210.
- BALTES, P.B. & BALTES, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. BALTES & M.M. BALTES (Eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge: Cambridge University Press.
- BANAJI, M.R. & PRENTICE, D.A. (1994). The self in social contexts. *Annual Review of Psychology*, 45, 297–332.
- BAUMEISTER, R.F. (1995). Self and identity: An introduction. In A. TESSER (Ed.), *Advanced social psychology* (pp. 50–98). New York: McGraw-Hill.
- BAYER, U. & GOLLWITZER, P.M. (1999). Selbst und Zielstreben. In W. GREVE (Hrsg.), *Psychologie des Selbst*. Weinheim: PVU (im Druck)
- BENGTSON, V.L., REEDY, M.N. & GORDON, C. (1985). Aging and self-conceptions: Personality processing and social contexts. In J.E. BIRREN & K.W. SCHAEIE (Eds.), *Handbook of psychology of aging* (pp. 544–593). New York: Van Nostrand.
- BRANDSTÄDTER, J. (1989). Personal self-regulation of development: Cross-sequential analyses of development-related control beliefs and emotions. *Developmental Psychology*, 25, 96–108.
- BRANDSTÄDTER, J. (1990). Entwicklung im Lebensablauf. Ansätze und Probleme einer Lebensspannen-Entwicklungspsychologie. In K.-U. MAYER (Hrsg.), *Lebensläufe und sozialer Wandel. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 31 (Sonderheft), 351–373.
- BRANDSTÄDTER, J. (1998). Action perspectives on human development. In R.M. LERNER (Ed.), *Theoretical models of human development* (Handbook of child psychology, Vol. 1, 5th ed., pp. 807–863). New York: Wiley.
- BRANDSTÄDTER, J. & GREVE, W. (1992). Das Selbst im Alter: Adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 23, 269–297.
- BRANDSTÄDTER, J. & WENTURA, D. (1995). Adjustment to shifting possibility frontiers in later life: Complementary adaptive modes. In R.A. DIXON & L. BÄCKMAN (Eds.), *Compensating for psychological deficits and declines. Managing losses and promoting gains* (pp. 83–106). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- BRANDSTÄDTER, J., WENTURA, D. & GREVE, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323–349.
- BRANDSTÄDTER, J. & RENNER, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58–67.
- BREZNITZ, S. (Ed.). (1981). *The denial of stress*. New York: International Universities Press.
- BROWN, J.D. (1991). Accuracy and bias in self-knowledge. In C.R. SNYDER & D.R. FORSYTH (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 158–196). New York: Pergamon.
- CANTOR, N., MARKUS, H., NIEDENTHAL, P. & NURIUS, P. (1990). On motivation and the self-concept. In E.T. HIGGINS (Ed.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (pp. 96–121). New York: Guilford.
- CHEEK, J.M. & HOGAN, R. (1983). Self-concepts, self-presentations, and moral judgements. In J. SULS & A.G. GREENWALD (Eds.) *Psychological perspectives on the self* (Vol. II, pp. 249–273). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- FEUERLEIN, W. (1984). *Alkoholismus*. Stuttgart: Thieme.
- FEUERLEIN, W., RINGER, C., KÜFNER, H. & ANTONS, K. (1979). *Münchener Alkoholismus Test (MALT)*. Stuttgart: Beltz.
- FILIPP, S.-H. (Hrsg.). (1979). *Selbstkonzeptforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- FILIPP, S.-H. & KLAUER, T. (1985). Conceptions of self over the life-span: Reflections on the dialectics of change. In M.M. BALTES & P.B. BALTES (Eds.), *The psychology of aging and control* (pp. 167–205). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- FREUD, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. München: Kindler.
- FREUND, A. (1999). Das Selbst im höheren Alter. In W. GREVE (Hrsg.), *Psychologie des Selbst*. Weinheim: PVU (im Druck)
- FÜHRER, U., MARX, A., HOLLÄNDER, A. & MÖBIUS, J. (1999). Selbstbildentwicklung in Kindheit und Jugend. In W. GREVE (Hrsg.), *Psychologie des Selbst*. Weinheim: PVU (im Druck)
- FUNKE, W., FUNKE, J., KLEIN, M. & SCHELLER, R. (1987). *Trierer Alkoholismus Inventar (TAI)*. Göttingen: Hogrefe.
- GECAS, V. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1–34.
- GERGEN, K.J. (1979). Selbsterkenntnis und die wissenschaftliche Erkenntnis des sozialen Handelns. In S.-H. FILIPP (Hrsg.), *Selbstkonzeptforschung* (S. 75–96). Stuttgart: Klett.
- GOLLWITZER, P.M. & BARGH, J.A. (Eds.) (1996). *The psychology of action. Linking cognition and motivation to behavior*. New York: Guilford.
- GREVE, G. & GREVE, W. (1998). Evaluation von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung – theoretische Begründung und exemplarische Anwendung eines Selbstkonzept-Ansatzes. *Verhaltenstherapie*, 8, 188–198.
- GREVE, W. (1990). Stabilisierung und Modifikation des Selbstkonzeptes im Erwachsenenalter: Strategien der Immunisierung. *Sprache & Kognition*, 9, 218–230.
- GREVE, W. (1999a). Das erwachsene Selbst. In W. GREVE (Hrsg.), *Psychologie des Selbst*. Weinheim: PVU (im Druck)
- GREVE, W. (1999b). Die Psychologie des Selbst – Konturen eines Forschungsthemas. In W. GREVE (Hrsg.), *Psychologie des Selbst*. Weinheim: PVU (im Druck)
- GREVE, W. & BRANDSTÄDTER, J. (1994). *Selbstbild und Selbstbewertung im Erwachsenenalter: stabilisierende Dynamiken*. (Berichte aus der Arbeitsgruppe „Entwicklung und Handeln“ Nr. 49). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.

- GREVE, W. & WENTURA, D. (1999). *Processes of self-immunization: Maintaining the self without ignoring realities*. Manuscript submitted for publication.
- HANNOVER, B. (1996). *Das dynamische Selbst*. Bern: Huber.
- HANNOVER, B. (1999). Das Kontextabhängige Selbst. In W. GREVE (Hrsg.), *Psychologie des Selbst*. Weinheim: PVU (im Druck)
- HARTER, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. In E.M. HETHERINGTON (Ed.), *Handbook of child development: Vol. IV. Socialization, personality, and social development* (pp. 275–385). New York: Wiley.
- HARTER, S. (1990). Self and identity development. In S.S. FELDMAN & G.R. ELIOT (Eds.), *At the threshold. The developing adolescent* (pp. 352–387). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- HATTIE, J. (1992). *Self-concept*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- HECKHAUSEN, J., DIXON, R.A. & BALTES, P.B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 25, 109–121.
- JAMES, W. (1981/1890). *Principles of psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- LAZARUS, R.S. & GOLDEN, G.Y. (1981). The function of denial in stress, coping, and aging. In J.L. MCGAUGH & S.B. KIESLER (Eds.), *Aging. Biology and behavior* (pp. 283–307). New York: Academic Press.
- LINVILLE, P.W. & CARLSTON, D.E. (1994). Social cognition of the self. In P.G. DEVINE, D.L. HAMILTON & T.M. OSTROM (Eds.), *Social cognition: Its impact on social psychology* (pp. 143–193). New York: Academic Press.
- MARKUS, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63–78.
- MARKUS, H. & WURF, E. (1987). The dynamic self: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299–337.
- MCCRAE, R.R. & COSTA, P.T. (1982). Self concept and the stability of personality: Cross-sectional comparisons of self reports and ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1282–1292.
- MONGE, R. (1975). Structure of self-concept from adolescence through old age. *Experimental Aging Research*, 1, 281–291.
- MORTIMER, J.F., FINCH, M.D. & KUMKA, D. (1982). Persistence and change in development: The multidimensional self-concept. In P.B. BALTES & O.G. BRIM jr. (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 4, pp. 263–313). New York: Academic Press.
- PINQUART, M. & SILBEREISEN, R.K. (1999). Das Selbst im Jugendalter – Probleme und Perspektiven. In W. GREVE (Hrsg.), *Psychologie des Selbst*. Weinheim: PVU (im Druck)
- SCHLÜTER-DUPONT, L. (1990). *Alkoholismus-Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- SCHMIDT, L. (1986). *Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- STAHLBERG, D., OSNABRÜGGE, G. & FREY, D. (1985). Die Theorie des Selbstschutzes und der Selbstwerterhöhung. In D. FREY & M. IRLE (Hrsg.), *Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien (= Theorien der Sozialpsychologie, Bd. III)* (S. 79–124). Bern: Huber.
- STAUDINGER, U.M. (1999). Selbst und Persönlichkeit aus der Sicht der Lebensspannen-Psychologie. In W. GREVE (Hrsg.), *Psychologie des Selbst*. Weinheim: PVU (im Druck)
- STEPHAN, E. (1988). Trunkenheitsdelikte im Verkehr. *Suchtgefahren*, 34, 464–471.
- SWANN, W.B. & HILL, C.A. (1982). When our identities are mistaken. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 59–66.
- WALLACE, J. (1978). Working with the preferred defense structure of the recovering alcoholic. In S. ZIMBERG, J. WALLACE & S.B. BLUME (Eds.), *Practical approaches to alcoholism therapy* (pp. 19–29). New York: Plenum.
- WAGNER, H.J. (1992). *Beurteilungshinweise für die Begutachtung von Trunkenheitstätern*. Homburg/Saar: Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin.
- WENTURA, D. (1999). Personale und subpersonale Aspekte des Selbst. In W. GREVE (Hrsg.), *Psychologie des Selbst*. Weinheim: PVU (im Druck)
- WENTURA, D. & GREVE, W. (1996). Selbstkonzept-Immunsierung: Evidenz für automatische selbstbildstabilisierende Begriffsanpassungen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 27, 207–223.
- WENTURA, D. GREVE, W. (1999). Krise und Bewältigung. In H.-W. WAHL & C. TESCH-RÖMER (Hrsg.), *Psychogerontologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer. (im Druck)

Wir sind Frau Dipl.-Psych. Astrid Schorn-Buchner (TÜV Pfalz e.V.) und Frau Dipl.-Psych. Claudia Quinten (Fachklinik „Thommener Höhe“, Darscheid/Eifel) zu besonderem Dank für ihre Unterstützung bei der Datenerhebung und für wichtige Hinweise verpflichtet.