

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Entwicklung des Selbstwertes bzw. Selbstkonzeptes
in der Personzentrierten Psychotherapie

Verfasserin

Simone Kienzl

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie

Wien, September 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Diplomarbeitsgebiet lt. Studienblatt:

Pädagogik

Betreuer:

o. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Hüte Dich also, Deinen treuesten Freund, Dich selbst, so zu vernachlässigen, daß dieser treue Freund Dir den Rücken kehre, wenn Du seiner am nötigsten bedarfst! Ach! es kommen Augenblicke, in denen Du Dich selbst nicht verlassen darfst, wenn Dich auch jedermann verläßt; Augenblicke, in welchen der Umgang mit Deinem Ich der einzige tröstliche ist. – Was wird aber in solchen Augenblicken aus Dir werden, wenn Du mit Deinem eigenen Herzen nicht in Frieden lebst und auch von dieser Seite aller Trost, alle Hülfe Dir versagt wird?

Willst Du ... im Umgang mit Dir Trost, Glück und Ruhe finden, so mußst Du ebenso vorsichtig, redlich, fein und gerecht mit Dir selbst umgehen wie mit andern, also daß Du Dich weder durch Mißhandlung erbitterst und niederdrückst noch durch Vernachlässigung zurücksetzest, noch durch Schmeichelei verderbest. (A. F. Knigge)

Im Besonderen gilt mein Dank meinen Lieben, die mir ihr Verständnis entgegenbrachten. Weiters bedanke ich mich bei meinem Betreuer Prof. Hutterer, der mir mit viel Geduld meine Fragen beantwortete und mir auch außerhalb offizieller Sprechstunden seine Zeit schenkte.

Inhaltsverzeichnis

1	PROBLEMSTELLUNG.....	1
1.1	ZIEL DER ÜBERBLICKSARBEIT	1
1.2	AUSGANGSFRAGE	1
1.3	ANSTOß FÜR DIE VORLIEGENDE ARBEIT.....	1
2	PROBLEMBEZOGENE THEMEN	3
2.1	DEFINITIONEN.....	3
2.1.1	Selbst / Selbstkonzept.....	3
2.1.2	Selbstideal.....	4
2.1.3	Organismus.....	4
2.1.4	Gefühle / Werte	5
2.1.5	Anpassungsfähigkeit / Sozialisation	6
2.1.6	Mensch als Person	6
2.1.7	Klient.....	6
2.1.8	Erfahrungen.....	7
2.2	ENTWICKLUNG DER SELBSTKONZEPT - FORSCHUNG	7
2.2.1	Das Proprium	9
2.2.2	Carl Rogers‘ Theorie der Persönlichkeit.....	11
2.2.3	Selbstwertgefühl.....	13
2.2.4	Beispiele zur Selbstkonzept-Forschung	15
2.3	METHODEN DER SELBSTKONZEPTFORSCHUNG	16
2.3.1	Narrative Methode:	16
2.3.2	Adjektivlisten:	16
2.3.3	Sortiervverfahren.....	17
2.3.4	Selbstrating-Verfahren	17
2.3.5	Repertory-Grid-Technik kurz Grid-Test.....	18
2.3.6	Fragebogen-Methode	19
2.4	BESCHREIBUNG EINIGER MESSINSTRUMENTE	19
2.4.1	Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R).....	19
2.4.2	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Kurzform (IIP-D)	21
2.4.3	Skala Transpersonales Vertrauen (TPV)	23
2.4.4	Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens, INTREX-Introjekt Langform (SASB)	24
2.4.5	Beck Depressions Inventar (BDI).....	26
2.4.6	Beziehungsfragebogen - Relationship Scales Questionnaire (RSQ).....	28
2.4.7	Fragebogen zum Kohärenzgefühl - Sense of Coherence (SOC-13).....	30
2.4.8	Berner Stundenbogen 2000 - Version Patientenrating (Stubo)	32
2.5	AUFTRETENDE FRAGEN	34
2.6	FRAGEN DIE BIS DATO BEHANDELT WURDEN	34

2.7	ROGERS STUDIE	35
2.8	STAND DER FORSCHUNG, RELEVANZ, AKTUALITÄT	38
3	ZIEL DIESES BEITRAGS.....	38
4	KONKRETE FRAGESTELLUNG.....	40
5	HUMANISTISCHE FORSCHUNG VERSUS NATURWISSENSCHAFTLICHE FORSCHUNG 41	
6	METHODISCHE VORGANGSWEISE	42
6.1	BEGRÜNDUNG DER METHODENWAHL	42
6.2	ALLGEMEINE DARSTELLUNG DER METHODE.....	43
6.3	KONKRETISIERUNG DER METHODISCHEN SCHRITTE.....	43
7	ERGEBNISSE	44
7.1	EINFLUSS DER HISTORISCHEN ENTWICKLUNG DER PSYCHOTHERAPIE AUF DIE VERÄNDERUNGSFORSCHUNG DES SELBSTKONZEPTS	45
7.2	WIE DAS SELBSTKONZEPT IN DER GEGENWART DARGESTELLT WIRD	46
7.2.1	Aufbau von Selbstkonzepten.....	47
7.2.2	Selbstkonzeptmodelle.....	49
7.2.3	Selbstkonzeptstruktur.....	50
7.2.4	Wie hat man Zugang zum Selbst?.....	50
7.3	GEMEINSAMKEITEN DER STUDIEN	52
7.3.1	In den Studien angewendete Methoden.....	52
7.3.2	Definitionen methodischer Begriffe.....	52
7.3.3	Rekrutierung der Studienteilnehmer	54
7.4	ALLGEMEINE VERÄNDERUNG DES SELBSTKONZEPTS	55
7.4.1	Jede Psychotherapie verändert das Selbstkonzept	55
7.4.2	Anstoß zur Änderung	56
7.4.3	Unterschiedliche Reaktion auf Fehler	56
7.4.4	Minimale Einwirkung verändern das Selbstkonzept.....	57
7.4.5	Personzentrierte Therapie verändert Selbstkonzept	61
7.4.6	Gibt es bei CC auch Verschlechterungen - negative Entwicklungen?	64
7.4.7	Grenzen der Veränderung.....	64
7.4.8	Grenzen der CC-Therapie.....	65
7.4.9	Gibt es ein krankes / gestörtes Selbst?.....	65
7.4.10	Ursache für die Störung des Selbst.....	66
7.5	ÄNDERUNGSUNTERSCHIEDE IN DEN BEHANDLUNGSMETHODEN	67
7.5.1	Sind alle Therapien gleich wirksam - Äquivalenz Paradoxon.....	67
7.5.2	Personzentrierte Therapie ist langsamer hat jedoch Langzeitwirkung.....	67
7.5.3	Vergleich der Effektstärken unterschiedlicher Therapieformen.....	68
7.5.4	Unterschiedlicher Verlauf des Entwicklungsprozesses.....	70
7.6	EINFLUSSGRÖßEN AUF SELBSTKONZEPT	73

7.6.1	Wer oder was kann Einfluss auf das Selbstkonzept haben.....	74
7.6.2	Vorgegebene unveränderliche Einflussgrößen.....	75
7.6.3	Steuerbare Einflussgrößen.....	78
7.6.4	Wie wird eine Änderung des Selbstkonzepts erkennbar?.....	81
7.6.5	Wie kann die Änderung gemessen werden?.....	81
7.6.6	Was wird wie stark geändert?.....	81
8	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION.....	84
8.1	KURZDARSTELLUNG DES SELBSTKONZEPTS.....	84
8.2	ANMERKUNGEN ZUR SELBSTKONZEPTMESSUNG.....	85
8.2.1	Anforderungen an Selbstkonzeptmessung.....	85
8.2.2	Spezielle Probleme der Selbstkonzeptforschung.....	86
8.3	VERÄNDERT DIE PERSONZENTRIERTE THERAPIE DAS SELBSTKONZEPT?	89
8.4	UNTERSCHIEDET SICH DIE PERSONZENTRIERTE THERAPIE IN DER VERÄNDERUNG DES SELBSTKONZEPTS VON ANDEREN THERAPIEN?	92
8.5	WIE WIRD DAS SELBSTKONZEPT DURCH DIE PERSONZENTRIERTE THERAPIE VERÄNDERT?	94
8.6	WIE VERLÄUFT DIE ÄNDERUNG DES SELBSTKONZEPTS WÄHREND DER THERAPIE UND DANACH?	96
8.7	WELCHE VORGEgebenEN FAKTOREN BEEINFLUSSEN DIE VERÄNDERUNG DES SELBSTKONZEPTS?	98
8.8	WODURCH KANN DAS SELBSTKONZEPT VERÄNDERT WERDEN?	99
8.9	WIE IST EINE ÄNDERUNG DES SELBSTKONZEPTS ERKENNBAR?	102
8.10	KANN DIE ÄNDERUNG DES SELBSTKONZEPTS GEMESSEN WERDEN UND WIE STARK KANN DAS SELBSTKONZEPT GEÄNDERT WERDEN?	102
8.11	IST DIE VERÄNDERUNG GEWISSEN EINSCHRÄNKUNGEN ODER GRENZEN UNTERWORFEN?	103
8.12	KRANKES / GESTÖRTES SELBST	103
8.12.1	Gibt es ein krankes / gestörtes Selbst?.....	103
8.12.2	Wodurch erkrankt das Selbst oder wird es gestört?.....	105
8.12.3	Ursache / Wirkungsfrage bezüglich des Selbstwertes und den Symptomverbesserungen.....	106
8.13	DIE WIRKUNG DES SELBSTKONZEPTS LEGT SEINE HÄUFIGERE VERWENDUNG ALS ZENTRALES FORSCHUNGSOBJEKT NAHE.....	107
8.14	STÄRKEN, SCHWÄCHEN, GRENZEN.	109
8.15	EMPFEHLUNG FÜR WEITERE FORSCHUNG.....	109
9	ANHANG.....	112
9.1.1	Messinstrumente.....	112
10	LITERATURVERZEICHNIS.....	114
11	ZUSAMMENFASSUNG	123
12	SUMMARY	124
13	LEBENS LAUF	125

1 Problemstellung

1.1 Ziel der Überblicksarbeit

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, Forschungsergebnisse aufzuzeigen, die im Besonderen die Änderungen des Selbstwertes bzw. Selbstkonzeptes im Personenzentrierten Ansatz¹ erarbeitet haben.

1.2 Ausgangsfrage

Existieren einschlägige Forschungen im Personenzentrierten Ansatz, zur Frage der Veränderung des Selbstwertes?

Welche Schlussfolgerungen lassen die Forschungsergebnisse in Bezug auf die Optimierung des Selbstwertgefühles zu?

1.3 Anstoß für die vorliegende Arbeit

Psychotherapeuten² sehen es als eine ihrer Aufgaben, Techniken oder Verfahren zu erlernen die dem modernen Menschen zu einem „größeren Seelenfrieden“ verhelfen sollen (Rogers, 2005, S. 21). Der Mensch kann nur als Einzelwesen in seiner Besonderheit betrachtet werden und als solches wiederum in seinem jeweils einzigartigen Umfeld. Diese Beobachtung führt Rogers zu folgender Auffassung: „Jedes Individuum existiert in einer ständig sich ändernden Welt der Erfahrung, deren Mittelpunkt es ist“ (Rogers, 2005, S. 418).

Wie Carl R. Rogers, Begründer des Ansatzes der *client-centered therapy*, in den therapeutischen Gesprächen mit seinen Klienten auffallend feststellt, erwähnen diese sehr oft *das Selbst*. Wenn sie über ihre Probleme sprechen und in Verbindung damit über ihren

¹ Client – Centered Therapy (CC), Personenzentrierte- bzw. Klientenzentrierte- Psychotherapie, sowie, Gesprächspsychotherapie oder Non-directive Therapy sind als Synonyme zu verstehen.

therapeutischen Fortschritt, können Äußerungen wie: „Ich habe das Gefühl, dass ich nicht ich selbst bin.“ oder: „Es tut gut einmal ich selber sein zu dürfen“ vernommen werden (Rogers, 2004, S. 42). Dies bewegt Rogers mit Hilfe der Q-Technik (Stephenson, W. 1953), das Selbst zu operationalisieren, standardisieren (Rogers, 2007, S.85).

Grundsätzlich kann behauptet werden, dass an der Wirksamkeit der Personzentrierten Psychotherapie nicht gezweifelt wird. Dies ergibt sich allein schon aus dem Umstand, dass von Anbeginn der Theoriebildung (ab 1942) darauf geachtet wird, beobachtete Veränderungen an den Klienten, naturwissenschaftlich zu untersuchen (Rogers, 2007, 82). Rogers begründet seine Überlegungen so weit wie möglich mit Befunden der Grundlagenforschung (Lux, 2007, S. 11). Für Rogers gilt: Wissenschaft solle dazu dienen, von Annahmen abzustehen, die auf einer Fehldeutung von Beobachtungen beruhen (Rogers, 2006, S. 216).

Rogers ist bemüht inhaltliche Aussagen, Erwartungen über Entwicklungen in Verbindung mit der Personzentrierten Psychotherapie von Therapieprozessen abzuleiten und diese mittels Prozessforschung zu überprüfen (Kriz & Slunecko, 2007, S.16).

Darin liegt wahrscheinlich ein wesentlicher Unterschied im Vergleich zur rezenten, gegenwärtigen Forschung. Diese ist vorrangig auf reine Ergebnis- und Wirkungsforschung ausgerichtet (Kriz & Slunecko, 2007, S.16) Die Wirkungsforschung ermöglicht die Frage: Was leistet die Therapie? Dies bedarf nun einer Argumentation, die von der Befriedigung von individuellen Wirkungsbedürfnissen, vom Erreichen von Fortschritten, vom Erlangen von Mikro-Zielen im therapeutischen Prozess bis hin zur Forderung nach hoher Effektivität in klinischen Anwendungsfeldern reicht (Hutterer, 2005, S. 7).

Wenn es in der Personzentrierten Psychotherapie nur mehr um Effizienz geht, kann leicht vergessen werden, was Rogers in seiner Arbeit mit dem Menschen wichtig war. Wie Rogers meint, ist Psychotherapie eine zutiefst subjektive, existentielle Erfahrung im Klienten und im Therapeuten, eine Erfahrung, die voller komplexer Feinheiten ist und die viele Nuancen zwischenmenschlicher Beziehung enthält (Rogers, 2006, S. 224). Daher

² Unter Verwendung des grammatikalischen Geschlechts sind grundsätzlich Männer und Frauen gleichermaßen zu verstehen

erheben sich mit den einzelnen subtilen, d. h. schwer zu durchschauenden, sowie subjektiven Erfahrungen einer Person (Rogers, 2005, S. 418; Rogers, 2006, S. 224; Lux, 2007, S. 12) viele Fragen.

2 Problembezogene Themen

2.1 Definitionen

2.1.1 Selbst / Selbstkonzept

Das Selbst samt seiner bedeutenden Veränderlichkeit und die Wichtigkeit, dieses Selbst zu definieren, wird von Rogers erkannt. Rogers und seine Mitarbeiter kommen nach entsprechenden Untersuchungen zu dem Schluss: Das Selbst als eine Gestalt, eine Konfiguration zu beschreiben, in der die Veränderung eines unbedeutenden Aspektes zum völligen Wandel des gesamten Musters führen kann (Rogers, 2007, S. 31). Maßgeblich für das Selbst, ist die Anordnung wechselseitiger Beziehungen verschiedener Einzelerlebnisse in einem zusammenhängenden Sachverhalt.

Als Synonym für den Selbstbegriff kann der Begriff *Selbstkonzept* verwendet werden. Darunter ist die Wahrnehmung der Beziehungen mit anderen und der Umwelt, sowie die Bewertungen der Erfahrungen der Person zu verstehen (Keil & Stumm, 2002, S. 13). Das Selbstkonzept kann als zusammenhängendes Konstrukt verstanden werden (Kriz, 2007, S. 112). Dieses Selbstkonzept ist in jedem Augenblick eine Einheit und trotzdem veränderlich (Rogers, 2004, S. 42).

In das Selbstkonzept integrierte Erfahrungen sind vor allem bewertete Erfahrungen, sowohl organismisch wie auch sozial. Die soziale Bewertung lautet: Der unbedingten, positiven Beachtung wert. Die organismische Bewertung lautet: Mit diesem oder jenen Affekt verbunden (Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 84).

Als Ziel einer Psychotherapie, Veränderungen im Selbstkonzept zu ermöglichen, wäre anzusehen, ein besseres *Selbstwertgefühl* entwickeln zu können, d. h. eine andere – eine

annehmbare, versöhnliche – Haltung zu sich selbst finden zu können (Keil & Stumm, 2002, S. 521). Eine Steigerung des Selbstwertgefühles kann maßgeblich zu psychischem Wohlbefinden beitragen. Ein gesteigertes Selbstwertgefühl wird auf Basis von sozialer Einbindung und Zugehörigkeit zu einer stimmigen, kongruenten Selbst- bzw. Fremdakzeptanz führen (Binder, 2007, S. 264). Somit kann gesagt werden, das Selbstkonzept unterliegt einem Prozess, es befindet sich in ständiger Entwicklung (Keil & Stumm, 2002, S.13).

2.1.2 Selbstideal

Als Selbstideal kann jenes Selbst verstanden werden, welches eine Person am liebsten hätte, worauf sie für sich den höchsten Wert legt (Rogers, 2007, S. 29; Biermann-Ratjen et.al., 1997, S. 96).

2.1.3 Organismus

Rogers sieht den Menschen als einen Organismus in dem Sinne, wenn er die ganze Person in ihrer psychischen, geistigen und somatischen, dem Körper betreffenden Einheit beschreibt. Aus dem inneren, dem biologischen Kern entfaltet sich die Aktualisierungstendenz. Unter Aktualisierungstendenz kann die Tendenz des menschlichen Organismus verstanden werden, welche der Erhaltung oder Förderung des Organismus dient. Das bedeutet, dass eine Entwicklung angestrebt wird hin zu Autonomie und weg von Heteronomie oder einer Kontrolle durch äußere Zwänge (Rogers, 2007, S. 23).

Dieses Organismuskonzept ist ein psychologisches Konzept. Organismische Erfahrungen können allerdings mit dem Selbst einer Person in Konflikt geraten. Der Begriff Organismus muss in diesem Zusammenhang als weite Fassung angenommen werden. Nur so ist es möglich vom organismischen Erleben auf körperlicher Ebene – dem Horchen nach innen – bis hin zur Willens-, Entscheidungs- und Handlungsdimension, diese Erfahrungen in die Persönlichkeitstheorie zu integrieren (Keil & Stumm, 2002, S. 12f.).

Rogers schrieb in seinem Buch *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, 2005, Kap. XI: Jedes Individuum existiert in einer ständig sich ändernden Welt der Erfahrung, in

deren Mittelpunkt es ist. Die Welt ist in diesem Sinne das Erfahrungsfeld oder Erscheinungsfeld. Das Individuum stellt ein inneres Bezugssystem zum Wahrnehmungsfeld her und nur es ist dazu in der Lage dieses voll und ganz zu kennen. Das Individuum nimmt davon nur einen sehr geringen Teil bewusst wahr. Die Reaktion auf dieses Erfahrungsfeld, die Wahrnehmung dessen, ist für den Organismus Realität. Als Beispiel diene die unterschiedliche Wahrnehmung, seitens der Eltern, des Verhaltens ihres Kindes (Rogers, 2005, S. 415).

Das Lebensziel wonach Menschen streben ist: „Das Selbst zu sein das man in Wahrheit ist“ (Kierkegaard, 1924, zitiert nach Rogers, 2006, S. 167). Das Sein-was-man-ist heißt, voll in einen Prozess der Veränderung einzutreten (Rogers, 2006, S. 177).

Menschen die sich im Prozess des guten Lebens befinden oder dieses leben, dürfen nicht kleinmütig sein. Es enthält ein Ausdehnen und ein Wachsen zu einem Sein, indem der Mensch zunehmend nicht nur seine eigenen Möglichkeiten *ist*, sondern vielmehr *lebt*. Sich völlig in den Strom des Lebens hineinzugeben, bedeutet Mut zum Sein. Das Aufregende am Menschen ist, dass ein innerlich freies Individuum, einen Prozess des Werdens, das „gute Leben“ wählt (Rogers, 2006, S. 195).

2.1.4 Gefühle / Werte

Rogers definiert Gefühle als emotional gefärbte, bedeutungsvoll erlebte Erfahrungen, die kognitive Anteile enthalten (Rogers, 2007, S. 26). Was die Werte angeht, so können diese als Teil der Selbst-Struktur betrachtet werden. In manchen Fällen werden die Werte vom Organismus direkt erfahren, in anderen Fällen werden die Werte von anderen übernommen, introjiziert und so aber in verzerrter Form wahrgenommen, nämlich so, als wären sie direkt erfahren worden. Einer der ersten und wichtigsten Aspekte der Selbsterfahrung eines Kindes ist zum Beispiel, dass es geliebt wird. Es nimmt sich als liebenswert wahr, dies erfährt es mit Befriedigung.

Damit wird ein wichtiges Element der sich bildenden Struktur des Selbst gebildet. Erfahrungen im Leben eines Individuums werden entweder wahrgenommen und in

Beziehung zum Selbst organisiert oder ignoriert, geleugnet oder verzerrt symbolisiert, verzerrt wahrgenommen (nicht notwendigerweise verbal) (Rogers, 2005, S. 430, 431).

2.1.5 Anpassungsfähigkeit / Sozialisation

Mit Anpassungsfähigkeit ist eine Änderung der Handlungsweise gemeint, welche bei gleichbleibender Selbststruktur erfolgt (Rogers, 2006, S. 188 Fn.). Sozialisation bedeutet im Personzentrierten Ansatz „in Zusammenwirken mit anderen und sich selbst“, aber nicht unbedingt ein sich in Übereinstimmung bringen mit der Gesellschaft. Dies bedeutet der Selbstproduktion Raum zu geben hin in Richtung Autonomie und weg von einer Kontrolle durch äußere Einflüsse (Rogers, 2004, S. 136).

2.1.6 Mensch als Person

Schmid verweist in Verbindung mit dem Personbegriff in dem Kapitel Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung (Schmid, 2002, S. 81 Fn.), auf ein Manuskript von Rogers, in dem die Prozesshaftigkeit einer Person aufgezeigt wird. Rogers (1955, zitiert nach Schmid in Keil & Stumm, 2002) stellt folgende Frage:

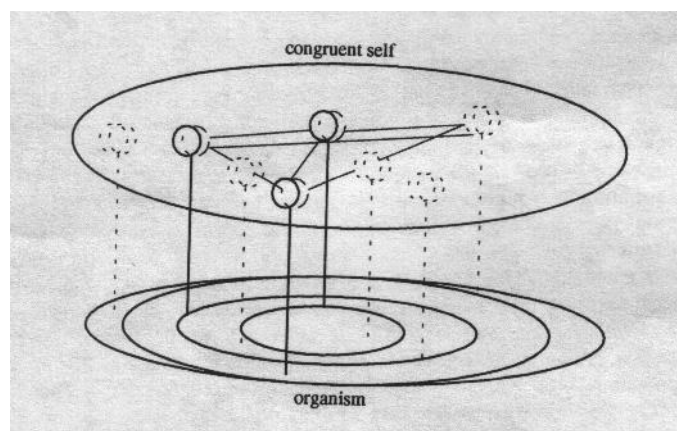
What is a person? ... a fluid process, potentiality, a continually changing constellation, configuration, matrix, of feelings, thoughts, sensations, behaviours. The structure of the process seems configurational, not additive Another way of stating this is that a person is a human process of becoming. (S. 81 Fn.)

2.1.7 Klient

Durch die Bezeichnung „Klient“ tritt das Charakteristikum der Klient-bezogenen Haltung deutlich hervor. Durch den Terminus Klient mag am deutlichsten die Vorstellung von einer in Therapie befindlichen Person wiedergegeben werden. Der Klient ist jemand, der aktiv und freiwillig Hilfe in Bezug auf ein Problem sucht, aber nicht die Absicht hat, seine eigene Verantwortlichkeit für die Situation aufzugeben (Rogers, 2005, S. 24 Fn.).

2.1.8 Erfahrungen

Als Erfahrungen werden körperlich spürbare Reaktionen des Organismus auf die Umwelt bezeichnet und diese stehen im Beziehungskontext zu sich selbst (Keil & Stumm, 2002, S. 14). Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung. Das Individuum befindet sich in einem Zustand des Widerspruchs zwischen dem Selbst und seiner Erfahrung. Weiter zeigt die Darstellung das Bemühen, das Selbst zu aktualisieren, indem es mit der Erfahrung in Einklang gebracht werden soll (Rogers, 2007 S. 33).



Stabile innere Teile sind volle Kreise, potentiell neue Aspekte gepunktete Kreise. Die überlagerten Kreise stellen kongruente Momente dar.

Abbildung 1: Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, aus Keil 1996, S. 61

2.2 Entwicklung der Selbstkonzept - Forschung

Für die Humanistische Psychologie ist der Begriff Selbst-Konzept von großer Bedeutung, denn durch eine gesunde Entwicklung und Integration des einzelnen Individuums profitiert nicht nur es selbst, sondern die Gesellschaft als Ganzes (Hutterer, 2004, S. 259). Daher sind vor allem für die Forschung Zusammenhänge des Selbstkonzeptes mit Psychotherapie und Erziehung von Bedeutung. Um ein günstiges Selbst-Konzept entwickeln zu können bedarf es eines Sozialisierungsprozesses, der es ermöglicht positive Erfahrungen zu sammeln, dabei spielt die schulische Sozialisation eine wesentliche Rolle (Oerter, 1998, S. 292).

Was das Selbstkonzept ist, wie es entsteht, ob es sich im Laufe eines Menschenlebens ändert oder gleichbleibt, darauf soll etwas näher eingegangen werden. Philosophische Ansätze gehen bereits auf Platon und Aristoteles zurück. Dabei stellt in der klassischen Antike die Harmonie zwischen Seele und Körper die höchste Selbstverwirklichung dar, die im Zustand des Glücks gipfelt. Weiters führt die Entwicklung des Begriffes Selbstkonzept über Thomas von Aquin, René Descartes und Gottfried Wilhelm Leibniz direkt in die phänomenologische und gestalterische Sichtweise, neben der psychoanalytischen- und der interaktionistischen Sicht (Naudascher, 1980, S. 12, 18). In der Selbstkonzeptforschung können drei sehr wesentliche Unterscheidungsmerkmale getroffen werden. Je nach Ansatz und Sichtweise wird das Selbst-Konzept als Variable entsprechend empirisch eingesetzt. Im phänomenologischen Ansatz gilt das Selbst-Konzept als unabhängige Variable. In der Psychoanalytik ist das Selbst-Konzept die abhängige Variable. In der Interaktionistischen Sichtweise tritt sie als intervenierende Variable auf (Naudascher, 1980, S. 58).

Die Phänomenologie (Begründer Edmund Husserl 1859 - 1938) befasst sich vorwiegend mit der subjektiven Lebenswelt. Diese Lebenswelt schließt sowohl Gefühle, Gedanken und die Beziehungen zur äußeren Welt mit ein. Die persönlichen psychischen Strukturen, die Teil des Selbst sind, bestehen aus gegenwärtigen und vergangenen Erfahrungen. Der Mensch, als einziges denkendes Lebewesen ist mit der Fähigkeit ausgestattet, wahrgenommenen Dingen und Eindrücken Sinn und Bedeutung zu verleihen, zu beurteilen und mit anderen in Beziehung zu bringen. Sein Verhalten kann als zielgerichtet beschrieben werden. Es entsteht eine subjektive Lebenswelt, eine subjektive Wirklichkeit, welche durch phänomenologische Methoden verstanden werden kann. Zu diesen zählen Methoden der Beobachtung und der Beschreibung psychischer Phänomene (Naudascher, 1980, S. 22).

Im Zusammenhang mit der Fähigkeit des Menschen Erfahrungen zu bilden, mögen Gedächtnismodelle, die auf biologischer Grundlage beruhen, von Interesse sein. Diese Modelle unterscheiden zwischen dem sensorischen Register, einem Kurzzeitspeicher und einem Langzeitspeicher. Wobei Anderson (1976, 1983) in seinem Gedächtnismodell den Langzeitspeicher noch einmal in ein deklaratives Langzeitgedächtnis, das Faktenwissen enthält und ein prozedurales Langzeitgedächtnis, das Wissen über kognitive Operationen speichert, unterteilt. Die Beziehung zwischen Selbstkonzepten und Gedächtnis ist

doppelgesichtig. Das Gedächtnis bewahrt und verarbeitet Erinnerungen an die eigene Vergangenheit auf, eine notwendige Voraussetzung um ein Selbst oder ein Selbstkonzept zu entwickeln; andererseits setzt der Akt des Erinnerns ein „Selbst“ oder Selbstkonzepte voraus (Mummendey, 2006, S. 46f).

In Fällen einer dissoziativen, aufspaltende Identitätsstörung, auch unter dem Schlagwort der „multiplen Persönlichkeit“ können nahezu alle Aspekte des Bewusstseins, des Gedächtnisses und der persönlichen Identität betroffen sein – ohne episodisches Erinnern haben Selbst und Selbstkonzept aufgehört zu existieren (Mummendey, 2006, S. 48).

2.2.1 Das Proprium

Gordon Allport ist wesentlich an der Entwicklung einer Humanistischen Psychologie interessiert (Kirschenbaum, 2007, S. 253, Hutterer, 2004, S. 40). Alsdann erkennt Allport schon sehr früh, dass keine Theorie angemessen die Persönlichkeit eines Individuums repräsentiert (Epstein, 1984, S. 15). Somit soll die etwas ausführlichere Darstellung der Grundannahmen Allports, das Selbst betreffend, aufzeigen, dass es eine einheitliche Theorie gar nicht geben kann, angesichts der reichhaltigen Facetten des Menschen. Allport bezeichnet das Ich oder Selbst als „Proprium“. Das Proprium steht für: „etwas besonderes was zu uns gehört“ (Allport, 1958, S. 44). Was macht das Proprium aus?

Zunächst ist da der *Körpersinn* (Allport, 1958, S. 44), also Empfindungen, die im Organismus entstehen. Diese kommen aus den Organen, den Muskeln und weiteren Körperregionen. Ein Beispiel hierfür ist, dass mit Heiterkeit gymnastische Betätigung einhergeht. Der Körpersinn kann als Anker für das Bewusstsein von uns selbst beschrieben werden und dies für ein ganzes Leben.

Die *Selbst-Identität* (Allport, 1958, S. 46) ist die Fähigkeit, sich differenziert von einem anderen Menschen wahrnehmen zu können. Der Sinn der *Selbst-Identität* scheint zu wachsen, indem ein Kind beim Namen genannt sowie auf andere Weise ausgezeichnet wird. Die soziale Wechselwirkung ist dabei ein wichtiger Faktor. Es sind Handlungen eines anderen, die das Kind zwingen, sich klarzumachen, dass es nicht der andere ist.

Die *Eigenliebe* (Allport, 1958, S. 47) kann als: an den Lebensdrang des Menschen gebundene Notwendigkeit bezeichnet werden. Die bisher erwähnten Aspekte sind stark biologisch im Organismus selbst enthalten.

Objekte die ein Mensch als „mein“ bezeichnet, haben viel mit der *Ich-Ausdehnung* (Allport, 1958, S. 47) zu tun. Es sind Objekte die für ihn als besonders wichtig erachtet werden. Indem sich der Mensch beginnt damit zu identifizieren, bekommt es eine außerordentliche Bedeutung. Zum Beispiel ist die Familie oder eine Volksgruppe, sowie Besitz in dem Sinne wichtig, als sie andere nicht haben. Diese Ausdehnung zeichnet sich in ihrer Reife dadurch aus, wie stark und umfangreich sich jemand von abstrakten Idealen, wie ethischen oder religiösen Werten ergriffen fühlt.

Das *rationale Ich* (Allport, 1958, S. 47) hat die Fähigkeit, innere Bedürfnisse und äußere Realität zur Deckung zu bringen. Das phänomenale Selbst oder das *Selbst-Bild* (Allport, 1958, S. 48) hat zwei Aspekte: einerseits wie der Mensch seine jeweiligen Fähigkeiten, seinen sozialen Status und seine Rollen sieht. Andererseits ist das *idealisierte Selbstbild*, was ein Mensch werden möchte. Letzteres unterstützt den Menschen, seine Sicht der Gegenwart mit seiner Sicht der Zukunft in Verbindung zu bringen.

Das Wesen der Motivation kann als *Eigenstreben* (Allport, 1958, S. 49) bezeichnet werden. Dieses ist bestrebt, trotz aller Konflikte die Einheit der Persönlichkeit zu fördern. Dieses Streben steht daher immer in Beziehung zur Zukunft. Als Hauptrichtungen solchen Strebens können hohe Lebensziele bezeichnet werden. Genau dieses Streben ist jenes, welches den Menschen vom Tier unterscheidet. Im Zusammenhang mit dem Streben stehen Interesse, Tendenz, Erwartungen, Planen, Problem lösen und Intention. Ist doch der Mensch vorrangig damit beschäftigt, ein Leben in die Zukunft und nicht so sehr in die Vergangenheit zu führen.

Mit dem *wissenden oder erkennenden Selbst* (Allport, 1958, S. 52) als Höhepunkt des Propriums, soll die Wissens-Funktion, eine vitale Eigenschaft des Selbst hervorgehoben werden. Mit anderen Worten, wir wissen nicht nur Dinge, wir erkennen auch deren Merkmale. Das heißt, ich bin es, der Körperempfindungen hat. Ich bin es, der meine Selbst-Identität von Tag zu Tag erkennt; ich bin es, der meine Selbstbehauptung,

Selbstaussdehnung, meine Rationalisation sowie meine Interessen und Bestrebungen feststellt und darüber nachdenkt. Daraus resultiert für mich das Wahrnehmen, dass diese Merkmale im Wesentlichen zusammengehören, und fühle, dass sie innig mit der wissenden Funktion verbunden sind. Dieses Wissen als Zustand lässt keinen Zweifel, all das bin *ich*. Wie oben erwähnt ergibt sich das Proprium nicht nur aus mehreren, sondern diese verschiedenen Funktionen verschmelzen miteinander. Wie kann das verstanden werden?

Wenn nun das Proprium als eine Funktion das Eigenstreben aufweist und dieses Eigenstreben bemüht ist, trotz anstehender Konflikte die Einheit der Persönlichkeit zu fördern, dann erweist sich dieses Streben als zukunftsorientiert. Dies ist ebenfalls nur eine Funktion des Eigenen, des Selbst, des Selbst als immerwährenden Prozesses des Werdens, des Werdens der Persönlichkeit. Die Funktionen hängen untereinander zusammen und der Ort des Handelns als Folge, ist die Person. Es wäre daher ein fataler Irrtum den Vorgang des Werdens lediglich einer einzigen Funktion zuzuschreiben. Alle Funktionen sind wichtig, denn alle zusammen machen das Wachstum einer menschlichen Persönlichkeit aus (Allport, 1958, S. 56f.). Es sind Funktionen die sich mit den speziellen Aspekten der Persönlichkeit decken, wie Wärme, Einheit oder Humor (Allport, 1958, S. 54).

Das Selbst bzw. das Selbstkonzept stellt vor allem in der Humanistischen Psychotherapie das Kernstück dar. Mit den frühen Werken von Lewin (1935), Goldstein (1939), Maslow (1954, 1956), Lecky (1945), Myrphy (1947) gipfelt die Forschung in den klassischen Arbeiten von C. Rogers (1947, 1951, 1954, 1958, 1959, 1961, 1965, 1970). Der Schlüssel professioneller Hilfe ist das Selbst / Selbstkonzept als wichtiger Bestandteil im Verständnis menschlichen Daseins (Purkey & Stanley, 2002, S. 473).

2.2.2 Carl Rogers' Theorie der Persönlichkeit

Die Theorie der klient-bezogenen Therapie weist keine einheitliche Theorie der Persönlichkeit auf. Rogers ist daran gelegen, eine Theorie über die Natur der Persönlichkeit und der Dynamik des Verhaltens zu entwickeln. Dabei wird versucht, Verständnis über den menschlichen Organismus und seiner treibenden Kraft zu bekommen. Von besonderem Interesse sind natürlich jene Menschen, die um eine Therapie anfragen (Rogers, 2007, S. 19).

Rogers' theory was a "phenomenological theory", that is, a theory which begins with the assumption that every individual perceives a separate world of phenomena all around him and also within himself. ... Rogers' theory was also a "self-theory", the *self* being one very important part of a person's phenomenal field. ... the self as the "organizing and creative and adaptive core of personality". (Kirschenbaum, 2007, S. 230)

Die Persönlichkeitstheorie bezieht sich in erster Linie auf die Bedeutung von Erfahrungen im menschlichen Leben. Diese Erfahrungen können körperlich spürbare Reaktionen des Organismus auf die Umwelt und sich selbst im Beziehungskontext sein (Keil, Stumm, 2002, S.14).

Rogers entwickelt durch Beobachtung und eigene Erfahrung in der Beratung mit klinischen Problemen, eine Theorie der Persönlichkeit (Rogers, 2005, S. 417) sowie der zwischenmenschlichen Beziehungen. Aus der Formulierung *Theorie der Persönlichkeit* oder *zwischenmenschlichen Beziehungen* wird klar, dass es in erster Linie um das Einfühlen in das Denken und Fühlen einer anderen Person, einer so genannten „als ob“ – Position (Rogers, 2007, S. 43) geht. Dies ist das charakteristische der klient-bezogenen Therapie. Wenn nun die zwischenmenschlichen Beziehungen im gleichen Zusammenhang erwähnt werden wie die Therapie, so ist dies ein Hinweis für den so genannten zwischenmenschlichen Umgang mit Menschen im Alltagsgeschehen und somit für jedermann von Interesse, nicht lediglich für eine bestimmte Berufsklasse. Das heißt, jeder kann aus den Überlegungen Rogers' Nutzen ziehen, für das Familienleben, die Erziehung und das Lernen, für Gruppensituationen u.v.m (Rogers, 2007, S. 78f.). Selbst in Bereichen in denen nicht wirklich von einem Ergebnis gesprochen werden kann, mag eine person-zentrierte Haltung wenig schaden (Kirschenbaum, 2007, S. 400).

Was die Theorie der Psychotherapie angeht, steht die Haltung des Beraters im Besonderen im Vordergrund. Durch die Bezeichnung „Klient“ tritt das Charakteristikum der klient-bezogenen Haltung deutlich hervor. Durch den Terminus Klient mag am deutlichsten die Vorstellung von einer in Therapie befindlichen Person wiedergegeben werden. Der Klient ist jemand, der aktiv und freiwillig Hilfe in Bezug auf ein Problem sucht, aber nicht die Absicht hat, seine eigene Verantwortlichkeit für die Situation aufzugeben (Rogers, 2005, S. 24 Fn.).

Für Rogers stehen die interpersonellen Erfahrungen im Mittelpunkt (Rogers, 2007, S. 47). Somit werden interaktionistische Ansätze im Selbst-Konzept nach Rogers erkennbar. Die interpersonellen Erfahrungen, das Bild der eigenen Person, sind im Lebenslauf wandelbar (Mummendey, 2006, S. 87). Dies bestätigt die Wichtigkeit, dass Therapie aus der unmittelbaren Erfahrung, aus der therapeutischen Beziehung passiert (Rogers, 2004, S. 138). Es ist erkennbar wie sich unterschiedliche Theorien gegenseitig beeinflussen mögen. Auf Grund der Vielfalt des theoretischen Gedankengutes könnte, wie dies bereits Allport formulierte, die Frage erhoben werden: „Is the concept of self necessary?“ (Allport, 1970, zitiert nach Naudascher, 1980, S. 58).

Für die Psychologie, wie auch die Pädagogik ist die Antwort von Bedeutung: „Das einzig sichere Kriterium von unserer persönlichen Existenz und Identität liegt in unserem Sinn vom Selbst, es weist auf den subjektiven Angelpunkt der Persönlichkeit eines Menschen hin. Der Gegenstand der Pädagogik ist dieser subjektive Sinn vom Selbst und dieser spiegelt sich im Selbst-Konzept wider. Das Selbst-Konzept ist die subjektive Lebenstheorie eines Menschen, mit deren Hilfe er sich seine Lebensumstände erklärt, Entscheidungen fällt und sich entsprechend orientiert (Naudascher, 1980, S. 59).

2.2.3 Selbstwertgefühl

Eine weitere Theorie die durchaus kompatibel ist mit der bereits beschriebenen phänomenologischen Selbstkonzept-Theorie ist die integrative kognitive Theorie. Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen eine Selbsttheorie entwickeln müssen, um das Leben steuern zu können. Diese Selbsttheorie wird als Selbstkonzept definiert (Epstein, 1984, S. 42). Aus der Hirnforschung ist klar ersichtlich, dass dies dem tatsächlichen Vorgang der Verarbeitung von Emotionen entspricht, denn hinter jeder Emotion birgt sich eine Kognition. Die Organe die entsprechend zusammenarbeiten sind laut LeDoux der Thalamus, welcher auf direktem Wege kleinere Bündel von Neuronen zum Mandelkern verschickt, zusätzlich zu jenen, die den längeren Weg zum Kortex nehmen. Diese Verzweigung erlaubt es dem Mandelkern *vor* dem Neokortex, dem denkenden Gehirn, zu reagieren. Das heißt, der Mensch reagiert entsprechend seiner Gefühle, noch ehe er buchstäblich sein denkendes Hirn einschaltet (Goleman, 2007, S. 36). Die Beachtung

dieses weitreichenden Aspektes ist interessant für die Selbsterkenntnis, im Besonderen jedoch für die klinisch-psychologische Intervention (Epstein, 1984, S. 43).

Schon in den Anfängen der Selbstkonzeptforschung wird ersichtlich, welcher wichtigen Aspekt das menschliche Gehirn, als Hauptorgan, in seiner „kategorisierenden, abstrahierenden“ Fähigkeit spielt. Kurt Goldstein, Neurologe und Psychiater, weist eindeutig auf die Fähigkeit des menschlichen Organismus hin, Erfahrungen in angemessene Beziehung mit seiner Umwelt bringen zu können (Naudascher, 1980, S. 28). Die Tatsache, dass von einem Neurologen selbst, diese Erfahrungen als „biologisches Wissen“ (Goldstein, 1947) beschrieben werden, gilt deshalb als sehr interessant, weil bis in die Gegenwart die Neurobiologie eine unterstützende Funktion im Zusammenhang mit der Wirksamkeit der Personzentrierten Psychotherapie, einnimmt. Das menschliche Gehirn leistet einerseits Verknüpfungen zwischen Ereignissen und integriert diese wiederum in bereits vorhandene Verknüpfungen, dies kann als Kodieren beschrieben werden, es ist andererseits das Zentrum für die Wahrnehmung von Erlebnissen wie Schmerz und Freude. Jeder Organismus höherer Ordnung ist bestrebt, durch sein Verhalten Positives zu erleben und Schmerz zu vermeiden. (Epstein, 1984, S. 15).

Hier kommt wieder ein Moment der Pädagogik ins Spiel, denn wenn in einem Kind das Gefühl, geliebt zu werden, geweckt wird, so wird es im Erwachsenenleben ein gewisses Maß an „Selbst-Liebe“ aufweisen können. Das Resultat aus dem Bemühen, dem Kind das emotionale Verlangen, nach Geliebt und Geschätzt werden, beginnt noch vor jeglicher Sprachentwicklung. Nach G. H. Mead erfolgt kommunikativer Austausch bereits über nonverbales Verhalten (Richter, 2001, S. 189). Entsprechend der frühen Jahre eines Menschen wird er somit ein hohes oder ein niedriges Selbstwertgefühl entwickeln. Personen mit einem beeinträchtigten Selbstwertgefühl mögen depressiv werden, was bis hin zur Suizidgefährdung führen kann. Personen mit einem hohen Selbstwertgefühl besitzen eine optimistische Lebenseinstellung und sind in der Lage, äußeren Druck ohne größere Angst auszuhalten (Epstein, 1984, S. 19). Selbstakzeptierung kann, angesichts zahlreicher Untersuchungen, in direkter Verbindung mit der Akzeptierung anderer Personen vermerkt werden (Epstein, 1984, S. 38). Bei Rogers wird diese Verbundenheit zu anderen Menschen als „Agape“ (Rogers, 2004, S. 218) bezeichnet. Es soll eine Menschenliebe darstellen, die einen Menschen befähigt, jemanden anderen als

eigenständiges Individuum zu achten, es entspricht einer Art positive Zuwendung, die nicht besitzergreifend ist. Hohe Selbstwertschätzung erweist sich als eng verknüpft mit erfolgreicher sozialer Anpassung (Wyllies 1974). Aus dem engen Zusammenhang der Sinneswahrnehmung und Verarbeitung, die wesentliche Bestandteile des Selbstwertgefühles darstellen, ist nur allzu verständlich, warum Selbstkonzeptveränderungen, auf therapeutischer Basis, starke positive oder negative Konsequenzen beherbergen. Daher wäre es erstrebenswert über Emotionen Selbstkonzeptdimensionen zu erfassen (Butzkamm, Halisch & Posse, 1984, S. 214).

2.2.4 Beispiele zur Selbstkonzept-Forschung

♦ Selbstkonzepte und berufliche Entwicklung

Nachdem sich das Selbstkonzept als umfassende Persönlichkeitsbeschreibung darstellt und somit explizit das Bild, das eine Person von sich hat ausdrückt, ist es nicht verwunderlich, dass den beruflichen Bereich Selbstkonzeptüberlegungen wesentlich mitbestimmen. Das kommt daher, als Individuen zu Berufen tendieren, deren erfolgreiche Ausübung jene Merkmale erfordern, die sie sich selbst zuschreiben. In diesem Zusammenhang hat D. E. Super (1951), beeinflusst von Rogers, die Bedeutung des Selbstkonzeptes, beruhend auf kognitiven Mechanismen, hervorgehoben. A. K. Korman (1966) hat dagegen insbesondere die Rolle des Selbstwertgefühls spezifiziert, aufgeführt, welche als evaluative, wertende, Komponente des Selbstkonzeptes betrachtet werden kann. Hier lässt sich klar erkennen, dass es in Verbindung mit Selbstkonzept / Selbstwertgefühl, keine eindeutigen Ansätze gibt (Scheller & Heil, 1984, S. 253f, 268).

♦ Selbstkonzept-Forschung zur Erklärung sozial abweichenden Verhaltens (Delinquenz)

Grundsätzlich muss auf diesem Gebiet der Forschung angeführt werden, dass sich die Ergebnisse und Befunde als äußerst heterogen, nicht einheitlich, darstellen. Dies findet mögliche Ursache in der Auswahl und Messung der Selbstkonzept-Merkmale, der Personenstichprobe und der Interpretationsansätze (Trautner, 1984, S. 284).

Wie bereits unter Anführung von Allport G. ist das Selbstkonzept / Selbstwertgefühl facettenreich und entsprechend sind auch die Selbstkonzept-Forschungen hierfür. Einiges an diesem Facettenreichtum soll kurz aufgezeigt werden, so gibt es: Selbstkognitionstheorien, Selbstkonsistenztheorien, Selbstwerttheorien, Theorien sozialer Interaktion, Selbstdarstellungstheorien, Selbstorganisationstheorien, Selbstkontroll- und Selbstregulationstheorien, Selbstverwirklichungstheorien, Theorien der sozialen Identität und des kollektiven „Selbst“, Selbstkonzeptstruktur-Modelle (Mummendy, 2006).

2.3 Methoden der Selbstkonzeptforschung

Es gibt qualitative und quantitative Methoden. Zu letzteren gehören die Adjektivlisten, die Sortiervverfahren, die Selbstrating-Verfahren, die Repertory-Grid-Technik und die Fragebogen-Methode.

2.3.1 Narrative Methode:

Die narrative Methode ist eine qualitative Methode, wobei die Probanden gebeten werden, etwas über sich selbst zu erzählen. (Mummendey, 2006, S. 213). Die Kraft hinter diesen narrativen Methoden liegt darin, dass der Erzähler von unvorbereiteten Stegreif-Erzählungen eigenerlebter Erfahrungen getrieben ist, auch über Ereignisse, Erlebnisse zu sprechen, über die er es aus Schuld- bzw. Schambewusstsein in normalen Gesprächen und in konventionellen Interviews vorzieht gänzlich zu schweigen (Flick, 2002, S. 150f.).

2.3.2 Adjektivlisten:

Auf Adjektivlisten, d. h. auf einer Eigenschaftsliste wird durch Ankreuzen oder Abhaken das Zutreffen oder Nichtzutreffen der vorgegebenen Eigenschaften vorgenommen. Je nach Instruktion kann der Proband seine Urteile als Ausdruck realer Selbsteinschätzung (actual self) oder als Ausdruck eines erwünschten idealen Selbstbildes (ideal self) abgeben. (Mummendey, 2006, S. 230).

Aus diesen Adjektivlisten können intuitiv oder faktorenanalytisch Subgruppen von Eigenschaften definiert werden, die zu einem bestimmten Persönlichkeitskonstrukt (z.B.

self-confidence) gehören. Daraus lassen sich individuelle Scores gewinnen indem die Zahl der als nichtzutreffend markierten Adjektive von der Zahl der als zutreffend markierten Adjektive subtrahiert werden (Mummendey, 2006, S. 230).

2.3.3 Sortiervverfahren

Ein häufiges, bereits von Rogers eingesetztes Sortiervverfahren ist der Q-Sort, damals Q-Technik genannt. Es werden 100 Karten mit je einer selbst-beschreibenden Aussage erstellt. Typische Aussagen sind: „Ich bin ein leicht zu beeinflussender Mensch“, „Ich traue meinen Emotionen nicht“, „Ich bin eine attraktive Persönlichkeit“. Diese werden dem Klienten zu jedem Messzeitpunkt mit der Bitte vorgelegt, diese so zu ordnen, dass sie ihn entweder

a) in diesem Augenblick darstellen (Selbst-Wahrnehmung bzw. reales Selbst); oder
b) so darstellen wie er gerne sein möchte (ideales Selbst-Bild bzw. ideales Selbst) oder
c) so darstellen wie er früher einmal war (früheres Selbst-Bild).

d) Es können Psychologen gebeten werden, die Karten so zu ordnen, wie es ein „gut angepasster“ Mensch tun würde (Anpassungs-Selbstbild zur Ermittlung der „Anpassungsmesszahl“). Dabei sollen die Karten jeweils in neun Haufen geordnet werden, von den Aussagen, die den Klienten am ehesten charakterisieren, absteigend zu den am wenigsten charakteristischen. Die Anzahl der Karten auf jedem Stapel sollen 1, 4, 11, 21, 26, 21, 11, 4, 1 betragen (vgl. dazu Rogers, 2006, S. 252).

Reliabilitäts- und Validitätsstudien hat es zu den Sortiervverfahren nur selten gegeben. Wylie (Wylie, 1974) diskutiert die Problematiken der Validität der Sortiermethoden. Daran scheint sich nicht viel geändert zu haben. Häufig fehlt es an psychometrischen Kontrollen, Kontrollmessung psychischer Erscheinungen (vgl. Wolf, 1988) (Mummendey, 2006, S. 232).

2.3.4 Selbstrating-Verfahren

Die häufigsten Methoden zur Selbsteinschätzung dürften die Ratingskalen sein. Der Proband stuft eine Eigenschaft oder eine Aussage auf einer Fünf-Punkte- oder Sieben-Punkte-Skala als mehr oder weniger für sich selbst zutreffend ein. Die Zahl der Punkte

schwankt zwischen zwei und 11. Bei Vergleichen ergeben sich Vorteile für die Weglassung der neutralen Antwortkategorie wodurch Skalen mit geraden Skalenpunkten entstehen. Die Reliabilität und Informationsausschöpfung steigen im Vergleich nur bis zur siebenstufigen Ratingskala (Stadtler, 1983) (Mummendey, 2006, S. 232f.).

Viele Autoren gehen von der Summierbarkeit einzelner Ratings aus, wenn diese gewissen Erfordernissen – z.B. dem Erfordernis der Normalverteilung – genügen. Das Selbstratingssystem von Mummendey, Rienmann & Schiebel (1987) besteht aus 56 Skalen. Durch die Summierung von etwa sieben bis neun Ratings werden Scores ermittelt, welche die Selbsteinschätzung zu unabhängigen Selbstkonzeptdimensionen wie „Leistungsfähigkeit“ oder „Selbstsicherheit“ beschreiben. Über alle 56 Skalen kann ein globaler Summenwert bestimmt werden, der den allgemeinen Grad der Selbstwertschätzung (self-esteem) angibt. Die Schätzung der Reliabilität von Selbstratings stellt natürlich ein Problem dar, weil der Beurteiler (rater) und der Beurteilte (ratee) die gleiche Person sind. Allerdings könnte die Selbstrating-Reliabilität aus der internen Konsistenz und Stabilität der Selbstbeurteilung erschlossen werden (Mummendey, 2006, S. 234).

Die Zuverlässigkeit von Ratings wird durch typische Rating-Fehler beeinträchtigt. Solche sind z. B. häufig extreme Urteile (Extremitätsfehler) oder die Neigung, die mittlere Skalen-Position anzukreuzen (Fehler der Zentralen Tendenz), die räumliche Anordnung der Skalen (Fehler der Nähe), die Vorannahmen des Selbstbeurteilers (Logische Fehler), dass dominante Merkmale des Urteilsobjektes auf die anderen Merkmale abstrahlen (Halo-Effekt, Thorndike, 1920). Zur Verhinderung solcher Fehler gibt es vorsorgliche und nachträgliche Korrekturverfahren, wie Rater-Trainings zur Verringerung von logischen Fehlern samt Halo-Effekten und statistische Kontrolltechniken zur Fehlerschätzung (Mummendey, 2006, S. 235).

2.3.5 Repertory-Grid-Technik kurz Grid-Test

Die Repertory-Grid-Technik ist eine Methode, um Selbstratings auf individuell erzeugten Skalen zu persönlich generierten Eigenschaften oder Konstrukten vorzunehmen (ausführlich bei Riemann, 1991). Den Probanden wird eine Matrix (Gitter, grid) vorgelegt. Die Ränder der Kolonnen sind mit Rollenbezeichnungen versehen (Vater Mutter, Chef,

selbst, ...). Der Proband soll aus seiner Umgebung Personen benennen, die diese Rollen inne haben. (Mummendey, 2006, S. 235f.).

Als Vorteil der Gridtechnik können die Beschreibung der Person mit angemessenen Eigenschaften bzw. persönlichen Konstrukten und die darauf gründende Selbstkonzeptmessung angeführt werden. Als Nachteil muss die mangelnde Vergleichbarkeit und ihre geringe Forschungsökonomie betrachtet werden (Mummendey, 2006, S. 237).

2.3.6 Fragebogen-Methode

Fragebogen oder Persönlichkeitsinventare sind die am häufigsten angewendeten Messmittel. Damit werden Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungen unter anderem auf Eigenschafts- bzw. auf Trait-Niveau ermittelt (Mummendey, 2006, S. 237).

2.4 Beschreibung einiger Messinstrumente

2.4.1 Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

Beschreibung in weitgehender Anlehnung an

Franke, G. H. (2002). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual (2. rev. U. erw. Aufl.). Göttingen: Beltz Test GmbH.

(Mestel, R., 2006, S. 3)

Kurzbeschreibung

Die SCL-90-R ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Sie ergänzt Verfahren zur Messung der überdauernden Persönlichkeitsstruktur. Die Items sind sprachlich einfach formuliert und vermeiden psychopathologische Fachausdrücke.

Aufbau und Auswertung

Die SCL-90-R kann auf unterschiedlich abstrakten Ebenen ausgewertet werden: Den genauesten Überblick geben die Antworten bei den einzelnen Items (fünfstufige Likert-Skala von Überhaupt nicht = 0 bis sehr stark = 4), neun Skalen informieren über die Belastung in syndromalen Bereichen, drei Globale Kennwerte (am gebräuchlichsten: GSI) geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Jede der neun Skalen umfasst die dimensional Übergänge von „normaler“ alltäglicher Symptombelastung bis zur psychopathologisch relevanten Symptomatik. Die neun Skalen lauten:

- ◆ Somatisierung
- ◆ Zwanghaftigkeit
- ◆ Unsicherheit im Sozialkontakt
- ◆ Depressivität
- ◆ Ängstlichkeit
- ◆ Aggressivität/Feindseligkeit
- ◆ Phobische Angst
- ◆ Paranoides Denken
- ◆ Psychotizismus

Gütekriterien

Objektivität: Auswertungs-, Durchführungs- und Interpretationsobjektivität sind gegeben.

Reliabilität: Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt bei stationären Psychotherapiepatienten (n= 5057) und bei ambulanten Psychotherapiepatienten (n= 261) zwischen .74 und .97, bei einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe zwischen .75 und .97. Die Retest-Reliabilität (zweite Messung nach einer Woche) rangiert bei 80 Studierenden zwischen .69 und .92 (Franke, 2002).

Validität: Den Items kann „face validity“ zugesprochen werden. Die faktorielle Validitätsprüfung zeigt, dass v. a. in klinischen Gruppen nur sehr wenige Items keine Zuordnungsstabilität zu den Originalfaktoren aufweisen. Die SCL-90-R ist in der Lage,

zwischen gesunden und verschiedenen Patientengruppen sowie zwischen Patientengruppen zu trennen. Die SCL-90-R ist änderungssensitiv.

Kritikpunkte

- ◆ Faktorenstruktur wurde oft nicht repliziert, misst wie fast alle Breitbandsymptomskalen oft nur einen Generalfaktor.
- ◆ Trennschärfe bzw. Spezifität für die Vorhersage von Diagnosen ist wie bei fast allen Selbstbeurteilungstestskalen nur mäßig.
- ◆ Skala für Essstörung fehlt.
- ◆ Skala für Suchterkrankungen fehlt. Die Validität der Selbstaussagen Suchterkrankter zum Suchtmittelkonsum ist äußerst problematisch.
- ◆ Borderline Skala fehlt.

2.4.2 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Kurzform (IIP-D)

Beschreibung in weitgehender Anlehnung an

Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Handanweisung (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

(Mestel, R., 2006, S. 7)

Kurzbeschreibung

Das IIP, ein Verfahren zur Selbstbeurteilung, wird üblicherweise in einer 64-Item-Form verwendet (Horowitz et al., 2000). Mit den Items des Fragebogens können Probanden beschreiben, wie sehr sie unter spezifischen Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen leiden. Dabei werden sowohl Aspekte genannt, die im Umgang mit anderen schwierig sein können (z. B. „Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen“) als auch Aspekte, die jemand „im Übermaß tun kann“ (z. B. „Ich streite zu viel mit anderen“).

Aufbau und Auswertung

Die 64 Items des IIP lassen sich zu folgenden acht Skalen zusammenfassen:

- ◆ zu autokratisch/dominant
- ◆ zu streitsüchtig/konkurrierend
- ◆ zu abweisend/kalt
- ◆ zu introvertiert/sozial vermeidend
- ◆ zu selbstunsicher/unterwürfig
- ◆ zu ausnutzbar/nachgiebig
- ◆ zu fürsorglich/freundlich
- ◆ zu expressiv/aufdringlich

Gütekriterien

Objektivität: Auswertungs-, Durchführungs- und Interpretationsobjektivität sind gegeben.

Reliabilität: Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) für die acht Skalenrohwerte liegt bei stationären Psychotherapiepatienten (n= 4948; konsekutive Aufnahmen Psychosomatische Klinik Bad Grönenbach von 1995-2001) zwischen .70 und .83 (Gesamtwert: .91). Für eine ambulante Patientenstichprobe (Dan Casriel Institut; n= 135) werden Werte zwischen .70 und .85 (Gesamtwert: .93) gefunden. Die Retest-Reliabilitäten (zweite Messung nach acht Wochen) liegt bei 33 Studenten zwischen .81 und .90.

Validität: Den Items kann „face validity“ zugesprochen werden. Die faktorielle Validitätsprüfung ergibt zwei dominante Faktoren: Kontrolle und Zuneigung. Zahlreiche Befunde sprechen für eine hohe externe Validität, vor allem für die prognostische Validität. Hinsichtlich der diskriminanten Validität ist der IIP zur Unterscheidung von Patienten mit vs. ohne Persönlichkeitsstörungen eingeschränkt geeignet (Wolf, Gallas & Kordy, 2005).

Das Instrument ist prinzipiell änderungssensitiv. Werte des IIP ändern sich allerdings im Vergleich zu anderen klinischen Skalen wie der SCL-90-R oft weniger im Therapieverlauf. Nach längeren Katamnesezeiträumen sind oft höhere Effektstärken erkennbar.

Kritikpunkte

- ◆ Er ist zu lang
- ◆ Misst vor allem die interpersonelle Klagsamkeit
- ◆ Die Polarität Unterwerfung-Dominanz/Kontrolle ist theoretisch falsch: Unterwerfung ist komplementär zu Kontrolle, nicht polar
- ◆ Die Validität extrem geringer IIP-Ankreuzungen ist ungeklärt

2.4.3 Skala Transpersonales Vertrauen (TPV)

Beschreibung in weitgehender Anlehnung an

Yeginer, A. (2000). Forschungsinstrumente der Transpersonalen Psychologie. Oldenburg: BIS. Darin: Beschreibung der Skala S. 46-47, Items S. 159.

(Mestel, R., 2006, S. 11)

Kurzbeschreibung

Das Konstrukt Transpersonales Vertrauen wird durch 11 Items einer einfaktoriellen Skala abgebildet. Die Items beschreiben eine Person, die eine höhere Wirklichkeit akzeptiert, die sich dieser Wirklichkeit anvertrauen kann und die sich mit dieser Wirklichkeit zutiefst verbunden fühlt. Die Intention dieser Skala ist, konkrete eigene spirituelle Erfahrungen als Erkenntnismodalität abzubilden; es geht nicht um die Erfassung des kognitiven Wissens um religiöse Glaubensinhalte.

Aufbau und Auswertung

Die Skala TPV umfasst 11 Items mit 4-stufiger Antwortvorgabe (3 = trifft vollständig zu, 2 = trifft teilweise/ etwas zu, 1 = trifft eher nicht zu, 0 = trifft gar nicht zu). Zur Auswertung wird ein Summenscore über alle 11 Items gebildet.

Gütekriterien

Objektivität: Die Auswertungsobjektivität ist gegeben: es wird der einfache Summenscore aus den 11 Items errechnet.

Reliabilität: Der interne Konsistenz-Koeffizient Cronbach's Alpha beträgt .93 (Unausgelesene Stichprobe der Fachklinik Heiligenfeld, Bad Kissingen, Klinik für Psychotherapeutische Medizin und Psychiatrische Rehabilitation; N = 491). Es wird nicht die Reliabilitätsschätzungen der Bevölkerungsnorm (Alpha= .95; Albani et al., 2003) verwendet, da möglichst die Reliabilität einer Stichprobe verwendet werden sollte, die den zu untersuchenden Patienten so ähnlich wie möglich ist. Die Retest-Reliabilität ohne dazwischenliegender Intervention ist noch nicht bestimmt.

Validität: Der TPV-Skala kann Inhaltsvalidität zugesprochen werden.

Kritikpunkte

- ◆ zu wenig verbreitet
- ◆ zu schwammiges Konstrukt

2.4.4 Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens, INTREX-Introjekt Langform (SASB)

Beschreibung in weitgehender Anlehnung an

Tscheulin, D. & Harms, R. (2001). MakeMapsWin – Software zur Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens SASB. Copyright Tscheulin 2001 und University of Utah, 2001. München: CIP-Medien.

(Mestel, R., 2006, S. 16)

Kurzbeschreibung

Der Introjekt-Langform-Fragebogen der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) mit 36 Items soll den Umgang mit sich Selbst im Normalfall in der letzten Zeit abbilden („Wie gehen Sie mit sich selbst um“?). Probanden schätzen auf den zwei interpersonellen Dimensionen der Kontrolle (Spontaneität vs. Kontrolle) und Affiliation (Selbstliebe vs. Selbsthass) ein, wie sie mit sich selbst kommunizieren bzw. sich sich selbst gegenüber verhalten.

Aufbau und Auswertung

Der SASB-Introjekt-Fragebogen kann auf unterschiedlich abstrakten Ebenen ausgewertet werden: Den genauesten Überblick geben die Antworten bei den einzelnen Items (elfstufige Likert Skalierung von überhaupt nicht zutreffend = 0 bis völlig zutreffend = 100; in Zehnerschritten). Die am häufigsten herangezogene Auswertungsebene stellen die sogenannten acht SASB-Cluster dar, welche entweder Reinformen der zwei interpersonellen Dimensionen Kontrolle („Spontanes Selbst“ vs „Selbstkontrolle“) oder Affiliation (auf deutsch etwa „Zuneigung“: Pole: „Selbstliebe“ vs. „Selbsthass“) abbilden, oder Mischungen dieser reinen Formen. Freundliche Kontrolle findet sich im Cluster „Selbstunterstützung“ (sich selbst beschützen und erweitern), feindselige Kontrolle im Cluster „Selbstanklage“ (Selbstunterdrückung), freundliche Autonomie/Spontaneität im Cluster „Selbstakzeptanz“ (sich selbst annehmen und verstehen) und feindselige Autonomie/Spontaneität im Cluster „Selbstvernachlässigung“ (tagträumen). Eine abstraktere Darstellungsform bietet die Betrachtung der charakteristischen interpersonellen Muster. Hierbei werden die vorliegenden 36 Itemwerte mit 21 idealtypischen Introjekt-Mustern korreliert, wobei die Kurve mit dem höchsten Zusammenhang ausgedruckt wird.

Gütekriterien

Objektivität: Auswertungs-, Durchführungs- und Interpretationsobjektivität sind gegeben.

Reliabilität: Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) ist in allen drei Stichproben (ambulante Patienten n= 70; stationäre Patienten n= 3848; Gesunde n= 102) unzureichend bei Cluster 1 (Spontaneität) mit Alpha's von .5, .53 und .47, mäßig bei den Clustern 4 (Selbstunterstützung: .59, .67 und .73) und 8 (Selbstvernachlässigung: .73, .66 und .35) und ausreichend bis gut bei allen übrigen Clustern aller Stichproben (größer gleich .7).

Die Retest-Reliabilität (zweite Messung nach einem Monat) rangiert bei 12 Studierenden für die SASBKurzform (Tress, 2001) für das Introjekt „bester Fall“ bei $r_{tt} = .80$ („Durchschnittswert“) und für das Introjekt „schlechtester Fall“ bei $r_{tt} = .65$. Die „Intermediate-SASB-Version“ (2-Items pro Cluster; Schumm, 1994) erbringt eine Retest-Reliabilität (n= 7; ein Monat-Zeitdifferenz) von $r_{tt} = .65$. Da bei den Kurzformen nur ein

bis zwei Items ein Cluster abdecken, ist für die SASB-Langfassung von höheren Retest-Reliabilitäten auszugehen.

Validität: Den Items kann „face validity“ zugesprochen werden. Die faktorielle Validitätsprüfung (Konstruktvalidität) ergibt für die amerikanische Originalfassung und die deutsche Version gute und theoriekonforme Ergebnisse. Zumeist wird die originale 2-Faktorenstruktur repliziert. Zahlreiche Forschungsarbeiten belegen auch die Kriteriumsbezogene Validität. Zumindest die Fragebogenversion des SASB-Introjektes erweist sich als sehr änderungssensitiv.

Kritikpunkte

- ◆ Itemformulierungen z.T. zu lange und mehrdeutig
- ◆ „Spontan sein“ (Cluster 1) wird in Faktorenanalysen eher der positiven, „Selbstkontrolle“ (Cluster 5) der negativen Seite zugerechnet, sind also nicht echt affiliationsbezogen neutral
- ◆ 3. Restriktive Copyright-Auflagen durch die US-Autoren

2.4.5 Beck Depressions Inventar (BDI)

Beschreibung in weitgehender Anlehnung an

Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall, H. & Keller, F. (2000). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch (3. Aufl.). Bern: Huber.
(Mestel, R., 2006, S. 21)

Kurzbeschreibung

Das BDI besteht aus 21 Gruppen von Aussagen, welche typische depressive Symptome beschreiben. Jede der 21 Gruppen enthält vier Aussagen, die in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung, von 0= nicht vorhanden, über 1= leichte Ausprägung, 2= mäßige Ausprägung bis 3= schwere Ausprägung gestaffelt sind. Patienten sollen aus jeder Gruppe die Aussage auswählen, die ihre gegenwärtige Lage (bezogen auf die letzte Woche) am besten beschreiben.

Aufbau und Auswertung

21 Gruppen von Aussagen, die folgende Symptombereiche abdecken: Dysphorie, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbsthass, Selbstanklagen, Selbstmordimpulse, Weinen, Reizbarkeit, Rückzug und Isolation, Entschlussunfähigkeit, negatives Körperbild, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Hypochondrie, Libidoverlust. Patienten sollen sich bezüglich jeder dieser Symptombereiche für eine von vier vorgegebenen Aussagen entscheiden, die bezogen auf die letzte Woche, am besten die gegenwärtige Verfassung beschreibt. Dabei zählt nicht vorhanden als 0, leichte Ausprägung als 1, mäßige Ausprägung als 2 und starke Ausprägung als 3. Aus jeder Symptomgruppe werden die auf einen zutreffenden Aussagen addiert. Der Summenwert drückt die Schwere der gegenwärtigen depressiven Symptomatik aus. Ein Wert von 18 Punkte und darüber darf als klinisch signifikant angesehen werden. Werte zwischen 11 und 17 Punkten sind bereits erhöht und weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Depressive Patienten in Remission und auch klinisch unauffällige Kontrollpersonen weisen Summenwerte von unter 9 Punkten auf. Depressive Patienten erreichen typischerweise Werte von deutlich über 20 Punkten.

Gütekriterien

Reliabilität: Die interne Konsistenz ist bei klinischen Stichproben durchweg hoch ($> .88$), lediglich bei gesunden Kontrollgruppen werden Cronbach Alpha's von $.74$ erzielt. Der BDI kann als äußerst änderungssensitiv angesehen werden, sogar noch etwas mehr als die SCL- 90-R Skalen. Zahlreiche Verlaufsstudien belegen dies (z. B. Hautzinger et al., 1996).

Validität: Die inhaltliche Validität ist durch die Ausrichtung an den weithin akzeptierten Diagnosesystemen gegeben. Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsmaßen depressiver Symptome liegen zwischen $.79$ und $.89$. Das BDI bildet therapeutische Fortschritte durch Pharmako- oder durch Psychotherapie gut ab. Die Konstruktvalidität ist gegeben (Richter, 1991).

Kritikpunkte

- ◆ Zu lang für ein Konstrukt, die BDI-Kurzformen und konkurrierende Skalen haben sich jedoch bisher nicht wirklich durchgesetzt.
- ◆ Korreliert mit SCL-90-R Skala Depressivität je nach Stichprobe mindestens .7 bis .8. Wegen der weltweiten Verbreitung des BDI gerade auch im psychiatrischen Bereich ist der Einsatz bei bestimmten schwereren Formen der Depression trotzdem sinnvoll. Der BDI ist gerade in der Rohwert-Klassifikation des Schweregrades, die von qtests angegeben wird, von Klinikern einfacher zu verstehen; der BDI ist noch etwas änderungssensitiver als die SCL-4, und kann gut für Verlaufsmessungen verwendet werden.

2.4.6 Beziehungsfragebogen - Relationship Scales Questionnaire (RSQ)

Beschreibung in weitgehender Anlehnung an

Steffanowski, A., Oppl, M., Meyerberg, J., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2001). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Version des Relationship Scales Questionnaire (RSQ). In Bassler, M. (Hg.): Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie (S. 320 - 342). Giessen: Psychosozial Verlag.

(Mestel, R., 2006, S. 24)

Kurzbeschreibung

Beim RSQ handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 30 Items zur Abbildung des Bindungsstils bzw. zentraler bindungsrelevanter Einstellungs- und Verhaltensstrategien. Die Skalen bilden Angst vor Trennung, Angst vor Nähe, fehlendes Vertrauen und den Wunsch nach Unabhängigkeit ab.

Aufbau und Auswertung

Der RSQ umfasst die folgenden Skalen:

- ◆ Angst vor Trennung, 10 Items
- ◆ Angst vor Nähe, 7 Items

- ◆ Fehlendes Vertrauen, 7 Items
- ◆ Wunsch nach Unabhängigkeit, 5 Items

Die Antwortkategorien sind fünfstufig von nicht zutreffend=1 über etwas zutreffend=3 bis sehr zutreffend=5. Es werden über die einzelnen Items Mittelwerte berechnet. Die Skala 4 „Wunsch nach Unabhängigkeit“ ist von der Validität her noch nicht gut untersucht. Theoretisch müssten Personen mit gleichgültig-vermeidendem Bindungsstil, also einem eher guten Bild von sich und einem schlechten der Anderen hier hoch scoren. Da verschiedene klinische Stichproben mal einen deutlich höheren, mal einen tieferen Mittelwert als Gesunde auf dieser Skala aufwiesen, wird auf die Festlegung eines gesunden Bereichs für diese Skala verzichtet. Der Anwender muss selbst interpretieren, ob ein zu hoher oder zu geringer Unabhängigkeitswunsch als psychopathologisch auffällig und veränderungs- und somit therapiebedürftig einzustufen ist. Das Auswertungsprogramm gibt hier deshalb keine Interpretationen vor, sondern berechnet nur die statistische Signifikanz zwischen verschiedenen Messzeitpunkten und die Effektstärken.

Gütekriterien

Objektivität: Der RSQ ist hinsichtlich Durchführung und Auswertung standardisiert und deshalb als objektiv einzuschätzen.

Reliabilität: Die internen Konsistenzen liegen für eine gesunde studentische Stichprobe ($n=78$; Timmerbeil, 2001), zwei stationär-psychosomatische Stichproben ($N=129$, Mestel, 2002; $n=305$, Steffanowski et al., 2001) und für eine ambulant-psychotherapeutische Stichprobe ($n=112$, Mestel, 1999) für fast alle vier Skalen über $rtt=.7$. Nur die Skala „Unabhängigkeitsstreben“ liegt in der ambulanten Gruppe bei $rtt=.68$. Die Trennschärfen der Skalenitems liegen ebenfalls zumeist im befriedigenden Bereich. Für den RSQ gibt es bislang keine echte Retest-Reliabilitätsstudie ohne Intervention. Studien mit vergleichbaren Bindungs-Fragebogenskalen gehen von Retestreliabilitäten von etwa $rtt=.4$ bis $.8$ (meistens zwischen $.5$ und $.7$). Die Befunde sprechen für eine recht hohe Stabilität von Bindungsmustern auf Selbst- oder Fremdbeurteilungsebene.

Validität: Konstruktvalidität bestätigt anhand einer Gesundenstichprobe und einer weiteren stationären klinischen Stichprobe die Faktorenstruktur von Steffanowski (1999) einigermaßen. Die Items für Faktor 4 „Unabhängigkeitsstreben“ wird immer eindeutig repliziert.

Kriteriumsvalidität: Zahlreiche Arbeiten im amerikanischen und deutschen Sprachraum sprechen für die konvergente Validität der vorliegenden Skalen mit anderen Bindungsskalen. Etwas schwieriger sind die Befunde zur divergenten Validität zu interpretieren. Mehreren Stichproben zeigen substantielle Korrelationen gerade der Skala „fehlendes Vertrauen“ mit Symptommaßen (SCL-90-R) oder dem Inventar Interpersoneller Probleme (IIP).

Änderungssensitivität: Die RSQ-Skalen „Angst vor Trennung“, „Angst vor Nähe“ und „Fehlendes Vertrauen“ können zumindest als etwas änderungssensitiv eingeschätzt werden. Es gibt Hinweise darauf, dass sich diese Bindungsskalen vergleichbar mit den IIP-Skalen erst katamnestisch deutlicher verändern. Generell gelten Bindungsmuster eher als stabile, strukturell angelegte Interaktions- bzw. Persönlichkeitscharakteristika. Selbstbeurteilungsskalen dürften dabei noch etwas änderungssensitiver sein im Vergleich zu Fremdbeurteilungsinstrumenten.

Kritikpunkte

- ◆ Skala „Unabhängigkeitsstreben“ ist von der Validität her ungesichert
- ◆ Bindungsrepräsentationen lassen sich nicht per Fragebogen erfassen

2.4.7 Fragebogen zum Kohärenzgefühl - Sense of Coherence (SOC-13)

Beschreibung in weitgehender Anlehnung an

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit (dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke). Tübingen: DGVT Verlag.

und

Abel, T., Kohlmann, T. & Noack, H. (1995). SOC-Fragebogen. Revidierte Fassung der Übersetzung von Noack, Bachmann u. a. (1987). Bern: Abteilung für

Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern.
(Mestel, R., 2006, S. 30).

Kurzbeschreibung

Der SOC-13 misst als Screening Instrument zur Erkennung einer erhöhten allgemeinen Vulnerabilität mit 13 Items das salutogenetische Konstrukt „generelle Lebensorientierung“ oder „Kohärenzsinn“.

Aufbau und Auswertung

Die Antworten auf die 13 Items erfolgen in siebenstufigen Antwortkategorien deren Endpunkte qualitative oder quantitative Aussagen (Häufigkeitsangaben) bilden. Auf Grund der teststatistisch nur unbefriedigend nachweisbaren Faktorenstruktur wird nur der Rohsummenwert über alle 13 Items errechnet.

Gütekriterien

Objektivität: Der SOC ist hinsichtlich Durchführung und Auswertung standardisiert und deshalb als objektiv einzuschätzen.

Reliabilität: Die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) für den SOC-13 liegt für die gesunde Normstichprobe bei .85, für die Langform SOC-29 bei Alpha= .92.

Validität: Kriteriumsvalidität: Es bestehen deutliche positiv gerichtete Zusammenhänge zwischen den SOC-Scores und Variablen der subjektiven Gesundheit. Dabei sind die psychischen Gesundheitsaspekte stärker als die körperlichen mit dem SOC korreliert. Klinische Parameter wie z. B. das Vorliegen oder der Schweregrad manifester Erkrankungen scheinen nur moderat bis gering mit den Ausprägungen des SOC assoziiert zu sein. Während die SOCScores weitgehend vom Grad der (Schul-)Bildung unabhängig sind, besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang mit Merkmalen der materiellen Lebensbedingungen (z. B. dem Haushaltseinkommen): Personen in materiell günstigeren Umständen weisen höhere SOC-Werte auf.

Kritikpunkte

- ◆ Er misst nur den Gegenpol der Psychopathologischen Skalen
- ◆ Die Faktorenstruktur des SOC-29 ist sehr labil
- ◆ Manche Studien finden sehr geringe interne Konsistenzen für die Skala

2.4.8 Berner Stundenbogen 2000 - Version Patientenrating (Stubo)

Beschreibung in weitgehender Anlehnung an

Grawe, K. & Regli, D. (2000). Berner Stundenbogen 2000. Unveröffentlichtes Instrument. (Mestel, R., 2006, S. 34)

Kurzbeschreibung

Der Berner Stundenbogen enthält 22 Items (Patient), die unmittelbar im Anschluss an eine Therapiestunde beantwortet werden. Der Fragebogen dient dazu, auf der Basis des Modells der Allgemeinen Psychotherapie nach Grawe die zentralen Beziehungs- und Wirkfaktoren im Therapieprozess zu erfassen. Auf der Beziehungsebene wird nach der Zufriedenheit, der Qualität der Therapiebeziehung, den Kontrollerfahrungen und dem Basisverhalten gefragt. Für die Wirkfaktoren gibt es Skalen zur Klärung, Bewältigung, Problemaktualisierung und allgemein zum Therapiefortschritt.

Aufbau und Auswertung

Skalen des Patientenstundenbogens (Anzahl, Item-Nr.):

- ◆ Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (3 Items: 20, 21, 22)
- ◆ Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwerterfahrungen (3 Items: 5, 10, 16)
- ◆ Positive Bindungserfahrungen: Aufgehobensein in der Therapie (4 invers gepolte Items: 8, 12, 14, 19);
- ◆ Positive Therapiebeziehung (3 Items: 1, 7, 9)
- ◆ Problemaktualisierung (2 Items: 15, 17)
- ◆ Positive Bewältigungserfahrungen (3 Items: 11, 13, 18)
- ◆ Positive Klärungserfahrungen (3 Items: 2, 3, 6)

- ◆ Therapiefortschritte allgemein (1 Item: 4)

Für die Auswertung eignet sich eine Verlaufsdarstellung mit den Rohwerten pro Skala und Sitzung. Zusätzlich zum individuellen Wert für die jeweilige Therapie können auch noch der Mittelwert und die Standardabweichung der Vergleichsstichprobe abgebildet werden, womit der individuelle Verlauf vor dem Hintergrund der Gesamtstichprobe zu sehen ist.

Gütekriterien

Objektivität: Auswertungs-, Durchführungs- und Interpretationsobjektivität sind gegeben.

Reliabilität: Die interne Konsistenz der Skalen (Cronbach's Alpha) liegt bei ambulanten Psychotherapiepatienten (1200 Sitzungen) zwischen .69 und .90. Die Items sind befriedigend trennscharf, die Korrelationen zwischen den verschiedenen Faktoren liegen für den Patientenstundenbogen zwischen .1 und .5, wobei die Fremdtrennschärfe für die Beziehungsfaktoren geringer ist als für die Skalen der Wirkfaktoren.

Validität: Die Items haben eine hohe Augenscheinvalidität. Für den Patientstundenbogen lassen sich ebenfalls entsprechende Zuordnungen machen, wobei vor allem ein Faktor Beziehung sowie ein Faktor Wirkfaktoren zu unterscheiden sind. Beide Hauptfaktoren lassen sich aber gut in die theoretisch postulierten Faktoren trennen.

Kritikpunkte

- ◆ Das Austeilen des Fragebogens am Ende der Stunde gefährdet die Übertragungsprozesse oder die Therapiebeziehung. Diese Meinung wird jedoch nicht von allen Forschern geteilt.
- ◆ Der Patient will dem Therapeuten nicht weh tun und gibt sozial erwünschte Antworten, v. a. die „abhängigen“ Patienten
- ◆ Der Berner Stubo ist außerhalb der Grawe Arbeitsgruppe wenig verbreitet

2.5 Auftretende Fragen

Was kann es einem Menschen auf lange Sicht nützen, sollte es gelingen sein Selbstkonzept bzw. sein Selbstwertgefühl auf Basis der Personzentrierten Psychotherapie (client-centered therapy) zu verändern? Inwiefern wäre diese Erkenntnistheorie in der Gegenwart für die Personzentrierten Psychotherapie von Bedeutung?

Der Selbstwert oder das Selbstkonzept ist einer der tragenden Themen im Personzentrierten Ansatz. Kann davon ausgegangen werden, dass ein verbessertes Selbstwertgefühl positive Auswirkungen auf gewisse Krankheitssymptome hat? Warum wird dem Selbstwert / dem Selbstkonzept als konkretem Untersuchungsobjekt so wenig Augenmerk geschenkt?

Durch die Personzentrierte Psychotherapie sollte ein Beziehungsangebot geschaffen werden, das dem Individuum ermöglicht, an sich die Frage zu stellen: Wer bin ich (Rogers, 2006, S. 115)? Dies hilft sein Selbst kennenzulernen und damit wird auch ein Prozess der Veränderung in Gang gesetzt. Daher erhebt sich die Frage: Kann dadurch die Personzentrierte Psychotherapie den Anspruch für sich erheben, eine Methode für alle Fälle zu sein (Hutterer, 2005)?

2.6 Fragen die bis dato behandelt wurden

Rogers (2006, Kapitel 11) hat in einer Studie mit Hilfe der Q-Technik, das Selbst operationalisiert, und damit messbar gemacht. Damals wurde bereits der verändernde Einfluss der Personzentrierten Therapie auf das Selbst nachgewiesen.

Das Ziel dieser Arbeit ist, herauszufinden, was die Forschung zur Veränderung des Selbst aussagt. Daraus ergibt sich, dass sämtliche Teilaspekte der Veränderung des Selbst, die hier aufgezeigt werden können, bis dato auch bereits behandelt wurden, allerdings sehr verstreut auf zahlreiche Studien. Es gilt lediglich sie zu sammeln und zu ordnen.

2.7 Rogers Studie

Beim Sichten des gefundenen Materials wurde festgestellt, dass der Selbstwert gegenwärtig in der Literatur eine bescheidene, wenn auch nicht unbedeutende Rolle spielt. In der rezenten Literatur wird zum Thema Selbstwert oft nur der lapidare Hinweis gefunden, dass bereits Rogers und Dymond diesbezüglich mittels der Q-Technik eine umfassende Studie durchgeführt haben.

Diese breit angelegte Studie in den Jahren 1950 – 1954 bringt Fortschritte in der Messung des Selbst (Rogers, 2006, S. 223; Kirschenbaum, 2007, S. 197).

Erste wissenschaftliche Überlegungen erheben die Forderung den Grad des „Erfolges“ oder Grad der erzielten „Heilung“ zu messen. Rogers und sein Team geben jedoch dieses Konzept auf, da es keine allgemein gültige Übereinstimmung darüber gibt, worin nun der Erfolg bzw. die Heilung liegen solle. Vielmehr geht es darum, den Versuch zu starten Persönlichkeitsveränderungen zu messen und diese gehen unmittelbar mit Wertvorstellungen oder einem erlernten Verhalten des Klienten einher. Damit ist die Herausforderung gegeben, objektiv Messungen zu erstellen die vor allem aus subtilen, subjektiven Phänomenen heraus entspringen (Rogers, 2006, S. 225).

Es werden anstatt pauschaler Erfolgskriterien spezifische Kriterienvariablen gesetzt. Von Rogers und seinen Mitarbeitern wird die Frage untersucht: Welche Umstände begleiten eine Therapie? Folgende Hypothesen werden gebildet:

Während der Therapie erlebt der Klient bislang bewusstseins-unzugängliche Gefühle, die ins Selbstbild aufgenommen werden;

während der Therapie entwickelt sich eine größere Kongruenz zwischen dem eigenem und dem idealen Selbst;

während der Therapie und nach der Therapie wird das Klientenverhalten sozialer und reifer;

in und nach der Therapie zeigt der Klient verstärkt die Einstellung sein Selbst wie es ist zu akzeptieren;

und dieses „sich selbst Annehmen können“, das akzeptieren des eigenen Selbst korreliert mit der Zunahme an Akzeptierungsbereitschaft für andere (Rogers, 2006, S. 225).

Das Team nimmt eine Anzahl hypothesenspezifischer klar definierter Variablen, die sämtliche ihrer Theorie der Therapie entnommen und operational definiert werden (Rogers, 2006, S. 226).

Diese Merkmale werden vor der Therapie, nach der Therapie und 6 bis 12 Monate später gemessen. Als Kontrollgruppe dienen Klienten die 2 Monate auf die Therapie warten sollen und die zu Beginn der Wartezeit und am Ende der Wartezeit befragt werden (Rogers, 2006, S. 227). Eine weitere Gruppe mit ähnlicher demographischer Zusammensetzung an Personen, die jedoch keine Behandlung bekommen sollte, dient als Kontrollgruppe und erhält die gleichen Tests in entsprechenden Zeitintervallen wie die Therapiegruppe. 29 Klienten werden von 16 Therapeuten behandelt, auch die Daten von den Kontrollgruppen werden vollständig erhoben und ausgewertet (Rogers, 2006, S. 228).

Die Forschungsergebnisse lassen folgende Schlüsse zu:

Tiefgehende Veränderungen betreffend der Selbstwahrnehmung des Klienten während und nach der Therapie;

eine merklich konstruktive Veränderung in den Persönlichkeitsmerkmalen und in der Persönlichkeitsstruktur des Klienten, die ihn in die Nähe der Persönlichkeitsmerkmale des sich voll entfaltenden Menschen bringt;

Veränderung findet statt in Richtung persönliche Integration und Anpassung;

Bekanntes fällt im Verhalten des Klienten eine veränderte Reife auf.

Die Veränderungen sind signifikant gegenüber jenen, die in der Kontrollgruppe oder bei den Klienten während der selbständigen Kontrollperiode zu finden sind (Rogers, 2006, S. 228).

Um objektive Angaben für die Selbst-Wahrnehmung des Klienten zu bekommen, benutzen Rogers und sein Team die von Stephenson (1953) damals neu entwickelte Q-Technik. Die Karten mit den selbst-beschreibenden Aussagen werden dem Klienten zu jedem Messzeitpunkt mit der Bitte vorgelegt, diese zunächst so zu ordnen, dass sie ihn in diesem Augenblick darstellen (Selbst-Wahrnehmung bzw. reales Selbst); Danach soll der Klient sie so ordnen wie er gerne sein möchte (ideales Selbst-Bild bzw. ideales Selbst).

Diese verschiedenen Einschätzungen werden korreliert, d. h. in Beziehung gebracht (Rogers, 2006, S. 229f). Eine Gruppe von klinischen Psychologen wird gebeten, die Karten so zu ordnen, wie es ein „gut angepasster“ Mensch tun würde. Der Grad der Ähnlichkeit zwischen Klientenordnung und Psychologenordnung wird „Anpassungsmesszahl“ genannt (Rogers, 2006, S. 232).

Eine Klientin hat nach der Therapie den Eindruck, dass sie selbstbewusster ist und mehr Selbstvertrauen besitzt; sie versteht sich selbst besser, hat mehr innere Gelassenheit hat angenehmere Beziehungen zu anderen. Sie empfindet weniger Schuld, weniger Ressentiments, ist weniger getrieben und weniger unsicher und hat kaum noch ein Bedürfnis nach Selbstverleugnung. Die Anpassungsmesszahlen zeigen einen deutlichen Trend zur verbesserten Anpassung (Rogers, 2006, S. 233).

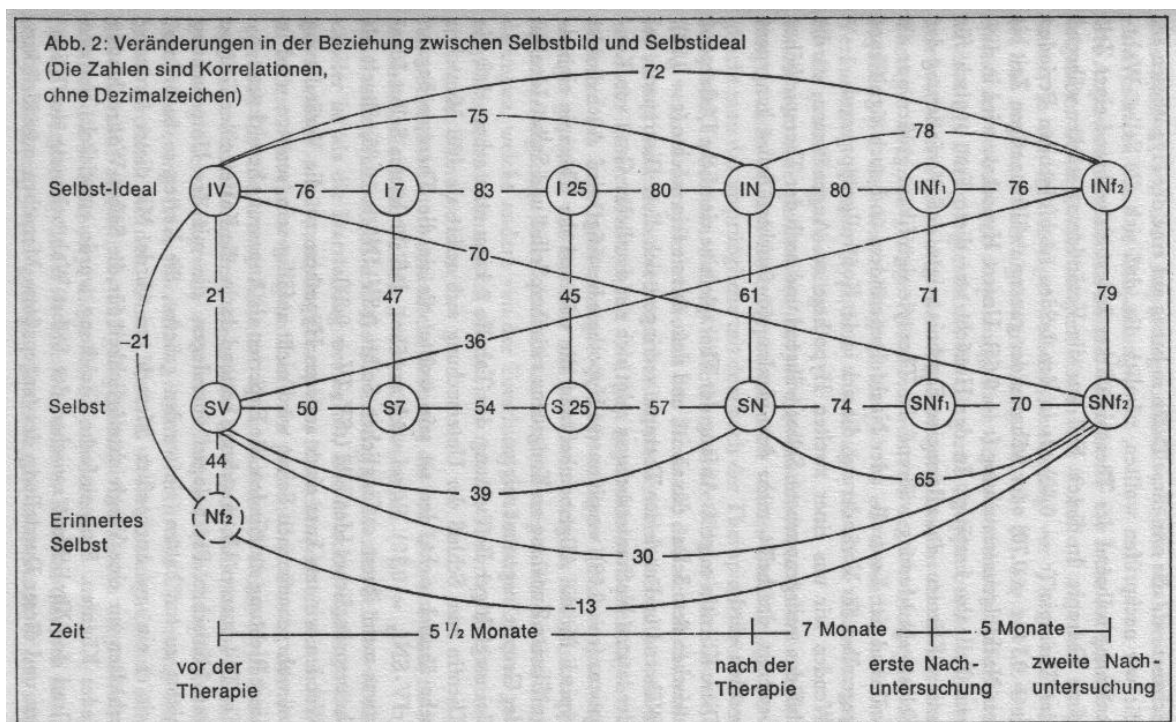


Abbildung 2: Veränderung in der Beziehung zwischen Selbstbild und Selbstideal, aus Rogers, 2006, S. 231

Weiter ist zu erkennen, dass die Darstellung des idealen Selbst stabiler ist als die Darstellung des derzeitigen Selbst (vgl. dazu Abbildung 1). Bis auf wenige Ausnahmen zeigt das Selbstkonzept die größere Veränderung, wenn auch das Idealbild geringe Änderungen erfährt (Rogers, 2006, S.233).

Das erinnerte Selbst wird erhalten, indem die Klientin im Rahmen der zweiten Nachfolgeuntersuchung gebeten wird, die Karten noch einmal so zu ordnen, wie sie zu Beginn der therapeutischen Behandlung war. Dieses ist mit einer Korrelation von nur $r = 0,44$ vom damaligen Selbst sehr verschieden und ist eine deutlich ungünstigere Selbstdarstellung und zeigt eine größere Diskrepanz zum Idealbild ($r = -0,21$) und eine niedrige Anpassungszahl (26 statt damals 35) (Rogers, 2006, S. 234).

Nach dieser grundlegenden Studie von Rogers und seinen Mitarbeitern wird der Focus nicht mehr generell auf den Selbstwert als zentrales Studienobjekt gerichtet, sondern auf die diversen Symptome, die mit Hilfe des Klientenzentrierten Ansatzes verbessert werden sollen. Dabei ist immer wieder erkennbar, dass dies in der Regel mit einer positiven Veränderung des Selbstwertes / Selbstkonzeptes einher geht. In der Folge werden diese Studien dargestellt.

2.8 Stand der Forschung, Relevanz, Aktualität

Die Forschung schenkt derzeit der Veränderung des Selbstwerts / Selbstkonzepts in Verbindung mit der Personzentrierten Therapie als zentralem Forschungsobjekt kaum Beachtung. In Studien über die Effektivität von Psychotherapie bei verschiedenen Krankheiten / Störungen / Beschwerden kommt jedoch als beiläufiges Ergebnis immer wieder heraus, dass der Selbstwert eine nicht unbeachtliche Veränderung erfahren hat. Das Selbst / der Selbstwert / das Selbstkonzept betrifft jedoch den Menschen als Gesamtheit. Deswegen ist eine Beschäftigung mit diesem Thema durchaus relevant, weil die Ergebnisse einer Grundlagenforschung auf diesem Gebiet brauchbare Hinweise für sämtliche Behandlungsmethoden liefern könnten.

3 Ziel dieses Beitrags

Ziel dieses Beitrags ist es, einen Überblick der Forschungsergebnisse aufzuzeigen und die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Untersuchung, allenfalls Langzeitstudien, mit dem Focus: „Eine Beobachtung der Entwicklung des Selbstwertes über einen längeren Zeitraum im Leben des Klienten“ aufzuzeigen.

Die *Wichtigkeit der Untersuchung des Selbstwertes* soll durch die Sichtweise D. Stern hervorgehoben werden. Stern stellt die Entwicklung des Selbstgefühls ins Zentrum seiner Entwicklungstheorie. Er versucht, ausgehend von Beobachtungen, die subjektive Erfahrung des Babys zu erschließen. Für Stern ist dieses *Selbstgefühl* als *wichtige subjektive Realität* ein zuverlässiges Phänomen, das *die Wissenschaft nicht übergehen könne*. Stern bezeichnet das Selbstgefühl als ein organisiertes Prinzip welches die Entwicklung des Einzelnen bestimmt (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1997, S. 81).

Was die Wirksamkeit der Personzentrierten Psychotherapie (in Deutschland unter Gesprächspsychotherapie bekannt) betrifft, so wird diese mehr oder weniger unterschätzt. Meist liegen den Untersuchungen Posttestungen zugrunde und nicht so sehr Katamneseberichte. Die Gesprächspsychotherapie hat nachgewiesenermaßen Langzeiteffekte. Daher sind die Veränderungen des Klienten zum Katamnesezeitpunkt deutlicher ersichtlich als zum Posttestzeitpunkt. Unter Katamnesezeitpunkt wird ein Zeitpunkt im Nachbeobachtungszeitraum verstanden (Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 77; Frohburg, 2007, S. 218).

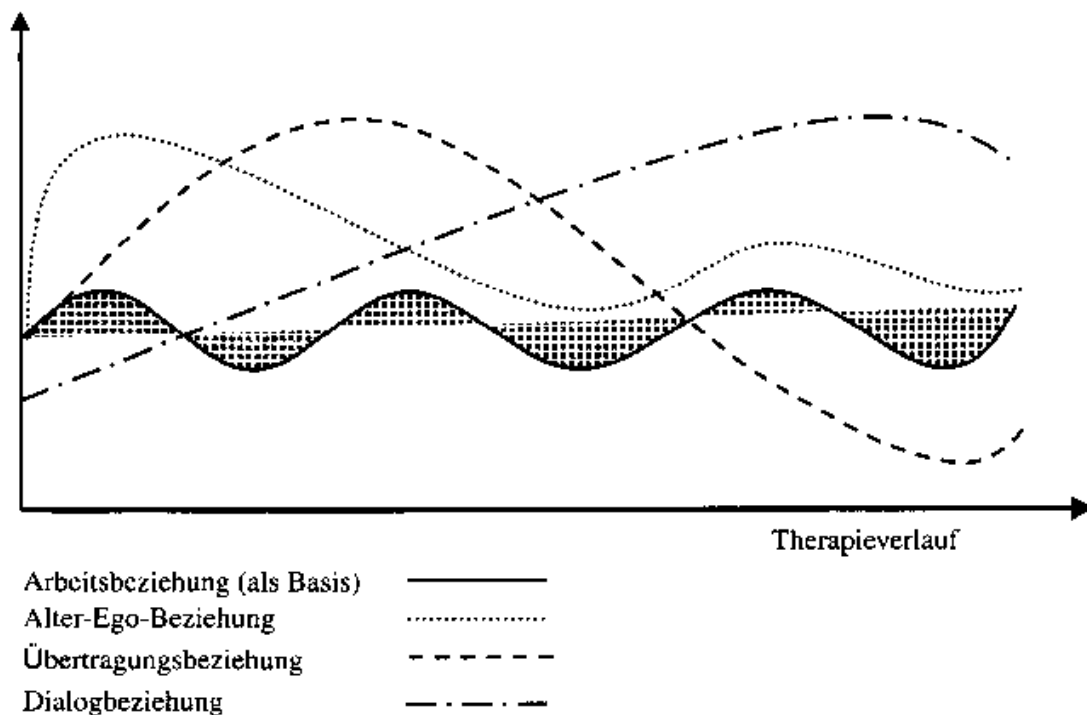


Abbildung 3: Beziehungsformen in der Psychotherapie, aus Keil, 2002, S. 37

4 Konkrete Fragestellung

Welche Antwort gibt die Forschung auf die Frage: Ist eine Veränderung des Selbstwertgefühles bzw. Selbstkonzeptes in der Personzentrierten Psychotherapie erkennbar / prüfbar?

In der Gesprächspsychotherapieforschung können nach Frohburg drei Forschungsbereiche unterschieden werden. Die *Effektivitätsforschung*, die *Indikationsforschung* und die *Prozessforschung*.

Mit der *Effektivitätsforschung* wird vor allem das Wirkungsspektrum der Gesprächspsychotherapie erforscht und zwar bezogen auf die Verbesserung der Symptomatik und der Befindlichkeit der Patienten sowie auf klinisch relevante Veränderungen von Persönlichkeitsmerkmalen, Einstellungs- und Verhaltensweisen. Es lassen sich in diesem Zusammenhang eindeutige Belege erbringen, dass die Gesprächspsychotherapie ein effektives Therapieverfahren ist.

Die Differentiellen Effektivitätsstudien zeigen auf, dass der Veränderungsumfang und das Verhalten des Patienten, sowie des Therapeuten im Therapieprozess kovariieren. Die Komparativen Effektivitätsstudien belegen zum Wirksamkeitsvergleich von Gesprächspsychotherapie und Psychoanalytischen und Verhaltenstherapeutischen Verfahren, dass in quantitativer Hinsicht überwiegend Gleichwertigkeit besteht. In qualitativer Hinsicht ist die Effektivität verfahrensabhängig. Die Langzeitwirkung der Gesprächspsychotherapie weist gute Stabilität auf.

Indikationsforschung zeigt eindeutige Forschungsbefunde in denen Patienten mit unterschiedlichen DSM – bzw. ICD – Diagnosen aus dem Bereich der psychischen wie der psychosomatischen Störungen mit der Gesprächspsychotherapie wirksam behandelt werden können.

Die *Prozessforschung* hat den Auftrag, theoretische Annahmen über die Wirkungsbedingungen der Gesprächspsychotherapie empirisch zu erbringen (Frohburg, 2007, S. 210-214).

Inwieweit nun eine therapeutische Wirksamkeit vorliegt, entscheidet trotz der verschiedenen Untersuchungsrichtungen der Klient selbst. Mit anderen Worten „die Methode für alle Fälle“ (Hutterer, 2005, S. 1) steht möglicherweise mit der Persönlichkeitstheorie (Rogers, 2007, S. 56) im Zusammenhang. „Das Persönlichste ist das Allgemeinste“ (Rogers, 2006, S. 41) zeigt das Bedürfnis auf: „Der zu sein der man in Wahrheit ist“ (Rogers, 2006, S. 164).

Damit schließt sich der Kreis, nämlich, dass bei allen spezifischen Untersuchungen das Selbst nicht ausgeschlossen werden kann, im Gegenteil es notwendig macht, wenn es darum geht ersichtlich zu machen was die Personzentrierte Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapieformen so herausragen lässt. Gerade erst dann, wenn der Prozess der Veränderung des Selbst in Gang gesetzt wird, mit dem Ziel, der zu werden, der man in Wirklichkeit ist, kann unabhängig von den einzelnen Forschungsrichtungen und Therapiefacetten die Therapie zu wirken beginnen, welche im Grunde ein ganzes Leben wirken kann (Lux, 2007, S. 27).

5 Humanistische Forschung versus naturwissenschaftliche Forschung

Humanistische Forschung unterscheidet sich von der naturwissenschaftlichen Forschung insofern als keine genau gleichen messbaren Voraussetzungen geschaffen werden können, die unter jeweils gleichen Bedingungen immer wieder zu den gleichen Ergebnissen kommen können.

Der Grund liegt einfach darin, dass das Studienobjekt der Humanwissenschaften – der Mensch – ein äußerst komplexes Lebewesen, bestehend aus ungeahnt vielen chemischen Verbindungen und ungeahnt vielen neuronalen Vernetzungen besteht, die bis zum Zeitpunkt der Untersuchung schon vielfältigsten Einflüssen ausgesetzt waren und selbst während der Untersuchung weiterhin zahllosen Einflüssen ausgesetzt sind, die unmöglich in allen Details in die Untersuchung mit einbezogen werden können. Hier die wesentlichen Einflussfaktoren herauszufiltern und zu untersuchen ist äußerst schwierig, mühsam und erfordert große Erfahrung gutes Fingerspitzengefühl und eine gehörige Portion Glück des Untersuchers, um verlässliche Ergebnisse zu liefern.

Welcher Weg der Therapieforschung ist nun legitim? Die eine Gruppe der Wissenschaftler stellt die empirische Forschung als einzig legitimen Weg dar, die andere Gruppe meint, dass eine empirische Therapieforschung dem Geschehen der Psychotherapie nicht gerecht werden kann. Diese beiden Lager könnten als „empirisch-wissenschaftlich“ bzw. als „existentialistisch-humanistisch“ bezeichnet werden. Psychotherapie erfordert es, beide Lager zu berücksichtigen, sowie ihre Grenzen zu erkennen ((Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 54).

6 Methodische Vorgangsweise

6.1 Begründung der Methodenwahl

Ziel der Literatursuche waren Metaanalysen, die nur oder unter anderem auch klientenzentrierte Therapie als Forschungsobjekt beinhalteten. Metaanalysen wurden gesucht, weil diese in der Regel auf eine große Anzahl von Studien zurückgreifen und deren Daten vergleichend analysieren. Dadurch können themenrelevante Studien rascher gefunden werden. Es verbleibt dann mehr Zeit für die Literatursuche von Spezialthemen. Über den dadurch erzielten Forschungsumfang kann den Worten Frohburgs (2004) gefolgt werden:

Es ist davon auszugehen, dass trotz sorgfältiger Suche nicht alle Studien, die es – sehr verstreut in der Literatur – gibt, erfasst werden konnten. Trotzdem beeindruckt der Umfang der hier zusammengestellten Dokumentationen. Das gilt umso mehr, wenn man bedenkt, dass und wie schwierig schon Effektivitätsstudien zur Erfassung der unmittelbaren Therapieergebnisse sind und dass sich katamnestic Studien aus inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Bedingungen noch um einiges schwieriger und vor allem aufwändiger gestalten. (S. 203)

Die Zunahme des Wissens in den Sozialwissenschaften u.a., ist durch die vielen Einzelstudien und darin untersuchten spezifischen Fragestellungen belegt worden. Daraus ergibt sich die Forderung, nach Vergleichen oder einer Zusammenschau zahlreicher Einzelergebnisse. Um zu einem aktuellen Wissenstand gelangen zu können, werden Übersichtsarbeiten, Reviews bzw. narrative Reviews, notwendig (File, Hutterer, Keil,

Korunka & Macke-Bruck, 2008, S. 6). In Verbindung mit der vorliegenden Arbeit wurde versucht solch eine qualitative Übersichtsarbeit, einen narrativen Review, zu erstellen.

6.2 Allgemeine Darstellung der Methode

Bevor auf nähere Details der Arbeit eingegangen wird, soll noch auf einige Aspekte in Verbindung mit einem narrativen Review Bezug genommen werden. Unter einem narrativen Review kann eine Zusammenfassung und Synthese verschiedener Primärstudien verstanden werden. Das heißt, aus dieser Zusammenschau lassen sich nun Schlussfolgerungen für Fragestellungen in einem speziellen Forschungsgebiet ziehen (File et al., 2008, S. 6).

Im Gegensatz zum narrativen Review besteht die Möglichkeit Metaanalysen zu erstellen. ‘... metaanalysis is referred to as a quantitative review of a literature and is distinguished from a qualitative or more narrative review of the literature’ (Kazdin, 1994, S. 32).

Zu erwähnen sei, dass die Metaanalyse von Statistikern entwickelt wurde, um das Problem der Integration von Forschungsergebnissen in der Erziehungswissenschaft und der Psychotherapie bewältigen zu können. Metaanalysen zeichnen sich durch eine deutliche Formalisierung der Methode aus. Dies ermöglicht eine Reproduzierbarkeit und gezielte Kritik. Werden Vor- bzw. Nachteile von Metaanalysen und narrativen Reviews aufgezeigt, lässt sich der Schluss ziehen, dass beide sich sinnvoll *ergänzen*, nicht so sehr ausschließen (File et al., 2008, S.6; Graham, 1995, S. 513).

Cooper und Dorr behaupten: Then, the research community will be no more likely to accept the conclusions of a review of systematic empirical replications without metaanalysis, ... (Cooper & Dorr, 1995, S. 517).

6.3 Konkretisierung der methodischen Schritte

Suchziel waren Metaanalysen von Studien mit dem Schwerpunkt Personzentrierte Psychotherapien und die Entwicklung des Selbstwerts oder Faktoren die das Selbstkonzept deutlich beeinflussen. Metaanalysen über Studien, welche ausschließlich das Thema

Selbstwert / Selbstkonzept in der Personzentrierten Psychotherapie als Forschungsfrage hatten konnten nicht gefunden werden.

Die Literaturrecherche bezog sich auf allgemein zugängliche relevanten Buch- und Zeitschriften-Publikationen, wobei Abstract-Sammlungen, bibliografische Kataloge, Homepages sowie elektronischen Literaturdatenbanken wie Psynindex, Psyclit, PsychInfo, Social Science, Opac der UNI Wien, Eric (free) alt, Eric (webspirs 5) genutzt wurden. Diese Datenbanken (Stand: Winter 2008/2009) wurden mit Hilfe folgender Suchalgorithmen durchsucht:

- a) Für die Suche englischer Artikel: Meta*, cent*, client*, effec*, effiz*, pers*, Roger*, self*; therap* Selfesteem; selfworth; self concept und 2 bzw 3 Kombinationen daraus;
- b) für die Suche deutscher Artikel: Meta, zentr, klient*, effek*, effiz*, pers*, Roger*, selbst*; therap*, Selbstwert; Selbstkonzept

Die Suchergebnisse dieser Literaturrecherche wurden einzeln auf Relevanz für die Fragestellung gesichtet. Letztlich wurden aus der Metaanalyse nach Elliott (2004), Forschungsergebnisse untersucht, welche im Speziellen unter die Kategorie „Client-Centered“ eingereiht wurden, damit in Verbindung wiederum nur jene, die im Besonderen Messergebnisse des Selbstbildes aufzeigen. Spielarten (Keil & Stumm, 2002, S.49) der Personzentrierten Psychotherapie können in der vorliegenden Diplomarbeit außer für kurz gehaltene Vergleiche nicht berücksichtigt werden, weil dies den Rahmen sprengen würde. Neben der wichtigsten Studie Rogers (1954), in der das Selbstkonzept naturwissenschaftlich untersucht wurde, werden daher Studien von 1971 bis 2007 diskutiert.

7 Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Übersichtsarbeit legen folgende Reihung für die Gliederung der Ergebnisse nahe:

1. Verändert die Personzentrierte Psychotherapie den Selbstwert / das Selbstkonzept?

2. Unterscheidet sich die Personzentrierte Psychotherapie von anderen Psychotherapien in der Veränderung des Selbstkonzepts?
3. Welche Faktoren beeinflussen die Veränderung des Selbstkonzepts?

7.1 Einfluss der historischen Entwicklung der Psychotherapie auf die Veränderungsforschung des Selbstkonzepts

Die historische Entwicklung der Untersuchungsziele und -methoden, bringt für die Erforschung der Veränderung des Selbstkonzepts deutliche Fortschritte. A. E. Meyer teilt die Entwicklung der Psychotherapie in drei Phasen ein.

1. die klassische Phase: Beginnt mit 1895 mit Freud / Breuers „Studien zur Hysterie“. Methodisch beruht diese auf einem Vergleich vor und nach der Therapie, wobei der Patient seine eigene Kontrolle ist. Diese Phase endet 1952 mit den Artikeln und Büchern von Eysenk. Eysenk bringt unter anderem vor, der intraindividuelle Vor-Nach-Vergleich täusche, weil er in unbekanntem Ausmaß von sogenannten Spontanremissionen, Rückfällen, profitiert. Er fordert deshalb einen Kontrollgruppenvergleich.
2. die Rechtfertigungs-Phase: Es soll ab nun durch Vergleiche mit nicht oder anders behandelten Kontrollgruppen die Wirkung von Psychotherapie überhaupt, bzw. die Überlegenheit einer Form gegenüber einer anderen Form von Psychotherapie bewiesen werden.
3. die Differentielle Psychotherapie-Effizienz-Forschungs-Phase, in welcher das eigentliche Problem bearbeitet werden soll, nämlich: Welche Behandlungsmaßnahme durch wen, führt bei diesem Individuum mit diesem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis in welchem Zeitpunkt (Meyer, 1990, S. 287f.).

Die Ära bevor in der Psychotherapie experimentelle Untersuchungen angestellt werden kann am besten als „akademischer Tribalismus“ bezeichnet werden (Di Loreto, 1971, S. 1). Die Zugehörigkeit zu einer Schule beruht auf Glauben, Überzeugung und persönlicher Befriedigung (Di Loreto, 1971, S. 2). Dies führt eher zu einer Divergenz, einem Auseinandertriften, als zu einer gemeinsamen Sicht der diversen Psychotherapie Schulen. Diese Ära kann in etwa mit Meyers Phase 1 gleichgesetzt werden.

Um diesen pseudowissenschaftlichen Zustand zu überwinden, empfiehlt Di Loreto einen

Wandel der Forschung in der Beratung und der Psychotherapie in zwei Richtungen:

Erstens, die Forschung muss sich von einer den Prozess beschreibenden zu einer das Ergebnis hervorhebenden ändern, wobei Messgrößen der Therapeut-Klient-Beziehung (Interaktion) und Messgrößen des Zielverhaltens eingeschlossen sein müssen.

Zweitens, muss eine Änderung von Ergebnis-Studien begründet auf einem Behandlungs-versus Nicht-Behandlungs-Modell hin zu Studien basierend auf einem vielfachen Vergleichsmodell erfolgen.

Um die Psychotherapie von den Mythen zu befreien, von denen Kiesler (1966) spricht, soll die Forschung in Richtung folgender Fragestellung gehen: Welche Therapieform, von welchem Therapeuten angewandt, ist für einen Klienten, mit einem konkreten Persönlichkeitstyp und einem konkreten Problem unter welchen Umständen, die Beste (Di Loreto, 1971, S. viii). Di Loreto führt auch selbst eine solche Kontrollstudie durch (siehe unten). Mit der Berücksichtigung von Kontrollstudien erfolgt nun der Übergang zu Meyers Phase 2. Für die klientenzentrierte Therapie beginnt aufgrund mangelnden Forschungsinteresses amerikanischer Gesprächstherapeuten, die auf Rogers folgen, die intensive Phase 2 scheinbar erst mit Elliotts Metaanalyse über die Wirksamkeit der humanistischen Psychotherapien aus dem Jahre 2002 (Elliott, 2002, S. 57).

Zur Phase 3 gehören unter anderem auch jene Studien, die ihr Augenmerk vermehrt darauf legen, die Therapiezeit zu verkürzen und die Wirksamkeit bei verkürzten Therapiezeiten zu erforschen (zum Beispiel Meyer & Bolz, 1981, S. 81).

Diese historischen Entwicklungen führen dazu, dass der Einfluss der Psychotherapien auf die einzelnen Aspekte des Selbstwertes genauer erforscht werden und nunmehr verlässliche Daten über die Größenordnung der diversen Veränderungen zur Verfügung stehen beziehungsweise weiterhin ermittelt werden können.

7.2 Wie das Selbstkonzept in der Gegenwart dargestellt wird

Dem Selbst-Konzept (self-concept) wird evaluativer, bewertender Charakter zugeschrieben. Die englischen Ausdrücke Self-concept und self-esteem werden häufig austauschbar verwendet (Marsh, 1993, S. 59). Manche Autoren unterscheiden jedoch

zwischen Selbstkonzept (self-concept) und Selbstachtung (self-esteem), wobei dann bei letzterem die bewertende Natur hervorgehoben werden soll (Marsh, 1993, S. 67).

Das Selbst ist ein hypothetisches Konstrukt. Es ist weder eine Tatsache noch eine all-inclusive Theorie für professionelle Hilfe. Es gibt keinen zwangsläufigen Zusammenhang zwischen dem Selbst und Erfolg (Robins & John, 1997), wiewohl es eine gewisse Art feine, beherrschende (überall vorhandene), profunde Beziehung zwischen dem Selbst und menschlicher Gesundheit und Glück, Krankheit und Verzweiflung gibt. Positive und realistische Selbstwahrnehmungen sind tatsächlich notwendige Vorbedingungen für psychologisches Wohlbefinden. Ein negatives Selbstbild wird mit zahlreichen Problemen wie Alkoholmissbrauch, Anorexia nervosa, Bulimie und extremer Schüchternheit in Verbindung gebracht (Purkey & Stanley, 2002, S. 473f).

7.2.1 Aufbau von Selbstkonzepten

Das Selbstkonzept ist strukturiert. Mummendey (2006) versteht unter dem Selbstkonzept (der Gesamtheit der Selbstkonzepte) eines Individuums die Gesamtheit aller Selbstbeurteilungen (Mummendey, 2006, S. 38). Brown (1993) unterscheidet eine globale Selbstachtung, und untergeordnet spezifische Selbstachtungen. So kann jemand trotz einer hohen Selbstachtung im mathematischen Bereich, insgesamt dennoch eine global negative Selbstachtung haben (Brown, 1993, S. 28). Er weist auf Rosenbergs (1979) Ansicht hin, Selbstachtung sei aufgebaut auf der Bewertung des Selbst in spezifischen Domänen (Brown, 1993, S. 28,29). Purkey und Stanley sehen im Selbst die Gesamtheit eines komplexen, dynamischen und organisierten Systems gelernter Überzeugungen, die ein Individuum über seine persönliche Existenz für wahr hält (Purkey & Stanley, 2002, S. 474). Für Purkey und Stanley ist das globale Selbst(konzept) organisiert, dynamisch (antreibend), stetig und erlernt.

Organisiert, weil es sich aus kleineren Einheiten zusammensetzt, die als Sub-Selbst(konzepte) bezeichnet werden könnten. Jedes Subselbst(konzept) trägt seinen positiven bzw. negativen Beitrag zum globalen Selbst(konzept) bei. Ein Erfolg oder Misserfolg in einem Subselbst(konzept) erhöht bzw. vermindert die Selbst-Bewertung (self-evaluation) in anderen scheinbar damit nicht zusammenhängenden Fähigkeiten (Purkey & Stanley, 2002, S. 475f).

Dynamisch (antreibend), weil die Aufrechterhaltung, der Schutz und die Verbesserung des erreichten Selbst die grundlegende Motivation hinter jedem menschlichen Verhalten ist (Purkey & Stanley, 2002, S. 476).

Stetig, weil ein Mensch sein erreichtes Selbstkonzept aufrechtzuerhalten sucht. Das heißt, eine Person handelt in Übereinstimmung mit dem bisher erworbenen Selbstkonzept. Sie erwartet auch, alle Subselbst seien miteinander in Übereinstimmung, ungeachtet wie inkongruent diese aus externer Sicht auch erscheinen mögen. Diese Tendenz kann auch von Therapeuten genützt werden, indem sie dem Klienten ein Feedback geben, das sein negatives Selbstbild bestätigt. Der Klient fühlt sich dadurch verstanden, fühlt sich kompetent im Bereich des „Selbst-Verständnisses“, was eine wichtige Basis für die Selbstentwicklung des Klienten darstellt (Purkey & Stanley, 2002, S. 477).

Erlernt, weil die Wahrnehmung des Selbst von Personen durch drei generelle Wege verändert wird: a) durch extrem traumatische oder exstatische Ereignisse (Tod eines geliebten Angehörigen, Geburt eines Kindes); b) durch eine professionell helfende Beziehung wie medizinische Behandlung, Psychotherapie oder spirituelle Führung; c) durch lebenslange tagtägliche Erfahrung, welches der wirksamste Weg ist (Purkey & Stanley, 2002, S. 478).

Zu den zahlreichen Unterkonzepten zählen unter anderem self-awareness/self-consciousness, self-monitoring, Self-representation, Self-schema, Self-reference, Self-assessment/self-verification, Self-affirmation, Self-esteem/Self-evaluation, Self-discrepancy, Self-consistency, Self-control, Self-efficacy, Self-regulation, Self-presentation, Self-identification, Self-enhancement/self-promotion, Self-serving bias/self-serving attribution, Self-handicapping/Self-derogation, Self-categorization (Mummendey, 2006, S. 61-84.)

Ein Unterkonzept kann sich jedoch aus weiteren Unterkonzepten zusammensetzen. Dabei können die einzelnen Unterkonzepte verschieden stark mit ihren Oberkonzepten korrelieren. Für gewisse, auf dem Selbstkonzept basierende Voraussagen, mögen daher gewisse Teilkonzepte besser geeignet sein als das globale Selbstkonzept. Das Globale Schul-Selbstkonzept zum Beispiel korreliert stärker mit dem Mittelwert von 9 Kern-Selbstkonzepten (z.B. Mathematik, Englisch; $r=0,793$) als mit dem Mittelwert aller 15 Selbstkonzepte ($r=0,730$) und speziell im Vergleich mit den 6 Nichtkern-Selbstkonzepten

($r=0,422$) (Marsh, 1993, S. 69). Der akademische Erfolg ist auch stärker mit dem akademischen Selbstkonzept korreliert als mit dem Nicht-akademischen bzw. dem allgemeinen Selbstkonzept (Marsh, 1993, S. 66). Für die Voraussage des Erfolges einer Person, scheint somit nicht das generelle Selbstkonzept das geeignetste zu sein, sondern jene Sub-Selbstkonzepte die zum gefragten Erfolg in engerer Beziehung stehen. Das akademische Selbstkonzept korreliert positiv zum individuellen Erfolg, aber es korreliert negativ zum mittleren Schulerfolg. Studenten vergleichen sich mit ihren Kommilitonen. Vergleichen sie sich mit schlechteren Kollegen, zeigen sie ein höheres akademisches Selbstkonzept, Vergleichen sie sich jedoch mit besseren Kollegen zeigen sie ein geringeres akademisches Selbstkonzept (Marsh, 1993, S. 85).

7.2.2 Selbstkonzeptmodelle

Das Shavelson et al. Modell:

Das Shavelson et al. Modell ist ein hierarchisches Modell mit vielen Facetten. Definition: Das Selbst-Konzept ist die Selbst-Wahrnehmungen einer Person, geformt durch die Erfahrung mit und die Interpretation von seiner Umwelt. Diese werden besonders beeinflusst von Bewertungen durch signifikante Andere, Verstärkungen und Zuschreibungen für sein eigenes Verhalten und Fertigkeiten. An oberster Stelle dieser Hierarchie ist das generelle Selbst als allgemeinste und stabilste Komponente. Die nächste Ebene spaltet sich in akademische (theoretische) und nicht-akademische Selbst-Konzepte auf. Das akademische Selbst-Konzept gliedert sich in spezielle Bereiche wie Mathematik, Englisch, etc. Das Nicht-akademische Selbst-Konzept gliedert sich in soziales, emotionales und physisches Selbst-Konzept. In jeder folgenden Ebene gliedern sich die Selbst-Konzepte weiter (Marsh, 1993, S. 60). Mit dem Shavelson et al. Modell und den empirischen Ergebnisse als Grundlage beginnt Marsh den Selbst-Beschreibungs-Fragebogen (Self Description Questionnaires SDQ) für drei Altersgruppen zu entwickeln (Marsh, 1993, S. 61).

Dies führt zum Marsh/Shavelson Modell. Die Forschung ergibt, dass das verbale und das mathematische Selbst-Konzept nahezu unkorreliert sind und findet auch zwei zweitgradige akademische Faktoren. Die oberste Ebene besteht nicht aus einem einzelnen Faktor

sondern aus zwei Faktoren, nämlich dem mathematisch/akademischen Faktor und dem verbal/akademischen Faktor (Marsh, 1993, S. 66).

7.2.3 Selbstkonzeptstruktur

Ursprünglich wurde ein eindimensionales Selbstkonzept angenommen. Heute ist die Frage, mit wie viel voneinander unabhängigen Dimensionen sich Selbstkonzepte allgemein oder für bestimmte Bereiche beschreiben lassen. Dafür können Faktorenanalysen und andere dimensionsanalytische Verfahren eingesetzt werden. Zur Beantwortung solcher Fragen lassen sich die üblichen Methoden der Datenerhebung und –analyse in der Differentiellen Psychologie heranziehen. In der Selbstkonzeptforschung wird danach gefragt, wie der Proband die Struktur seiner Selbstbilder sieht. Gibt es eher zentrale, für das Individuum wichtige und eher periphere, subjektiv weniger wichtige Selbstkonzeptbereiche, sind sie hierarchisch oder als Netzwerk aufzufassen? (Mummendey, 2006, S. 216).

Persönlichkeitsmessungen mit Selbstaussagen über eigene Persönlichkeitseigenschaften sind zugleich Selbstkonzeptmessungen. (Mummendey, 2006, S. 217). Mit der Differentiellen Psychologie hat die Selbstkonzeptforschung auch das Problem der Generalität/Spezifität von Eigenschaften und den Problemkomplex Person und Situation gemeinsam. Selbstkonzepte können generell oder spezifisch sein. Spezifische Selbstkonzepte treten nur unter bestimmten Bedingungen von Raum und Zeit oder nur in bestimmten Lebensbereichen auf, wohingegen generelle Selbstkonzepte weitgehend allgemeingültig sind und keinen Einschränkungen wie die speziellen Selbstkonzepte unterliegen (Mummendey, 2006, S. 219). Zum Beispiel, wenn sich ein Proband als geduldig beschreibt, könnte dies entweder generell in allen Lebensbereichen und gegenüber allen Personen gelten oder aber lediglich speziell im Berufsleben als Arbeitnehmer nicht hingegen im Familienleben, wo er äußerst ungeduldig sein mag.

7.2.4 Wie hat man Zugang zum Selbst?

Eine der ersten Fragen zum Selbst bzw. zum Selbstkonzept ist, wie sich eine Person selbst wahrnimmt. Um ein Selbstkonzept zu entwickeln, bzw. später wieder abzuändern, müssen Informationen bzw. Reize aufgenommen und verarbeitet werden. Zu den dafür benötigten

Prozessen die untereinander eng verwoben sind und die auf das Selbstkonzept einen Einfluss haben gehören (kognitiv) das Wahrnehmen, das Erinnern, das Denken, das Sprechen, das Beurteilen/Bewerten, das Vorstellen/Erwarten und (emotional) das Fühlen und das Intendieren/Wollen. (Mummendey, 2006, S. 48-61).

Der Frage der Wahrnehmung geht bereits Bem (1972) nach und konstatiert eine funktionale Äquivalenz zwischen Fremd- und Selbstwahrnehmung. Fremdwahrnehmung bedeutet dabei, wie der Proband andere wahrnimmt und nicht, wie Fremde den Probanden wahrnehmen. Bei der Selbstwahrnehmung betrachtet sich der Proband quasi von außen, so wie er sonst Fremde betrachten würde, und zieht dann Rückschlüsse auf sein eigenes Inneres. Sämtliche Untersuchungsmethoden zur Personwahrnehmung lassen sich analog auf die Wahrnehmung der eigenen Person anwenden (Mummendey, 2006, S. 42f.). Allerdings sind immer dort gewisse Unterschiede zu erwarten, wo der Proband quasi als Insider gewisse Informationen über sich kennt, die einem Fremdbeobachter als Outsider nicht bekannt sein können. Wenn jemand langsam geht, weil er einen schweren Koffer zu tragen hat, so weiß er selbst den wahren Grund für sein langsames Gehen. Würde er einen anderen in der gleichen Situation sehen, könnte er vielleicht Faulheit als Grund annehmen (Mummendey, 2006, S. 44).

Weitere mögliche Informationsquellen über das Selbst sind Sozialisierungsagenten, und Boten; Ergebnis: Individuen sind nicht sehr exakt in der Bewertung was andere von ihnen halten (Felson, 1993, S. 2).

Sozialisierungsagenten: Ehegatten und enge Freunde sind relativ aufrichtig miteinander, Arbeitgeber mögen schonungslos, Eltern und Lehrer mögen direkt in ihrer Kommunikation sein (Felson, 1993, S. 8).

Übermittler: Manchmal nutzen Chefleute dritte Personen um die Meinung eines Angestellten herauszufinden, andererseits mag sich ein Chef eines Mittlers bedienen, um evaluative Informationen zu übermitteln (Felson, 1993, S. 9).

Interne psychologische Prozesse: Internalisierung der Einschätzung anderer; die Tendenz zur Annahme der Individuen, dass andere ihre Selbsteinschätzung teilen (der falsche Konsens-Effekt). Individuen haben begrenzte Informationen über sich selbst, weshalb ihre Selbsteinschätzung wahrscheinlicher durch Neigungen beeinflusst werden (Felson, 1993, S. 2).

7.3 Gemeinsamkeiten der Studien

7.3.1 In den Studien angewendete Methoden

An Methoden werden in den untersuchten Studien unter anderem das Sortiervverfahren Q-Sort, verschiedenste Fragebögen und Selbstrating-Verfahren verwendet. Diese Methoden sind unter Punkt 2.3. näher beschrieben. Eine Auflistung der eingesetzten Messinstrumente sind in Punkt 9 aufgelistet.

7.3.2 Definitionen methodischer Begriffe

7.3.2.1 Effektstärken

Die Effektstärken (engl. effect sizes) werden wie folgt berechnet: Für eine Messgröße wird vor und nach einer Intervention von allen Patienten der Mittelwert gebildet. Danach wird die Differenz der beiden Mittelwerte durch die Standardabweichung der Differenzwerte dividiert (Elliott, 2002, S. 59; Grawe, 1990, S. 341). Der aus diesem Bruch resultierende Wert ES (Effektstärke) gibt in quantitativ vergleichbarer Form an, einen wie starken Effekt die betreffende Behandlungsform in dem jeweiligen Maß erzielt. In der Psychotherapieforschung finden sich zumindest mittlere ($ES > 0.5$) bzw. hohe ($ES > 0.8$) Effektstärken einer Behandlung. Sie erlauben den Vergleich unterschiedlicher Messgrößen. Geringe Effektstärken ($ES < 0.2$) werden als zu klein angesehen, um klinisch bedeutsam zu sein (Elliott, 2002, S. 62).

Effektstärken sind jedoch unabhängig von der statistischen Signifikanz eines Befundes zu interpretieren (File et al., 2008, S. 7 Fn.). Die Differenz zwischen den Mittelwerten wird jeweils so gepolt, dass ein positiver Wert eine Verbesserung, ein negativer Wert eine Verschlechterung bedeutet (Grawe et al., 1990, S. 341).

7.3.2.2 Änderungseffektstärken

Von den Messgrößen für jede humanistische Behandlungsbedingung (humanistic treatment condition) wird für jede der drei Bewertungsperioden der Mittelwert gebildet. Danach wird

von den Effektstärken über die drei Bewertungsperioden der Mittelwert gebildet, um einen gesamten Änderungseffektstärkenwert für jede Behandlung in jeder Studie zu erhalten (Elliott, 2002, S. 60).

7.3.2.3 Kontrollierte und vergleichende Effektstärken

Kontrollierte und vergleichende Effekt-Stärken (controlled and comparative effect sizes) vergleichen mittlere Gesamtänderungseffektstärken. Änderungseffektstärken werden auch für alle Kontroll- oder Vergleichsbehandlungsbedingungen errechnet. Danach wird die Gesamtänderungseffektstärke für die Kontroll- und Vergleichsbedingungen von der Gesamtänderungseffektstärke für die humanistischen Behandlungen abgezogen. Positive Werte werden jenen humanistischen Behandlungen zugewiesen, die eine größere Änderung, negative Werte jenen, die eine geringere Änderung als die Kontrollbehandlungen aufweisen (Elliott, 2002, S. 62).

7.3.2.4 Äquivalenz Analysen

Äquivalenz Analysen werden für Schlüsselvergleiche durchgeführt (z. B. zwischen humanistischen und nicht-humanistischen Behandlungen). Äquivalenz Analysen leiten sich aus der biomedizinischen Wissenschaft her und wurden für die psychosoziale Behandlungswissenschaft, durch J.L. Rogers et al. (1993), adaptiert (Elliott, 2002, S. 62).

7.3.2.5 T-Test

Der t-Test soll feststellen helfen, ob zwei Mittelwerte lediglich die die Mittelwerte zweier Stichproben von ein- und derselben Grundgesamtheit sind, oder ob diese Unterschiede auf etwas systematisches zurückzuführen sind, die beiden Stichproben also zwei verschiedenen Populationen angehören, zum Beispiel auf zwei Auswahlverfahren zurückgehen, die verschiedene Mittelwerte liefern. Gosset hat als Prüfmaß für den Vergleich zweier Mittelwerte den t-Wert vorgeschlagen, der sich wie folgt errechnet.

$$t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}{s_{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}} \quad \text{wobei} \quad s_{\bar{x}_1 - \bar{x}_2} = \sqrt{\frac{s_{x_1}^2}{n_1} + \frac{s_{x_2}^2}{n_2}}$$

Für Stichproben $n > 50$ ist dieses Prüfmaß annähernd normal verteilt. Für kleinere Stichproben hat Gosset die zugehörige Verteilung unter dem Namen „t-Verteilung“ berechnet (Eder, 2003, S. 131).

Sind die beiden Mittelwerte gleich, ist der Erwartungswert ihrer Differenz gleich 0. Werden die Differenzen durch die Standardabweichung dividiert, wird die Standardabweichung der so erhaltenen t-Werte gleich 1. Je kleiner somit der t-Wert ist, umso eher handelt es sich um die gleiche Population mit demselben Mittelwert. Bei einem $t\text{-Wert} < 0,05$ handelt es sich signifikant, bei einem $t\text{-Wert} < 0,01$ hochsignifikant um die gleiche Population. Aus $p < 0,05$ folgt, die Behandlungen sind klinisch äquivalent. Wenn die Differenz auch signifikant von 0 verschieden ist, folgt, der Unterschied ist statistisch unterschiedlich aber klinisch trivial. (Elliott, 2002, S. 62).

7.3.3 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Für die Teilnahme an einer Studie wird eine bestimmte Anzahl von Personen eingeladen. Meist erscheint davon jedoch nur ein Teil zum Aufnahmegespräch. Hiervon fallen noch einige aufgrund der Aufnahme-prozedur aus, andere weil sie sich nicht behandeln lassen wollen und weitere weil sie die Studien-Bedingungen nicht erfüllen. Von den in die Studie aufgenommenen Personen entfallen noch einige weil die Therapie kontraindiziert ist. Ist die Therapie indiziert, wird sie von einigen Personen dennoch nicht begonnen, von anderen im Verlauf der Therapie wieder abgebrochen. Abbildung 4 zeigt diesen Schwund potenzieller Studienteilnehmer für eine konkrete Studie.

Woher werden jedoch die erforderlichen Kontrollgruppen für kontrollierte psychotherapeutische Studien genommen, um die therapeutischen Veränderungen, unter anderem auch die des Selbstkonzeptes, zweifelsfrei nachweisen zu können. Eine Kontrollgruppe soll der untersuchten Gruppe in allen Aspekten möglichst ähnlich sein, nur der zu untersuchende Faktor muss fehlen. Werden gesunde Personen, die guten Gewissens nicht therapiert werden müssen, für die Kontrollgruppe ausgewählt, sind sie aufgrund mangelnder Ähnlichkeit zur Therapiegruppe als Kontrollgruppe ungeeignet. Werden wegen nötiger Ähnlichkeit Personen, die einer Therapie bedürfen ausgesucht, ist es wiederum moralisch nicht vertretbar, sie nicht zu behandeln. Als Kompromisslösung

bieten sich für die Kontrollgruppe somit nur Personen an, die auf ihre Behandlung warten müssen. Dies hat nach Meyer einen moralischen und einen ökonomischen Vorteil: Kein Patient bleibt ohne Behandlung und jede Behandlung wird für die Forschung genutzt (Stuhr, Meyer & Bolz, 1981, S. 195).

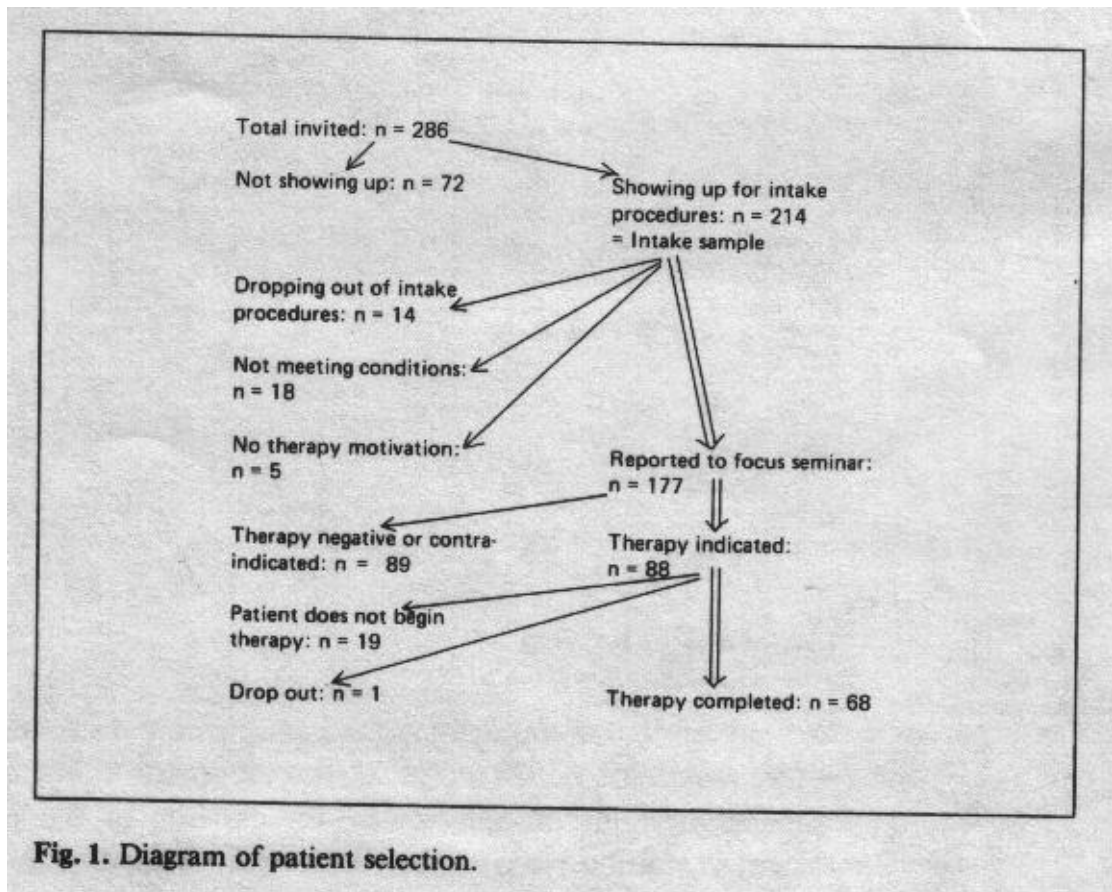


Abbildung 4: Diagramm der Patientenauswahl aus Bolz & Meyer, 1981, S. 86

7.4 Allgemeine Veränderung des Selbstkonzepts

7.4.1 Jede Psychotherapie verändert das Selbstkonzept

In den 1940er Jahren wird das Selbstkonzept als ein beherrschender und beeinflussender Aspekt der Erfahrung der Klienten erkannt. Die Primärinteressen humanistischer Therapeuten sind die Selbsterkundung, Selbstdefinition, die Wiederherstellung des Selbst und die Entwicklung von Selbsterkenntnis (Cain, 2002, S. 10).

Sämtliche Studien, vor allem aber die Metaanalysen durch ihre vergleichenden Studien, zeigen zweifelsfrei die Veränderung der verschiedensten Teilaspekte der Persönlichkeit auf (Elliott, 2002; Elliott, 2004; Frohburg, 2004; Altenhöfer, 2007). Das bestätigt die Aussage von Mahoney, dass alle Psychotherapien Psychotherapien des Selbst sind (Mahoney, 1991, zitiert nach Cain, 2002, S. 10). Jede Psychotherapie verändert somit das Selbstkonzept des Klienten, sowie des Therapeuten, da das Selbstkonzept aufgrund sämtlicher Teilaspekte der Persönlichkeit gebildet wird.

7.4.2 Anstoß zur Änderung

Aufgrund des stetigen Charakters widerstrebt das Selbst jedoch einer Änderung. Eine Gefährdung des Selbst resultiert oft in unserer Tendenz es zu bewahren und zu verteidigen. Darin liegt das Änderungspotential versteckt. Personen suchen Therapie, wenn Selbst-Erzählungen nicht länger glaubhaft sind und wenn Erwartungen inkongruent mit der Realität sind (Purkey & Stanley, 2002, S. 478). Das Kongruenzkonzept ist eng mit dem Selbst der humanistischen Theorie verknüpft, da es einen Zusammenhang zwischen dem Selbstkonzept und der Erfahrung und zwischen dem (realen) Selbst und dem idealen Selbst impliziert. Gibt es eine Diskrepanz zwischen diesen Erfahrungen, ist eine Dissonanz (Uneinigkeit) und eine Fehlfunktion wahrscheinlich. Humanistische Therapeuten helfen ihren Klienten sich ihrer Inkongruenzen gewahr zu werden und Wege in Richtung Integration und Ganzheit zu finden (Cain, 2002, S. 10). Unkontrollierbarer Stress kann veraltete Bewertungs- und Bewältigungsmuster durch degenerative Veränderung der ihnen zugrunde liegenden neuronalen Verschaltungen destabilisieren und auslöschen. Dies ebnet Wege zur Neuorientierung (Hüther, 2005, S. 76f.).

7.4.3 Unterschiedliche Reaktion auf Fehler

HSE (High Self-Esteem) Personen reagieren auf Fehler mit einer Verringerung ihrer Einschätzung von anderen und Verstärkung ihrer Selbstbewertung nicht zusammenhängender Domänen. (Brown, 1993, S. 46). LSE (Low Self-Esteem) Personen verfolgen indirekte Formen der Selbstaufwertung. Sie verteidigen die Qualitäten derer, mit denen sie eng verbunden sind. Andere Formen der Selbstaufwertung wie Heldenverehrung, exzessiver Patriotismus mögen unter LSE Personen vermehrt auftreten. HSE Personen sind

fähig, positive persönliche Informationen effektiv, negative persönliche Informationen hingegen nur ineffizient zu verarbeiten (Brown, 1993, S. 50f). LSE Personen sind sich durchaus einer Reihe von positiven Eigenschaften bewusst (Baumeister et al., 1989; Brown & Dutton, 1991). Sie scheinen auch genug positive Überzeugung von sich zu haben, um gewisse Versager zu kompensieren, wenn sie wollten, aber sie tun es nicht. Sie ziehen auch keine für sie günstigen Vergleiche von sich selbst zu anderen. Eine Schlussfolgerung die daraus gezogen werden könnte ist, dass die HSE Personen eine größere Willigkeit aufweisen, ihre positiven Überzeugungen einzusetzen, um einem negativen, ihr Selbst gefährdendes Feedback entgegenzuwirken (Brown, 1993, S. 54).

7.4.4 Minimale Einwirkung verändern das Selbstkonzept

Das Selbstkonzept scheint sehr änderungssensibel zu sein. Für die Veränderung des Selbstkonzepts ist nicht unbedingt eine Therapie in voller Intensität und voller Länge erforderlich.

7.4.4.1 Kurzzeittherapien

Fleming vergleicht cognitive und behavioral Gruppen die Bewältigungsstrategien trainieren und Nicht-direktive Gruppen, die keine Trainingsprogramme verwenden, für eine Kurzzeit-Behandlung von Depressionen (Fleming, 1980, S. 652). Sämtliche Gruppen erreichten eine Verminderung der Depression die auch während der 6monatigen follow up-Periode erhalten blieb. Die Effektivitätsunterschiede bei Behandlungsende verschwanden jedoch bei der follow up-Messung (Fleming, 1980, 653).

Altenhöfer und Mitarbeiter untersuchen in einer Studie die Wirksamkeit einer ambulanten, auf maximal 12 Stunden begrenzten gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Anpassungsstörungen im Vergleich mit einer unbehandelten Wartegruppe (Altenhöfer et al., 2007, S. 24).

Den Belastungsstörungen gehen ursächlich belastende Lebensereignisse voraus, welche punktuell wie auch kontinuierlich bzw. wiederholt auftreten können, zu emotionalen Belastungen oder Symptomen auf der Verhaltensebene führen und subjektive Leiden sowie

eine Beeinträchtigung des Sozialverhaltens sowie der beruflichen Leistung verursachen. Damit im Zusammenhang können depressive Verstimmungen, Ängste, Besorgnis und Einschränkungen bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen entstehen (Altenhöfer et al., 2007, S. 24).

Es werden insgesamt 50 Personen, 10 Männer und 40 Frauen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren mit Anpassungsstörung, in die Studie aufgenommen. In dieser Studie werden nur solche Patienten gesprächspsychotherapeutisch behandelt, die als Reaktion auf 2 umschriebene belastende Lebensereignisse Anpassungsstörungen entwickelt haben, zum einen als Reaktion auf *den Verlust einer wichtigen Bezugsperson* (durch Todesfall, Trennung usw.), zum anderen als Reaktion auf ein *Leistungsversagen mit finalen Konsequenzen* in Studium oder Beruf (Altenhöfer et al., 2007, S. 26).

Die diagnostische Einschätzung sowohl der Behandlungs- wie auch der Wartegruppe erfolgt vor Behandlungs- bzw. Wartezeitbeginn (prä) und am Ende der Behandlung bzw. Wartezeit (post) und 3 Monate nach Behandlungsende (Altenhöfer et al., 2007, S. 27).

Was die Behandlungsdauer und die Länge der Wartezeit betrifft werden signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt. Die psychotherapeutische Behandlung dauert im Durchschnitt 16,8 Wochen. Dies hängt mit Ausfallzeiten zusammen. Die Wartezeit für die Kontrollgruppe dauert durchschnittlich 13,8 Wochen. Nach der Wartezeit wird lediglich von 16 der 19 Personen, der Kontrollgruppe, eine psychotherapeutische Behandlung angenommen. Im Wesentlichen kann keine Wechselwirkung mit dem Faktor Medikamenteneinnahme nachgewiesen werden (Altenhöfer et al., 2007, S. 29).

Insgesamt werden 47 Patienten, die unter einer Anpassungsstörung leiden, mit einer zeitlich begrenzten Gesprächspsychotherapie behandelt. Die Behandlungsgruppe (BG₁) von 31 Personen wird sofort behandelt. Die Wartegruppe, 16 Personen, wird nach einer Wartezeit von 3 Monaten behandelt. Die mittlere Therapiestundenzahl liegt bei 11,7 Stunden die sich auf durchschnittlich 16,1 Wochen verteilen. Zu einer Nachuntersuchung erklären sich 41 Psychotherapiepatienten bereit. Diese erfolgt durchschnittlich nach 16 Wochen (Altenhöfer et al., 2007, S. 29).

Die Wirksamkeit der zeitlich begrenzten gesprächspsychotherapeutischen Behandlung wird unter 3 verschiedenen Perspektiven betrachtet und errechnet: Unter gruppenstatistischen Vergleiche (Varianzanalysen), unter Effektstärken und unter dem Gesichtspunkt von individuellen, klinisch und statistisch signifikanten Verbesserungen. Weiter wird untersucht, bei wie vielen Patienten es im Einzelfall zu einer statistisch und/oder klinisch bedeutsamen Verbesserung der Symptomatik kommt. Von einer klinisch bedeutsamen Verbesserung kann gesprochen werden, wenn zum Beispiel in Fragebögen, die nach der Behandlung beantwortet werden hinsichtlich ihrer Werte im „gesunden“, klinisch unauffälligen Bereich liegen (Altenhöfer et al., 2007, S. 30).

Zunächst werden die Ausgangswerte beider Stichproben in allen Fragebögen und Rating-Instrumenten mithilfe eines T-Tests für unabhängige Stichproben verglichen. Hierin werden signifikante Unterschiede für die „hospital anxiety and depression scale“ (HADS-D) auf dem 5%-Niveau gefunden, und zwar für die Angstskala ($p=0,041$) das sind 4,1%, wie auch für die Depressionsskala ($p=0,026$) das sind 2,6% (Altenhöfer et al., 2007, S. 30).

Daraus ergibt sich folgende Interpretation: Beide Werte liegen unter 5% und damit im signifikanten Bereich, was darauf hinweist, dass die Behandlungsgruppe wie auch die Wartegruppe nicht zwei zufällige Stichproben aus derselben Grundgesamtheit, Population sind, sondern auf Grund zweier Auswahlkriterien ermittelt wurden, welche die untersuchten Größen beeinflusst haben. Dazu gehörte zum Beispiel, dass ethische Gesichtspunkte berücksichtigt wurden. Daher wird auf eine vollständig zufällige Auswahl, Randomisierung verzichtet, worunter die interne Validität leidet. Eine Besonderheit stellen die beiden Skalen der HADS-D dar. Es ist zu erkennen, dass sich die Behandlungsgruppenpatienten sowohl auf der Depressions- sowie auf der Angstskala hoch signifikant verbessern (Altenhöfer et al., 2007, S. 30f.).

Auch Meyer vergleicht in einer Studie die klientenzentrierte Therapie mit der psychodynamische Therapie zur Behandlung von psychosomatische Störungen wobei die Behandlungsdauer zeitbegrenzt ist mit dem Ergebnis, dass diese bei der CC signifikant auf ein „normales“ Niveau reduziert werden (Stuhr et al., 1981, S. 195).

Die von Frohburg aufgezeigten Langzeitveränderungen sind offenbar von der Qualität der Gesprächspsychotherapien abhängig: Patienten, deren Gesprächspsychotherapie über entsprechende Prozesskontrollen mittels Ratings und durch unabhängige Beurteiler positiver beurteilt wird, profitieren von ihr auch langfristig in höherem Ausmaß (Frohburg, 2004, S. 203).

7.4.4.2 Abgewandelte Rogerianische Therapien

Eine interessante Beobachtung ist auch, dass manche Studien als Kontrollgruppen Nicht-direktive-Therapien vorsehen, die auf Rogers Gesprächspsychotherapie basieren, allerdings sind die Techniken Rogers nicht notwendigerweise vollständig enthalten (Shaw, 1977, S. 549). Damit soll geprüft werden, ob der Kontakt mit einem Therapeuten bereits Änderungen bewirkt. Solche Therapien (z. B. supportive counseling), die eingesetzt werden, um quasi Placebo-Effekt aufzudecken, liefern unerwartet gute Ergebnisse. Unter anderem wird der Selbstwert positiv verändert (File et al., 2008, S. 20).

Becks Studie über eine Focused Cognitive Therapy for Panic Disorder ist eine Wiederholung und Erweiterung einer Studie von Sokol mit dem Unterschied, dass eine 8wöchige unterstützende Psychotherapie als Vergleichsbehandlung herangezogen wird. Diese Vergleichsbehandlung basiert auf Rogers non-directive therapy. Sie soll das In-Betracht-Ziehen einer spontanen Erholung als auch von Verbesserungen basierend lediglich auf dem Kontakt mit einem Therapeuten ermöglichen (Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992, S. 778).

Die Vergleichsbehandlung könnte somit als Gesprächspsychotherapie-light angesehen werden. Obwohl sie nur als Kontrolltherapie gedacht ist, zeigt sie einen Abfall an Depressionspunkten. Dieser mag der Tatsache zugeschrieben werden, dass die Patienten in dieser Gruppe ihren Therapeuten als warm und verständnisvoll wahrnehmen. Auch wenn die Therapeuten Zweifel gehabt haben mögen, ob die unterstützende Psychotherapie für die Erleichterung von Panik Symptomen effektiv sein mag, unternehmen sie große Anstrengungen die Prinzipien der non-directive therapy anzuwenden. Die Tatsache, dass zwar die Depressionen aber nicht die Panik oder Angst während der 8wöchigen Behandlung abnimmt, weist darauf hin, dass das Hervorheben der therapeutischen

Beziehung durch den Therapeuten einen Einfluss auf die Depression hat, obwohl die Panik-Attacken nicht erleichtert wurden (Beck et al., 1992, S. 782).

Auch in der Studie von Shaw sind gemäß den Selbstbeurteilungs-Daten die Nichtdirektiven Prozeduren effektiver als keine Behandlung (Shaw, 1977, S. 543). Gemäß King ist schließlich non-directive counselling zusammen mit Routine-Behandlung (general practitioner care) bei der Behandlung von Patienten mit Depressionen effektiver als alleinige Routine-Behandlung (King, 2000, S. 1387).

7.4.5 Personzentrierte Therapie verändert Selbstkonzept

Elliott zeigt, dass Klienten in humanistischen Therapien größere Veränderungen als unbehandelte Klienten aus der Kontrollgruppe aufweisen. Die mittlere kontrollierte Effektstärke für diese Studien ist groß, nämlich 0.99, ein Wert der im Wesentlichen derselbe wie der der mittleren Änderungseffektstärke von 1.06 ist. Tatsächlich ist die mittlere Änderungseffektstärke in 36 unbehandelten Bedingungen 0.1, was zeigt, dass hier wenig oder gar keine Verbesserung in den unbehandelten Klienten in diesen Studien ist. Der Selbstwert weist mit 0.83 eine hohe Effektstärke auf (Elliot, 2002, S. 65f). Auch Meyers Studie ergibt bei psychosomatischen Störungen eine signifikante Reduzierung der arithmetischen Mittel bei der CC auf ein „normales“ Niveau (Stuhr et al., 1981, S. 195).

Greenberg & Watson vergleichen in einer Studie die Effektivität einer process experiential psychotherapy mit einer ihrer Komponenten, Klienten-zentrierte Psychotherapie (CC), bei der Behandlung von (34) Erwachsenen mit schwerer Depression. Die CC zeigt Effekte beim Selbstwertgefühl (self-esteem) und eine Reduktion (Verminderung) interpersonaler, zwischenmenschlicher Probleme, wenn auch geringer als die der Vergleichsbehandlung (Greenberg & Watson, 1998a, S. 210, 223). Beim 6-Monats follow up schließt die CC-Gruppe in ihrer Effektivität an die process experiential psychotherapy-Gruppe jedoch auf (Greenberg & Watson, 1998a, S. 220).

In Speierers Studie erhalten 144 Alkoholpatienten aus Deutschland und Tschechien während der Rehabilitation eine gesprächspsychotherapeutische Mitbehandlung. Diese stärkt bei den Patienten vor allem das Selbstvertrauen (ES 1,1), vermittelt gesunde

Selbstkonzeptanteile und positive selbstkongruente Änderungserfahrungen (Speierer, 2000, S. 31f).

Die Patienten werden mit dem Regensburger-Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI) befragt. Das RIAI ermöglicht in seiner Gesamtform (RIAI-G) und in seinen Halbformen (RIAI-A, RIAI-B) die Inkongruenzdynamik einer Person aus deren persönlicher Perspektive zu erfassen (Speierer, 2000, S. 35).

Die salutogenen psychischen Ressourcen der Patienten, wie Selbstvertrauen (RIAI-Skala 13), gegenwärtige selbstkongruente Erfahrungen (RIAI-Skala 15), gesunde Selbstkonzeptanteile (RIAI-Skala B1), und ‚gesunde Gesamterfahrung‘ (RIAI-Skala B2), sind bei beiden Gruppen ‚ziemlich‘ (RIAI-Skalen 1,5-2,49) ausgeprägt (Speierer, 2000, S. 39).

Zur vierten Forschungsfrage *„Welche Veränderungen und therapeutischen Effekte werden bei der gesprächspsychotherapeutischen Mitbehandlung von Alkoholpatienten im Rahmen von stationären Rehabilitationsmaßnahmen erreicht?“* werden folgende Ergebnisse erzielt: Im Bereich gesunden Erlebens und der Ressourcen nehmen gesundes Selbstvertrauen (RIAI-Skala 12), sehr deutlich ($p < .001$), ($ES = 1.11$) von ‚ziemlich‘ (2,0) nach ‚stark‘ (2,68) zu. Gesunde Selbstkonzeptanteile und positive selbstkongruente Änderungserfahrungen (RIAI-Skala B1) nehmen am Ende der Behandlung ebenfalls deutlich ($p > .001$), $ES (= 0.48)$ von ‚ziemlich‘ (2,14) nach ‚stark‘ (2,50) zu (Speierer, 2000, S. 44).

Die fünfte Frage *„Gibt es für die Gesprächspsychotherapie eine nach ihrer Störungstheorie spezifische Wirksamkeit bei den Alkoholpatienten?“* wird mit einem klaren ‚Ja‘ beantwortet. Das Selbstvertrauen der Patienten und ihre gesunden Selbstkonzeptanteile werden gestärkt. Die Patienten machen mehr selbstverträglichere, d. h. mehr selbstkongruente Erfahrungen. Die Patienten erfahren sich deutlich als mehr belastbar, fühlen sich weniger oft als Versager und erleben sich mit mehr Selbstkontrolle, sozusagen als „Herr im eigenen Haus“. In der Verringerung von Inkongruenzerleben, der Zunahme von Kongruenzerleben und der (Wieder)gewinnung von ‚personal power‘, d. h. der Verfügbarkeit über die Persönlichen Ressourcen und damit einhergehend dem Abnehmen von Insuffizienzerleben, Unzulänglichkeits-Erleben, erreicht die Behandlung der

tschechischen Alkoholpatienten ihre höchsten Effektstärken, hier zwischen 0.40 und 1.11 (Speierer, 2000, S. 45).

Die sechste Frage „*Welche Möglichkeiten der Indikationsstellung, welche Therapieziele und Hinweise für die Behandlung ergeben sich für Alkoholpatienten aus den RIAI-Daten?*“ wird unter anderem wie folgt beantwortet: Eine positive Prognose der Gesprächspsychotherapie bei Alkoholpatienten ist durch die bei den meisten Patienten offenbar vorhandenen gesunden Selbstkonzeptanteile gegeben. Als individuelle Therapieziele können beispielsweise die Verbesserung des Selbstvertrauens, die Stärkung der gesunden Selbstkonzeptanteile, die Vermittlung gesunder selbstkongruenter zwischenmenschlicher Erfahrungen angeführt werden (Speierer, 2000, S. 46).

Durch diese Studie wird somit eine deutliche Verbesserung des Selbstkonzepts durch die Gesprächspsychotherapie jedenfalls bei der Behandlung von Alkoholpatienten eindeutig belegt, da das Selbstvertrauen gestärkt, gesunde Selbstkonzeptanteile und positive selbstkongruente Änderungserfahrungen vermittelt werden (Speierer, 2000, S. 31).

Aus Boeck-Singelmanns Studie ergeben sich signifikante Verbesserungen in Tests zum Selbstkonzept und zur Selbstkommunikation. Die Hauptergebnisse geben bei 48 % der Klienten eine Besserung der Probleme an, bei 62% eine Befreiung von körperlichen Beschwerden. 67% aller Klienten sind mit dem Ergebnis ihrer Therapie etwas bis sehr zufrieden. 72 % glauben künftigen Schwierigkeiten besser gewachsen zu sein. 90 % halten Gespräche dieser Art für sich und andere für wichtig und hilfreich. Ferner ergeben sich signifikante Verbesserungen in Tests zum Selbstkonzept und zur Selbstkommunikation (Boeck-Singelmann, Schwab & Tönnies, 1992, S. 9).

Gemäß dem ISE verminderte sich die Negative psychische Befindlichkeit ($p < .01$), die Selbstzufriedenheit stieg ($p < .05$) und tendenziell auch die Positive psychische Befindlichkeit ($p < .10$). Gemäß dem TCSC ergeben sich signifikant günstigere Veränderungen im Gesamtpositivwert, in den Skalen Identität und Physisches Selbst (jeweils $p < .01$), sowie in den Skalen Selbstzufriedenheit und Persönliches Selbst (jeweils $p < .05$). Die Veränderungen in den drei FPI-Skalen weisen zwar in die erwartete Richtung, sind jedoch nicht signifikant (Boeck-Singelmann et al., 1992, S. 14f).

Die erfolgreichen Klienten haben auffallenderweise bereits im Prä-Test ein deutlich besseres Selbstbild, nämlich signifikant günstigere Werte in den TSCS Skalen Identität, Selbstzufriedenheit, Physisches Selbst, Soziales Selbst, und im Gesamtpositivwert (Boeck-Singelmann et al., 1992, S. 16). Als Folge daraus nehmen sie sich nicht nur selbst, sondern auch das Therapiegeschehen positiver wahr und / oder können auch das Hilfsangebot der Therapeuten besser für sich nutzen. Die Dauer der Therapie beträgt bei den erfolgreichen Klienten durchschnittlich 16 Kontakte bei den nicht erfolgreichen dagegen nur 9 Sitzungen (Boeck-Singelmann et al., 1992, S. 21).

7.4.6 Gibt es bei CC auch Verschlechterungen - negative Entwicklungen?

Die Varianzerweiterungen sprechen dafür, dass zumindest für einige Patienten größere methodenspezifische Verbesserungen bzw. ggf. auch Verschlechterungen ausgewiesen werden konnten. Auf posttherapeutische Verschlechterungen wird in den einzelnen Untersuchungen jedoch kaum hingewiesen, und es ist in Kenntnis der Effektivitätsstudien zur Gesprächspsychotherapie und nach den Erfahrungen von praktisch tätigen Gesprächspsychotherapeuten davon auszugehen, dass es solche Verschlechterungen nur sehr selten gibt (Frohburg, 2004, S. 202).

In der Gesprächspsychotherapie tritt zwischen der 10. und 20. Therapiesitzung sogar eine ausgeprägte Befindlichkeitsverschlechterung ein, so dass sich die Patienten dieser Behandlungsbedingung nach der ersten Therapiehälfte schlechter fühlen als zu Beginn der Therapie. (Grawe et al., 1990, S. 353).

7.4.7 Grenzen der Veränderung

Rogers (2006) weist auf Grenzen der Veränderung hin, da fully functioning keiner erreichen kann. Jeder bleibt in 5. oder 6. Phase stecken. Auch Hüther deutet auf Grenzen hin, wenn er meint dass etwas umso unmöglicher änderbar ist bzw. eine Änderung umso länger braucht, je länger ein Beschwerdezustand anhält (Hüther, 2007, S. 83).

7.4.8 Grenzen der CC-Therapie

Eine Sonderstellung in der durchgängig positiven Bilanz katamnestischer Effekte nimmt das Wisconsin-Projekt von Rogers und seinen Mitarbeitern zur Behandlung von hospitalisierten schizophrenen Patienten ein. Zum Zeitpunkt des Therapieabschlusses und auch bei späteren Nachuntersuchungen finden sich keine signifikanten Unterschiede in den Veränderungen zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe (Rogers et al., 1967). Die Studie macht deutlich, dass schwer gestörte Patienten Schwierigkeiten haben, die angestrebte und von den Klientenzentrierten Therapeuten nachweislich realisierte Empathie und bedingungslose positive Beachtung wahrzunehmen und sich in die spezifischen gesprächspsychotherapeutisch veränderungsrelevanten Prozesse einzulassen. Bei Schizophrenen tendieren die Veränderungen in eine eher negative Richtung. Bei solchen Klienten bleiben konstruktive Veränderungen nicht nur aus, sondern es kommt zu Verschlechterungen. Die Testergebnisse zeigen solch eine Beurteilung sowohl vor als auch nach einer Therapie. Die Klienten weisen eine Zunahme der Angst auf und schneiden insgesamt schlechter ab, als die Klienten aus den Kontrollgruppen (Rogers, 2004, S. 227).

Diese störungsbedingten Besonderheiten werden in neueren differentiellen Konzepten der Gesprächspsychotherapie berücksichtigt (z. B. Binder & Binder, 1991; Prouty, 1993, 1994). Katamnestische Ergebnisse zur Bewährung dieser Konzepte liegen jedoch noch nicht vor (Frohburg, 2004, S. 201).

7.4.9 Gibt es ein krankes / gestörtes Selbst?

Manche Autoren meinen, seelische (psychische) Unstimmigkeiten können a) als ein krankes, aus dem Gleichgewicht gebrachtes bzw. gestörtes Selbst gesehen werden oder b) durch ein solches verursacht worden sein oder c) ein nach außen dringendes sichtbares Signal (Zeichen) eines solchen Selbst sein.

So bringen Elliott et al. posttraumatische Stress Probleme mit einem alten gebrechlichen oder zerstörten Selbst in Verbindung. Elliott sieht schließlich Emotionsschemata, bewährte Ansichten über persönliche Kraft, Selbst-Wirksamkeit, Unverletzlichkeit, Tugend oder Besonderheit durch ein Trauma herausgefordert (z. B.: „Ich bin vorsichtig, mir wird nichts

Schlimmes passieren“). Eine Person kämpft gegen das Aufgeben der früheren Ansichten und nimmt zur selben Zeit eine alternative Selbstorganisation an. In dieser wird das Selbst als schwach, hilflos, fragmentarisch, verletzlich erlebt und manchmal werden sogar weitere zukünftige Verletzungen gewünscht (Elliott et al., 1998, S. 255). Greenberg und Watson sehen die Depression als emotionale Störung des Selbst bzw. als Erkrankung / Störung des Selbstkonzepts (Greenberg, Watson & Godman, (1998b), S. 227).

Gemäß Wolfe beginnt die Selbst-Pathologie mit einem Ungleichgewicht zwischen den zwei Aufmerksamkeitsarten des Selbst-Erlebens. Emotionale Schwierigkeiten erheben sich immer, wenn unmittelbares Selbst-Erleben ignoriert oder unterbrochen wird und jemand nur entsprechend vorgefasster Vorstellungen über das Selbst antwortet. Emotionale Schwierigkeiten erheben sich jedoch auch, wenn jemand keine klaren Vorstellungen vom Selbst hat. Patienten, die unter einer „Borderline - Persönlichkeitsstörung“ leiden haben oft kein klares Empfinden vom Selbst und haben deshalb Schwierigkeiten aus ihren Erlebnissen Bedeutungen zu bilden. Der Großteil der Selbst-Pathologie in Verbindung mit Angststörungen bezieht meist nur eines dieser Extrema ein, nämlich die Unterbrechung des unmittelbaren Selbst-Erlebens, um eine bewährte Selbstansicht vor peinvoller Unstimmigkeit zu bewahren (Wolfe & Sigl, 1998, S. 275).

7.4.10 Ursache für die Störung des Selbst

Für Sachse ist die organisierte Darstellung von Selbst-Aspekten ein signifikantes Merkmal des Selbst-Konzepts oder Selbstschemas. Ursache für ein unvollständig, fragmentär entwickeltes Selbstkonzept ist für ihn eine mangelhafte Darstellung des eigenen Selbst, indem alle Selbst-Aspekte die problematisch sind oder sein könnten in einen Vermeidungsprozess eingeschlossen sind, aus der Aufmerksamkeit ausgelöscht und so von der Darstellung ausgeschlossen werden (Sachse, 1998, S. 299).

Nach Rogers könnte ein gestörtes Selbst folgendermaßen beschrieben werden: Je inkongruenter ein Klient ist, umso weniger stimmt die Wahrnehmung der Erlebniswelt des Individuum mit dem Befinden des Organismus überein. Das Individuum wird dadurch verletzbar, dies zeigt sich zum Beispiel verstärkt durch immer wieder kehrende Angst (Rogers, 2007, S. 33).

Die Therapie als Behandlung der Inkongruenz, ermöglicht durch die drei hinreichenden Bedingungen dem Klienten sich seiner Situation gewahr zu werden. Die Echtheit des Therapeuten, die unbedingte positive Wertschätzung und das empathische Verstehen durch den Therapeuten schafft diese Möglichkeit einer sicheren Einbettung des Klienten während der Therapie (Rogers, 2006, S. 74f.).

7.5 Änderungsunterschiede in den Behandlungsmethoden

7.5.1 Sind alle Therapien gleich wirksam - Äquivalenz Paradoxon

Stiles, Shapiro und Elliott (1986) machen auf das Phänomen des sogenannten *Äquivalenz-Paradox* („equivalence paradox“) aufmerksam, was bedeuten würde dass es bei unterschiedlichen Therapieformen im Endeffekt zu gleichen Therapieergebnissen kommt.

Grawe, Caspar und Ambühl sind überzeugt, dass es nur infolge zu pauschaler Forschungsmethodik zu diesem artefakten Ergebnis kommt. Gemäß ihrer Studie gibt es sehr wohl deutliche Unterschiede hinsichtlich einiger Faktoren (Grawe, 1990, S. 290).

7.5.2 Personzentrierte Therapie ist langsamer hat jedoch Langzeitwirkung

Die Änderung des Selbstwertes / Selbstkonzepts wird durch die CC offenbar langsamer dafür stetig verbessert, muss aber mit weniger Rückschritten rechnen als die process experiential psychotherapy (Wolfe & Sigl, 1998, S. 278; Greenberg & Watson, 1998a, S. 220).

Frohburg untersucht 40 Katamnese Studien zur Gesprächspsychotherapie im Erwachsenenbereich, die Langzeiteffekte im heilkundlichen Bereich erfassen (Frohburg, 2004, S. 199). Unter anderem werden auch die Selbst- bzw. Aktionsbezogenheit und die Selbstbild- bzw. Idealbild-Kongruenz erhoben. (Frohburg, 2004, S. 200).

Sie stellt Effektkonstanz fest, da die unmittelbar nach Abschluss der Gesprächspsychotherapien registrierten Veränderungen in den seelischen und körperlichen

Beeinträchtigungen der Patienten in allen Studien auch langfristig erhalten bleiben (Frohburg, 2004, S. 201).

Die positiven Therapieeffekte bleiben jedoch nicht nur erhalten. Im Katamnesezeitraum zeigen sich in jeder zweiten Katamnese studie über die unmittelbar nach Abschluss der Therapie registrierten Veränderungen hinausgehend weitere Verbesserungen (N = 20 = 50%; vgl. Abbildung 5). Bei Patienten der Gesprächspsychotherapie scheint der Veränderungsprozess mit Abschluss der Behandlung also noch nicht zu Ende zu sein. Es ist davon auszugehen, dass auch längere Zeit nach einer Gesprächspsychotherapie mit prolongierten Veränderungsprozessen im Erleben und Verhalten der Patienten und damit auch mit zusätzlichen positiven Therapieeffekten im Sinne von „Späteffekten“ zu rechnen ist (Frohburg, 2004, S. 200).

Tabelle 2. Effektstärken (Angaben von Sachse, o. J.)

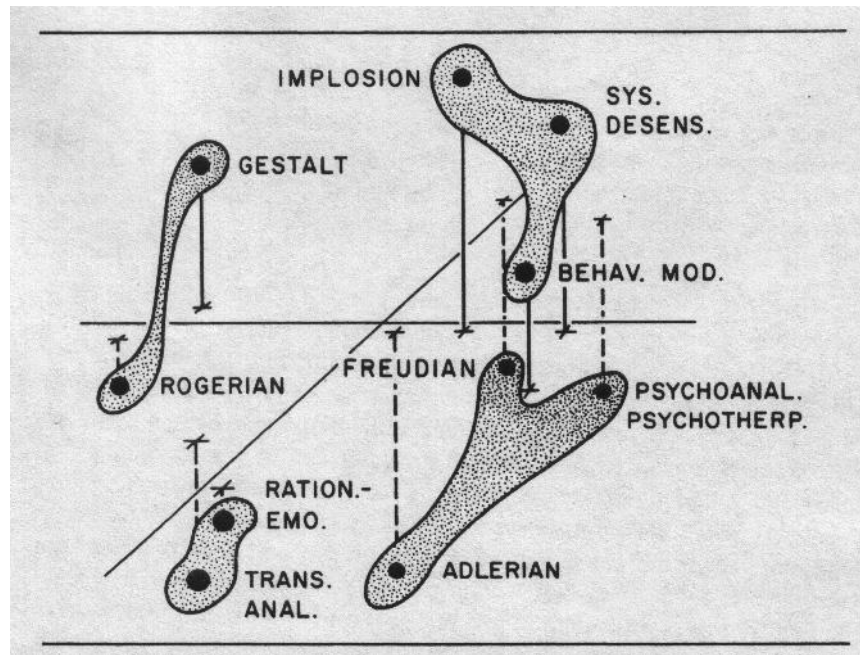
Lfd.Nr. Tab.1	Autoren	ES		
		Ther-Abschluss	ES Katamnesezeitraum	
12	Nicols (1974)	1.28	1.73 nach 2 Monaten	
22	Cross, Sheehan & Khan (1980)	1.22	1.23 nach 4 Monaten	1.26 nach 12 Monaten
26	Pomrehn, Tausch & Tönnies(1986)	?	0.46 nach 1 Monat	1.23 nach 12 Monaten
27	Eymael (1987)	?	2.20 nach 7 Monaten	
29	Borkovec & Mathews (1988)	1.17	0.93 nach 6 Monaten	1.06 nach 12 Monaten
30	Meyer, Stuhr, Wirth & Rüster (1988)	0.59	0.66 nach 3 Monaten	0.84 nach 9 Monaten 1.22 nach 12 Jahren
31	Elliott, Clark, Kemeny et al. (1990)	1.52	2.28 nach 6 Monaten	
32	Grawe, Caspar & Ambühl (1990)	0.79	0.83 nach 6 Monaten	0.96 nach 12 Monaten
33	Beutler, Engle, Mohr et al. (1991)	1.18	1.89 nach 1 Monat	1.87 nach 10 Monaten
34	Teusch & Böhme (1991)	?		1.32 nach 12 Monaten
35	Probst, Ostrom, Watkins et al. (1992)	1.35	1.57 nach 3 Monaten	1.80 nach 24 Monaten
38	Böhme, Finke & Teusch (1998)	0.80–0.90		0.80–1.20 nach 12 Monaten

Abbildung 5: Veränderung der Effektstärken aus Frohburg, 2004, S. 202

Der Frage, ob sich die durch Gesprächspsychotherapien erreichten Langzeiteffekte voraussagen lassen, wird nach Frohburg nur in wenigen Untersuchungen nachgegangen (Frohburg, 2004, S. 202).

7.5.3 Vergleich der Effektstärken unterschiedlicher Therapieformen

Es gibt eine Vielzahl von Therapieformen, die in zahlreichen Studien miteinander verglichen werden. Folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Hauptrichtungen, wobei jede Hauptrichtung oft noch in zahlreiche Facetten unterteilt wird.



Die schwarzen Punkte stellen die Therapien dar. Die amöbenähnlichen grauen Felder verbinden jene Therapien, die einander ähnlich sind.

Abbildung 6: Mehrdimensionale Darstellung von 10 Therapieformen aus Glass, McGaw & Smith, 1981, S. 75

Zeigen verschiedenen Therapieformen bei der Änderung des Selbstkonzeptes unterschiedliche Effektstärken? Eine Studie Elliotts behauptet, dass humanistische und Nicht-humanistische Behandlungen im Allgemeinen in ihrer Effektivität äquivalent sind (Elliott, 2002, S. 66). Meyer findet hingegen sehr wohl gewisse Unterschiede bei einzelnen Faktoren. So steigen die Mittelwerte der FPI Skala 2 für „agression“ signifikant für die psychodynamic therapy aber nicht für die CC (Stuhr et al., 1981, S. 195). In Skala 3 für „Depression“ zeigt die CC eine markante Reduktion welche dem eher horizontalen Kurs der psychodynamic therapy signifikant überlegen ist (Stuhr et al., 1981, S. 195).

In der FPI Skala 5 für Soziale Fähigkeit („sociability“) zeigen psychodynamic therapy und CC einen klaren Zuwachs, der über die Nachbehandlungen stabil bleibt. Es ist erwähnenswert, dass keine Therapie einen dauernden Einfluss auf die klar verringerten Mittelwerte in FPI Skala 6 für „Selbst-Vertrauen“ hatte. Das ist verwunderlich, da viele Hinweise gefunden werden können, dass wenigstens CC die Selbst-Achtung („self-esteem“) (Elliott, 2002, S. 64) der Patienten sehr markant unterstützen (Stuhr et al., 1981, S. 195f).

Bei Intraindividuellen Differenzen ist die CC der psychodynamic therapy deutlich überlegen (Test misst wahrscheinlich die „besseren Nerven“). „Manifeste Angst“ (SAL) wird stärker von der CC reduziert, wohingegen psychodynamic therapy in nur einer Berechnung Signifikanz erreicht (Stuhr et al., 1981, S. 196).

Frohburg findet in verschiedenen komparativen Studien Hinweise darauf, dass die im Katamnesezeitraum nach Gesprächspsychotherapien registrierten weiteren Verbesserungen deutlich ausgeprägter sind als bei anderen Psychotherapiebedingungen und damit besondere methodenspezifische Charakteristika von gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten darstellen (Frohburg, 2004, S. 202). (siehe Therapievergleichsstudie von Grawe et al., 1990, die weiter unten angeführt ist.)

7.5.4 Unterschiedlicher Verlauf des Entwicklungsprozesses

Greenberg & Watson vergleichen in einer Studie die Effektivität einer process experiential psychotherapy mit einer ihrer Komponenten, der Klienten-zentrierten Psychotherapie (CC), bei der Behandlung von (34) Erwachsenen mit schwerer Depression. Die erlebnisorientierten Behandlungen zeigen deutlichere Effekte im Hinblick auf die Depression in der Mitte der Behandlung und bei Behandlungsende auf die Gesamtsymptomatik, das Selbstwertgefühl (self-esteem) und die Verminderung interpersonaler, zwischenmenschlicher Probleme. Die Hinzunahme spezifischer, aktiver Interventionen scheint also eine Besserung des Zustandes zu beschleunigen und zu fördern (Greenberg & Watson, 1998a, S. 210, 223).

Es gibt zu Behandlungsende auch bei weiteren Ergebnis Maßen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Gruppe welche Prozess-Experienzielle aktive Eingriffe erhält, zeigt größere Verbesserungen in der Selbstachtung (self-esteem) ($p \leq .02$), hat weniger Gesamtsymptome ($p \leq .01$) und weniger zwischenmenschliche Probleme (interpersonal problems) ($p \leq .0001$) (Greenberg & Watson, 1998a, S. 218, 220). Die Unterschiede bei Behandlungsende verschwinden jedoch beim 6-Monat follow up, bei welchem die sich langsamer ändernde CC-Gruppe an die process experiential psychotherapy-Gruppe aufschließt (Greenberg & Watson, 1998a, S. 220).

Grawe et al. untersuchen, ob und wie sich die gegenständlichen Therapieformen (interaktionelle Verhaltenstherapie, interaktionelle Verhaltenstherapie in Gruppen, Breitspektren-Verhaltens Therapie und Gesprächspsychotherapie) in ihrem tatsächlichen Vorgehen unterscheiden (Grawe et al., 1990, S. 317).

Während sich bei den Patienten der Breitspektren-Verhaltens Therapie eine besondere Eigenart der Behandlung in Form einer Krise nach Therapieschluss niederschlägt, treten bei der Gesprächspsychotherapie spezifische Späteffekte anderer Art auf: Bei den Gesprächspsychotherapie-Patienten sind sowohl im ersten als auch im zweiten Halbjahr nach der Behandlung besonders starke positive Veränderungen im Selbstbild (Gesprächspsychotherapie-S) zu beobachten. Während der Behandlung selbst sind die Effekte in diesem Bereich eher gering (Grawe et al., 1990, S. 352).

Durch die späten Veränderungen ist die Verbesserung im Selbstbild bei den Gesprächspsychotherapie-Patienten über den gesamten Beobachtungszeitraum von fast zwei Jahren hinweg beträchtlich. Spezifische Spätwirkungen scheinen für die Gesprächspsychotherapie insgesamt typisch zu sein. In dieser Behandlungsgruppe treten im zweiten Halbjahr nach der Behandlung besonders viele differentielle Therapieeffekte auf. Für die Gesprächspsychotherapie-Patienten scheint der Veränderungsprozess mit Abschluss der Behandlung noch nicht zu Ende zu sein. In ihrem Selbstbild tritt eine kontinuierliche weitere Verbesserung ein, und in anderen Bereichen gibt es noch über ein halbes Jahr nach der Therapie bedeutsame Entwicklungen, sowohl in positive als auch in negative Richtung. Diese differentiellen Spätwirkungen sind deutlich ausgeprägter als bei den anderen drei Therapiebedingungen (Grawe et al., 1990, S. 352).

In der Gesprächspsychotherapie tritt zwischen der 10. und 20. Therapiesitzung sogar eine ausgeprägte Befindlichkeitsverschlechterung ein, so dass sich die Patienten dieser Behandlungsbedingung nach der ersten Therapiehälfte schlechter fühlen als zu Beginn der Therapie. Nach 20 Therapiesitzungen bestehen extrem starke Unterschiede zwischen den vier Therapiebedingungen in den bis dahin erreichten Befindlichkeitsveränderungen. In der zweiten Therapiehälfte tritt dann auch bei den Gesprächspsychotherapie-Patienten eine deutliche Befindlichkeitsverbesserung ein. Insgesamt ist die Befindlichkeitsverbesserung in dieser Behandlungsbedingung jedoch, wird der gesamte Beobachtungszeitraum

betrachtet, geringer als bei den drei verhaltenstherapeutischen Bedingungen (Grawe et al., 1990, S. 353).

Die sehr unterschiedlichen Veränderungsverläufe legen den Schluss nahe, dass in den vier Behandlungsbedingungen unterschiedliche Veränderungsprozesse aktiviert werden. Ähnliche Ergebnisse rechtfertigen nicht den Schluss, dass sich die Therapien nicht in ihrer Wirkung unterscheiden (Grawe et al., 1990, S. 354).

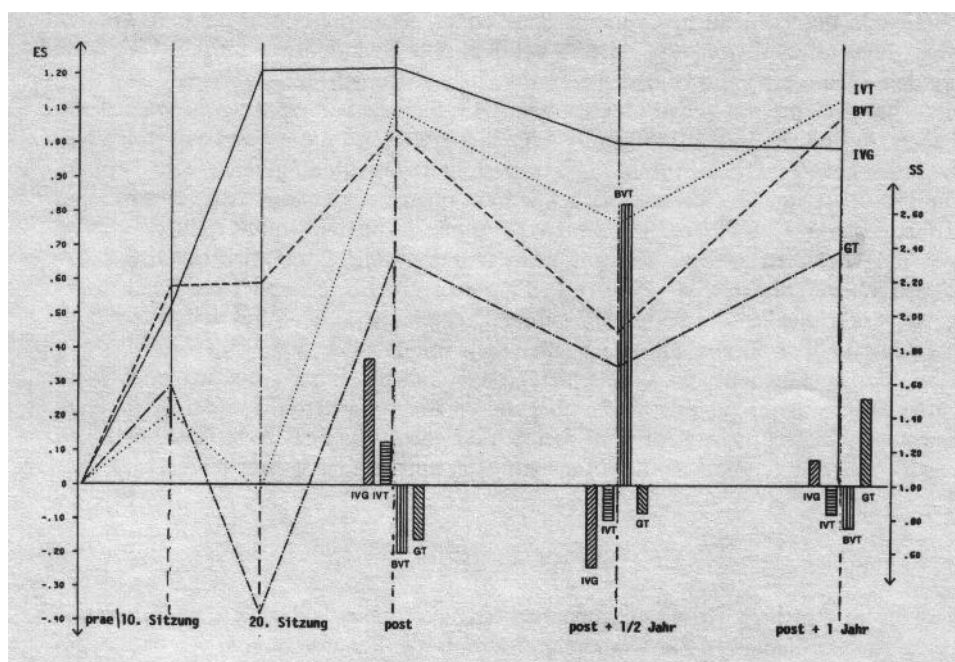


Abbildung 7: Veränderungen der Befindlichkeit im Therapieverlauf und im Katamnesezeitraum aus Grawe et al., 1990, S. 353

Auch in früheren Studien (Grawe, 1987, 1989) zeigt sich, dass Patienten mit starken Autonomiewünschen mit dem gesprächspsychotherapeutischen Vorgehen besonders gut zurechtkommen, während bei der Breitspektren-Verhaltens Therapie das genaue Gegenteil der Fall ist. Um von Gesprächspsychotherapie profitieren zu können, sollten Patienten also ein gutes soziales Verhaltensrepertoire mitbringen sowie den Wunsch und die Fähigkeit, selbst über sich zu bestimmen (Grawe et al., 1990, S. 360).

Das Wirkungsspektrum der Gesprächspsychotherapie (Gesprächspsychotherapie) ist in Ausmaß und Breite geringer als das der drei Verhaltenstherapieformen. Ebenso wie die Breitspektren-Verhaltens Therapie hat Gesprächspsychotherapie keine Auswirkungen auf

das fremdeingeschätzte Sozialverhalten der Patienten. Allerdings bewirkt sie als einzige der vier Therapieformen eine starke Veränderung der Kontrollüberzeugungen. Das Gefühl der Selbstbestimmtheit steigt bei den Gesprächspsychotherapie-Patienten im Therapiezeitraum stark an. Dies scheint eine spezifische Auswirkung des gesprächstherapeutischen Vorgehens zu sein, die damit im Zusammenhang steht, dass das nicht-direktive Vorgehen besonders systematisch die Initiative dem Patienten überlässt (Grawe et al., 1990, S. 369). Es gibt in der Gesprächspsychotherapie relativ viele Patienten, die einen mäßigen bis guten Therapieerfolg haben, aber kaum solche mit einem herausragenden Erfolg.

Die Veränderungen in den einzelnen Bereichen erfolgen weitgehend unabhängig voneinander. So erfolgt auch der deutliche Anstieg des Gefühls der Selbstbestimmtheit in den drei Skalen zur Messung verschiedener Aspekte der Kontrollüberzeugungen unabhängig von sonstigen Veränderungen (Grawe et al., 1990, S. 369).

Auch Fleming stellt Effektivitätsunterschiede bei Behandlungsende zwischen Cognitive und behavioral Gruppen und Nicht-direktive Gruppen, bei einer Kurzzeit-Behandlung von Depressionen fest (Fleming, 1980, S. 652). Diese Effektivitätsunterschiede bei Behandlungsende verschwanden ebenfalls bei der follow up-Messung (Fleming, 1980, S. 653).

Sowohl die Klienten-zentrierte Behandlung als auch eine Kombination mit exposure Behandlung reduzieren Panik, Vermeidungs- und Depressive Symptome signifikant. Kurzfristig kann die Kombinationsbehandlung dem Patienten besser helfen aktiv mit der Angst umzugehen und agoraphobische Symptome zu verbessern. Beim 1-Jahres follow up sind jedoch keine weiteren Differenzen in der Verminderung von Angst und depressiven Symptomen zu erkennen (Teusch, et al 1997, S. 293).

7.6 Einflussgrößen auf Selbstkonzept

Von welchen Personen(gruppen) und Faktoren wird die Änderung des Selbstkonzeptes beeinflusst? Hier sind bedeutsame einige bedeutsame Personen und prinzipiell zwei Arten von Faktoren denkbar. Erstens Faktoren die bereits vorgegeben sind und daher im

Wesentlichen nicht gesteuert werden können und zweitens Faktoren die im Rahmen einer Therapie vom Klienten oder Therapeuten gesteuert werden können.

7.6.1 Wer oder was kann Einfluss auf das Selbstkonzept haben

Der Proband selbst, indem durch sein tägliches Verhalten das Selbstkonzept allmählich verändert wird. Gemäß Bandura ist der Prozess Selbstvertrauen zu erzeugen und zu nutzen einfach: Individuen setzen eine Handlung, interpretieren das Ergebnis derselben und verwenden die Interpretationen, um Vertrauen in ihre Fähigkeiten zu entwickeln. Dies wird genutzt um weitere Handlungen in ähnlichen Bereichen zu setzen, usw. (Purkey & Stanley, 2002, S. 482).

Der Proband durch Beobachtung anderer (Reflektierender Selbsteinschätzungsprozess). Dieser Prozess besteht aus drei Elementen, a) den Selbstbewertungen, b) die aktuellen Bewertungen signifikanter anderer und c) die Wahrnehmung dieser Bewertungen durch die Person, was hier als reflektierte Selbsteinschätzung bezeichnet wird (Kinch, 1963) (Felson, 1993, S. 2).

Nahestehende Bezugspersonen können das Selbstkonzept beeinflussen. Eine Möglichkeit bei Kindern ein HSE (High Self Esteem) zu entwickeln und zu fördern ist, ihnen ein positives Feedback zu geben, sie wissen zu lassen, was sie gut machen. Ein noch wichtigerer Aspekt ist das Ausdrücken von Liebe. Eine ähnliche Überlegung wird bereits von Rogers (1951) vertreten, wenn er meint, Eltern könnten die Selbstachtung ihrer Kinder besser mit unbedingter positiver Achtung (Aufmerksamkeit) fördern, als sie nur für einige Eigenschaften zu loben. Dadurch könne erreicht werden, dass sie im Allgemeinen gut sind und nicht nur in einigen Dingen (Brown, 1993, S. 54). Auch die Therapeuten gehören zu dieser Personengruppe, die auf das Selbstkonzept Einfluss haben. „All psychotherapies are psychotherapies of the self“ stellt bereits Mahoney fest (Mahoney, 1991, zitiert nach Cain, 2002, S. 10).

Sogar die gesamte Gesellschaft hat Einfluss auf die individuellen Selbstkonzepte. Das Gewahrwerden des Selbst, was es bedeutet ein Mensch zu sein, wie jemand fühlen, handeln, Glück finden sollte, etc. ist ein soziokulturelles Produkt (Oyserman & Markus,

1993, S. 212), da jede Kultur die in ihr aufwachsenden Menschen mehr oder weniger zur Einhaltung von Normen und Werten nötigen (Mummendey, 2006, S. 220; vgl. auch Felson, 1993, S. 2, 10).

7.6.2 Vorgegebene unveränderliche Einflussgrößen

7.6.2.1 Einfluss von Prä-Therapie-Variablen

Grawe weist auf eine ungerechtfertigte Praxis der letzten Jahre hin. In der differentiellen Effizienz-Forschung ist eine deutliche Fokussierung auf Prozess-Effizienz festzustellen, wobei Prä-Therapie-Variablen der Patienten wie auch der Therapeuten vernachlässigt werden, weil in den bisherigen Studien fast alle Prä-Variablen (ausgenommen die Motivation des Patienten für persönliche Veränderung) sich (im Gegensatz zu den Prozessvariablen, also denjenigen aus der Therapie) als ziemlich irrelevant für das Ergebnis erwiesen hatten.

Seiner Meinung nach ist dies eine unzulässige Generalisierung, die zwar auf die interaktionelle Verhaltenstherapie und auf die interaktionelle Verhaltenstherapie in Gruppen, nicht aber auf die Gesprächspsychotherapie zutrifft, bei welcher Patienten mit starker Autonomie stärker profitieren (Grawe, 1990, S. 290).

Diese Ansicht wird von Di Loreto gestützt, der in Seiner Arbeit die mehrere Therapien analysiert, nämlich die Klientenzentrierte (client-centered, CC), die Rational-Emotive (Rational-Emotive, RT), die systematische Desensitization (Systematic Desensitization, SD) Behandlungen und als Kontrolle eine Unbehandelte Gruppe (Placebo-Gruppe) (PL), welche ohne Behandlung an allen sonstigen Sitzungen teilnimmt, und eine Kein-Kontakt-Gruppe (NC), welche die Tests postalisch erhält und retourniert, Di Loreto vergleicht diese miteinander in Bezug auf ihre Effektivität bei Extrovertierten / Introvertierten in Bezug auf Verminderung von interpersonal anxiety / general anxiety. Im Ergebnis war jede der Therapien besser als die Placebo-Gruppe (keine Behandlung) und diese ist immer noch erfolgreicher als die Kein-Kontakt-Gruppe (Di Loreto, 1971, S. ix).

Es geht in groben Zügen um die Überprüfung folgender Hypothesen zur Effektivität (Di Loreto, 1971, S. ix, 195):

Personentyp	Problem	Effektivität
Extrovertiert	interpersonal anxiety	CC > RT > SD > PL > NC
Extrovertiert	general anxiety	CC > RT > SD > PL > NC
Introvertiert	interpersonal anxiety	SD > RT > CC > PL > NC
Introvertiert	general anxiety	SD > RT > CC > PL > NC

Bestätigt wurde, dass sowohl bei interpersonal als auch bei general anxiety jede Behandlung besser war als keine Behandlung und dass die Placebo-Gruppe besser war als die Keine-Kontakt-Gruppe. Die anderen angenommenen Reihungen wurden nur teilweise bestätigt (Di Loreto, 1971, S. ix).

Diese Studie ergab, dass unter anderem durch die CC eine Verminderung von Angstzuständen (interpersonal anxiety / general anxiety) erreicht und dadurch somit das Selbstkonzept der Klienten verbessert werden kann. Besonders hervorzuheben ist, dass extrovertierte Personen durch die CC einen besseren Therapieerfolg erzielen konnten als introvertierte Personen. Die Autoren der Studie führen das auf charakteristische Effekte zur Aktivierung der Selbsterforschung zurück (Di Loreto, 1971, S. ix).

In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll und wichtig darauf hinzu weisen, dass Tscheulin ein differentielles Vorgehen empfiehlt auf Grund der spezifischen Problemlage des Klienten bzw. dessen Persönlichkeitseigenschaften (Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 63; Hutterer, 2005, S. 6)).

Dabei handelt es sich um eine grundlegende Klientenunterschiedlichkeit. Das heißt es geht um einen kognitiv-emotionalen Bereich, es ist die Art des Selbstgewahrseins eines

Klienten sowie dessen Selbstaufmerksamkeit. Dabei wird zwischen handlungsbezogenen und selbstreflexiven Klienten unterschieden (Tscheulin, 1983, S. 54).

Stark handlungsbezogene Klienten sind spontan und wenig zur Selbstreflexion fähig. Sie gehen völlig in Handlung auf. Dadurch werden Diskrepanzen zwischen gewünschtem und realem Verhalten nicht wahrgenommen. Typische Äußerungen solcher Klienten könnten sein: „Ich weiß nicht, ich tue alles was ich kann und es geht trotzdem alles schief!“ (Tscheulin, 1983, S. 55).

Als stark selbstreflexive Klienten gelten jene, die stark auf Diskrepanzen aufmerksam werden. Die Folge ist, dass solche Klienten ängstlich sind, voller negativer Affekte und eine geringe Selbstachtung aufweisen. Sie stehen unter ständigem Leidensdruck (Tscheulin, 1983, S. 55).

Tscheulin lässt auf Grund durchgeführter Studien bezüglich Stressverarbeitung, Aktionsbezogene signifikant stärker reagieren als Selbstbezogene, wenn es um die Erhaltung und den Schutz des eigenen Selbstwertgefühles geht. Die Beobachtungen zeigen, dass Selbstbezogene über ein geringeres Selbstwertgefühl und eine geringere Selbstachtung verfügen, als Aktionsbezogene (Tscheulin, 1992, S. 125).

7.6.2.2 Voraussetzung für Änderung - Zugriff auf Motivsystem?

Gemäß Sachse hängt bei psychosomatischen Störungen das Aufzubauen eines gut funktionierenden Selbstbestätigungssystems und damit die Entwicklung eines wünschenswerten Selbstkonzepts, von dem Grad ab, wie eine Person Zugriff auf das eigene Motivsystem hat. Personen mit geringem Zugriff auf das eigene Motivsystem werden nicht fähig sein, ein zufriedenstellendes Selbst-Stärkungssystem zu entwickeln (Sachse, 1998, S. 299).

Somit sind starke Autonomie und Extrovertiertheit Faktoren, welche die Veränderung des Selbstkonzeptes durch eine GPT begünstigen, Introvertiertheit hingegen ein Faktor, welcher der Veränderung des Selbstkonzeptes durch eine GPT eher hinderlich ist. Auch

der Zugriff auf das eigene Motivsystem scheint ein notwendiger Faktor für eine erfolgreiche Veränderung des Selbstkonzeptes zu sein.

7.6.3 Steuerbare Einflussgrößen

7.6.3.1 Veränderungsmöglichkeiten des Selbstkonzeptes

Elliott empfiehlt für die Therapie unter anderem die *Stärkung des Selbst*, um eine Verbesserung der Symptome zu erreichen (Elliott, Davis & Slatik et al., 1998, S. 255, 257) und als eines der Behandlungs-Prinzipien die *Empathische Bestätigung* (Elliott et al., 1998, S. 265). Dadurch, nimmt er an, ist die neue gekräftigte Empfindung des Selbst, die sich aus der Arbeit zu bilden beginnt wahrscheinlich eine Verbesserung gegenüber dem alten gebrechlichen oder zerstörten Selbst. Die Klienten beginnen Zugang zu ihren internen Erlebnissen, Klarheit über das Selbst, Kräftigung und Selbst Lenkung zu erlangen (Elliott et al., 1998, S. 269).

Die Studie von Tarrier et al. ergibt für die als Kontrollgruppe gedachte supportive counselling – einer Variation von Rogers Gesprächspsychotherapie – bessere Behandlungsergebnisse als alleinige Routine-Behandlung. Er kommt zum Schluss, dies zeige an, dass nicht-spezifische psychologische Effekte – wie intensives Interesse und Unterstützung – einen positiven Effekt für Patienten mit chronischer Psychose haben kann (Tarrier et al., 1998, S. 306f). Ihrer Meinung nach mag supportive counselling eine nicht beängstigende soziale Interaktion von ausreichender Häufigkeit und Regelmäßigkeit beigesteuert haben, welche dann den Selbstwert der Patienten verbessert haben mag und sie ermutigte, in ihre soziale Welt einzutreten (Tarrier et al., 2000, S. 920).

Eckert & Biermann-Ratjen sind der Meinung, jedermann benötigt einen sympathischen, mitfühlenden, Zuhörer um mit schmerzvollen Erlebnissen umgehen zu können. Borderline Patienten können sich nicht damit abfinden, dass ihr Zorn und ihre aggressiven Gefühle zu ihnen gehören und Teil ihres Erlebens sind (Eckert & Biermann-Ratjen, 1998, S. 353).

Als Veränderungsmöglichkeiten sind somit die *Stärkung des Selbst*, als Behandlungs-Prinzipien die *Empathische Bestätigung*, intensives Interesse und Unterstützung, eine nicht

beängstigende soziale Interaktion von ausreichender Häufigkeit und Regelmäßigkeit, ein sympathetischer und mitfühlender Zuhörer herauszulesen.

7.6.3.2 Die Veränderung des Selbstkonzept durch Erlebnisse

Das Selbst / der Selbstwert / das Selbstkonzept ändert sich durch Selbst-Erlebnisse. Diese werden von Wolfe und Sigl wie folgt definiert:

Das Selbst-Erlebnis: Alles was wir erleben betrifft uns selbst. Selbst-Erleben bezieht sich auf das unaufhörliche wahrnehmen, bewerten, assimilieren oder abwehren von intern generierten oder extern auferlegt gefühlten Bedeutungen, die mit unserem Selbst verbunden sind. Es basiert auf Informationen aus zwei verschiedenen Quellen, unseren unmittelbaren Erlebnissen und unseren Vorstellungen vom Selbst. Dies würde bedeuten, dass das Selbst sowohl Subjekt als auch Objekt, der Wissende und das Gewusste ist. Wir erfahren direkt viele Sinne unseres Selbst. Gleichzeitig haben wir viele Ansichten und Bilder über unser Selbst internalisiert, welche in Summe unser Selbstkonzept ausmachen (Wolfe & Sigl, 1998, S. 274).

Unsere Aufmerksamkeit kann einerseits gefühlsmäßig fokussiert sein auf das unmittelbare, momentane Erleben unseres Selbst oder andererseits reflexiv, was uns den Zugriff auf die verschiedensten Ansichten über unser Selbst erlaubt. Es gibt noch eine dritte Weise, worauf unsere Aufmerksamkeit gerichtet sein kann. Menschen verbringen viel von ihrer Zeit fokussiert auf die externe Welt. Diese Erlebnisse haben Einfluss auf das Selbst, diese Erlebnisse sind jedoch nicht im Selbst integriert (Wolfe & Sigl, 1998, S. 274).

Die Dynamik des Selbst-Erlebens: Im ungestörten Individuum gibt es eine aktive Oszillation oder Schwingungen, zwischen dem reflexiven und dem gefühlten Erleben. Reflexives Gewahrsein erlaubt uns die Vorstellungen von unserem Erleben zu konsultieren, wohingegen uns das gefühlte Gewahrsein mit dem „Rohgold“ der Lebenserfahrung versorgt, das unsere Vorstellungen vom Selbst entweder bestätigt oder widerlegt oder zur Entwicklung eines neuen Selbst-Konzept führt. Andere Theoretiker stellen dies als dialektische Interaktion zwischen einem agierenden und erfahrenden „Ich“ und einem beobachtenden und wertenden „Mich“ dar (Wolfe & Sigl, 1998, S. 275).

Der Prozess der Veränderung des Selbstkonzepts beginnt mit einem Prozess der Desorganisation an den nachher Reorganisation anschließt. Das bedeutet, dass sich das Selbst und das Verhalten möglicherweise täglich verändern. Nur langsam beginnt sich ein neues Selbst zu konfigurieren, das heißt es werden Wahrnehmungen, die bisher geleugnet wurden, angenommen und im Selbst eingebaut, damit werden die Erfahrungen und Werte in Übereinstimmung zum Organismus gebracht. Mit anderen Worten das Selbst und der Organismus werden immer mehr als das erkannt was sie wirklich sind. Der Klient beginnt immer mehr sein wirkliches Selbst zu werden (Rogers, 2005, S.184).

Damit beginnt auch die Angst geringer zu werden. Das Selbst gelangt in Harmonie mit dem Organismus und Ziele erscheinen erreichbarer. Dieser Prozess kann als grundlegende Kraft des Lebens bezeichnet werden. Diese Kraft ist es schlussendlich die es dem Individuum erlaubt in einer Therapie zu einer Reorganisation zu gelangen (Rogers, 2005, S. 185).

Rogers Ansicht, wie Menschen ein Empfinden des Selbst erlangen, geschieht, indem sie Erlebnisse in ihr Selbstkonzept aufnehmen. So betrachtet ist „außergewöhnlich zornig sein“ oder „hoch aggressive Impulse zu haben“ nichts anderes als eine natürliche Reaktion auf eine Gefahr für das Selbst. Da nur Erlebnisse mit einem unbedingt positiven Bezug in das Selbstkonzept integriert werden können, kann niemand „traumatische“ Erlebnisse und insbesondere die damit verbundenen Gefühle ohne Beistand eines mitfühlenden Anderen in sein Selbstkonzept integrieren (Eckert & Biermann-Ratjen, 1998, S. 353).

7.6.3.3 Einflussgrößen auf die Änderung

Welche Methoden-, Klienten- und Behandlungscharakteristika beeinflussen die Klientenveränderung in der Forschung der humanistischen Therapien? Die Literatur nennt eine Vielfalt von Faktoren, wie die Forschungsmethode (Art der Messung, Größe der Probe, regionaler Ursprung der Forschung, Jahr der Studie, und theoretische Zugehörigkeit des Forschers), Klientenproblem und Behandlungscharakteristika (Modalität, Sitzung, Erfahrung des Therapeuten). (Elliott, 2002, S. 68), bzw. das Hervorheben der therapeutischen Beziehung durch den Therapeuten (Beck et al., 1992, S. 782).

7.6.4 Wie wird eine Änderung des Selbstkonzepts erkennbar?

Änderungen des Selbstkonzepts werden erkennbar, indem sich Probleme bessern oder körperliche Beschwerden sich verringern oder gar verschwinden (Boeck-Singelmann et al., 1992, S. 9). Die Studie Boeck-Singelmanns ergibt bei 48 % der Klienten gebesserte Probleme, bei 62% der Klienten eine Befreiung von körperlichen Beschwerden (Boeck-Singelmann et al., 1992, S. 9).

7.6.5 Wie kann die Änderung gemessen werden?

Anhand von Fragebögen / Inventaren für Klienten und / oder Therapeuten werden während der Studien Messwerte einzelner Aspekte der Persönlichkeit gemessen. Forscher wie zum Beispiel Elliott analysieren in Metaanalysen diese Messwerte, um brauchbare Informationen bezüglich der Wege, auf welchen sich Klienten in humanistischen Therapien ändern, zu erhalten (Elliot, 2002, S. 64).

7.6.6 Was wird wie stark geändert?

Speierer verzeichnet starke Effektstärkezunahmen, bei gesundem Selbstvertrauen bis $ES=2,68$, bei gesunden Selbstkonzeptanteilen und positiven selbstkongruenten Änderungserfahrungen bis $ES=2,50$ (Speierer, 2000, S. 44).

Elliott bekommt auf die Frage „*Wie sehr ändern sich Klienten in humanistischen Therapien während der Behandlung?*“ folgendes Ergebnis: Analysen der Messdaten liefern brauchbare Informationen bezüglich der Wege, auf welchen sich Klienten in humanistischen Therapien ändern, und zeigen große Unterschiede in der Größe der Änderung, abhängig davon, was womit wie gemessen wurde. Wie die Abbildung 8 zeigt, weisen die Klienten die größten Änderungen in deren individuellen Problemen ($M=2.54$) auf. Messgrößen der Persönlichkeit oder der internen Funktionalität, zeigen die geringsten mittleren Effektstärken (0,59 und 0.64). Messgrößen des Selbstwertes liefern eine Effektstärke von 0,83 (Elliot, 2002, S. 64).

Art der Messgröße	n	M	SD
individualisiert	22	2,54	1,17
verbesserte Bewertungen	14	1,83	0,95
Symptome, klinisch	35	1,52	0,75
Spezifische Beziehungsqualität	31	1,31	0,95
Symptome, Klientbeurteilt	101	0,93	0,59
Soziale Anpassung	37	0,88	0,76
funktionierende Erlebnisse	45	0,83	0,62
Selbstwert/Ansichten	22	0,64	0,44
Persönlichkeit/Bewältigung/Gesundheit	50	0,59	0,45
Gesamt	357	1,07	0,71

Abbildung 8: Effektstärken verschiedener Meßgrößen aus Elliott, 2002, S. 64

Hutterer weist darauf hin, dass $ES=0.83$ bereits als hohe Effektstärke bezeichnet werden kann, da die Psychotherapieforschung von mittleren Effektstärken einer Behandlung spricht, wenn $ES>0.5$ bzw. von hohen Effektstärken wenn $ES>0.8$ ist (File et al., 2008, 7).

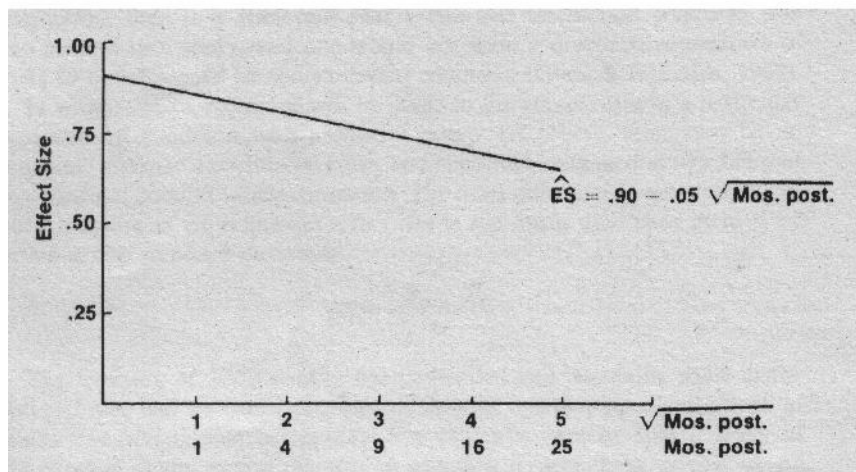


Abbildung 9: Regression von Psychotherapieeffekten aus Glass, 1978, S. 364

Tabelle: Person- / Klientenzentrierte Therapie Pre-Post Effektgrößen (In Anlehnung an Elliott, 2004)

Studie	Behandlung (Dauer)	Population (Grundgesamtheit)	Persönlichkeits- bezogene Messungen (a)	Mittlere Änderungs-ESn (b)
Beck et al. (1992)	CC Individual	Panik-Störungen (15)	SSy, Csy	Post: 1.32
Boeck-Singelmann et al. (1992)	CC Individual	gemischte ambulant (unmittelbar + verzögert = 53)	Scm	Unittelbar Post: .59
Borkovec & Costello (1993)	Nondirective	generalisierte Angststörungen (18)	SSy	Post: 1.18; FU (6 Monate): 1.72; FU (12 Monate): 1.50
DiLoreto (1971)	CC	Unter (20)	SSy, PC	Post: .36; FU: .57
Fleming & Thornton (1980)	Group CC	Depressionen (9)	SSy, Adj; Scm	Post: 2.26; FU: 2.72
Grawe et al.	CC	Zwischenmenschliche Probleme (15)	Scm; Adj, PC	Post: .79; FU (6 Mo): .83; FU (12 Mo): .96;
Greenberg & Watson (1998a, 1998b)	CC	Depressionen (17)	Scm; Adj	Post: 1.85; FU (6 Mo): 1.85
Meyer (1981)	CC	Psychosomatische Störungen (unmittelbar+ verzögert: 33)	Scm, PC	Post(3): .59; FU (3 Mo(3)): .66; FU (9 Mo(3)): .84; FU (12 Jahren (1)): 1.22
Shaw (1977)	Group-Nondirective	Depressionen (8)	Ssy	Post: .93
Speierer (2000)	CC (Stationäre Rehabilitation)	Alkoholiker (37)	Scm	Post: .29
Tarrier et al. (1998, 2000)	Supportive counseling	Chronische Schizophrenie (23)	SSy, Adj; Scm	Post: .13; FU (12 Mo): .09; FU (24 Mo): .62; Post: 1.54
Teusch, Böhme, & Gastpar (1997)	CC (Stationäres Programm)	Panik / Agoraphobie (20)	PC	Post: .70; FU (6 Mo): .96; FU 1 Jahr: 1.04

(a) Scm, Selbstbild-Messungen, schematic/self image measure; SSy, Selbstbeurteilung d. Symptome, self ratings of symptoms; PC, Messungen d. Persönlichkeit und Bewältigungsstrategien, measures of personality and coping style; Adj, Soziale Anpassung, social adjustment or interpersonal problems measures.

(b) FU: Follow-up-Untersuchungen; Post: Untersuchungen nach Therapieende.

8 Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse dieser Übersichtsarbeit legen folgende Reihung für die Gliederung der Zusammenfassung und Diskussion nahe:

1. Anmerkungen zur Selbstkonzeptmessung
2. Verändert die Personzentrierte Psychotherapie den Selbstwert / das Selbstkonzept?
3. Welcher Nutzen ergibt sich aus der Veränderung des Selbstkonzeptes?
4. Warum ist der Selbstwert / das Selbstkonzept im Personzentrierten Ansatz kein zentrales Studienobjekt?

8.1 Kurzdarstellung des Selbstkonzepts

Purkey & Stanley zogen folgende Schlussfolgerung aus ihrer Studie.

1. Das Selbstkonzept, ein hypothetisches Konstrukt, kann aus Ergebnissen geschlossen werden, unterscheidet sich aber vom Selbst-Bericht, welcher das ist, was eine Person willens und fähig ist über sich selbst auszusagen.
2. Das Zentrum aller Wahrnehmung ist das Selbst des Individuums. Dinge werden nicht bloß wahrgenommen, sie werden in Beziehung zu jemandes eigener wahrgenommener Existenz.
3. Das Selbstkonzept ist das Herz (Gendlin & Wiltschko, 2007, S.8) menschlicher Persönlichkeit und ist durch interne Organisation und Stabilität charakterisiert.
4. Das Individuum nimmt unterschiedliche Aspekte seines Selbst zu verschiedenen Zeiten und mit wechselnden Graden an Klarheit. Deshalb ist „inner focusing“ ein wertvolles Werkzeug in der Psychotherapie.
5. Jede Erfahrung die mit dem Selbst inkonsistent ist mag durch die erfahrende Person als Gefahr wahrgenommen werden. Je mehr es von diesen Erfahrungen gibt, umso heftiger wird das Selbst verteidigt. Kann die Person diese Inkonsistenzen nicht beseitigen, entstehen psychologische Probleme.
6. Da das Selbst nicht instinktiv erscheint, sondern als soziales Produkt, das sich aus wahrgenommenen Erfahrungen entwickelt, besitzt es nahezu grenzenloses Potential für

Aktualisierungen.

7. Focusing auf das vom Patienten wahrgenommene Selbst ist ein wertvoller Aspekt für die Psychotherapie (Purkey & Stanley, 2002, S. 491).

8.2 Anmerkungen zur Selbstkonzeptmessung

Mummendey empfiehlt Selbstkonzepte als Einstellungen aufzufassen, was den Vorteil hätte, die methodisch systematische Anwendung und Übertragung einer Reihe von Messmethoden zur Beschreibung und Analyse von Selbstkonzepten zu ermöglichen. (Mummendey, 2006, S. 39). Meist definieren Selbst-Konzept Forscher weder was sie messen, noch bewerten sie systematisch ihre Selbst-Konzept-Maße, weil in den Raum gestellt wird, jedermann wisse was es ist. (Marsh, 1993, S. 59).

8.2.1 Anforderungen an Selbstkonzeptmessung

Wird wie von Mummendey die Ansicht vertreten, Selbstkonzepte seien als Einstellungen zur eigenen Person aufzufassen, dann teilt die Selbstkonzeptmessung die meisten Messprobleme mit der Einstellungsmessung. Als Gütekriterien sind für die Selbstkonzeptmessung zu fordern, sie muss hinreichend objektiv, reliabel und valide erfolgen. Da Selbstkonzepte hochgradig subjektive Merkmale erfasst, erscheint die Objektivität auf den ersten Blick fraglich. Allerdings bezieht sich die Objektivität lediglich auf die Erfassung der Selbstkonzeptäußerung. Wenn somit zwei unabhängige Beurteiler zu objektiv übereinstimmenden Feststellungen bezüglich Äußerungen eines Individuums kommen können ist die Objektivität hinreichend gewahrt. (Mummendey, 2006, S. 214).

Die Reliabilität bezieht sich auf die Fehlerfreiheit, Messgenauigkeit und Konsistenz des Messinstrumentes. Fehler können sich (nach Anastasi 1988) auf den Inhalt (content sampling) auf die Zeit (time sampling) oder auf die Beurteiler (interscorer difference) des gemessenen Konstruktes beziehen. Dabei ergeben sich für die Selbstkonzeptmessung keine größeren oder andersartigen Probleme als bei Messungen irgendwelcher Persönlichkeitsmerkmale, Leistungsmerkmale bzw. Fähigkeiten. (Mummendey, 2006, S. 215).

Die Validität (Gültigkeit, Zutreffen) stellt sich etwas abweichend als üblich dar. Für die Prüfung der Überprüfung der Gültigkeit der Selbsteinschätzungen fehlen die Außenkriterien, da nur das Individuum selbst wissen kann, ob eine Selbstbeurteilung zutreffend ist. Wenn sich ein Proband bei einer Selbstkonzeptmessung als kollegial und verträglich einstuft und tatsächlich dieser Meinung ist, auch wenn sein gesamtes Umfeld gegenteiliger Meinung sein mag, so ist de-facto zwar die Eigenschaft „kollegial“ als invalide zu betrachten, das Selbstkonzept des Probanden wird dadurch jedoch nicht invalide, weil er ja tatsächlich dieser Meinung ist. Schwieriger ist die Beantwortung der Frage, ob der Proband seine Äußerung selbst glaubt, oder ob er diese nur vortäuscht. Im Falle des Vortäuschens wäre die Validität nicht gegeben. Ein Forscher kann sich lediglich bemühen durch Vergleich mit andersartig gewonnener Selbsteinschätzungen der gleichen Person aus der Kongruenz der Aussagen auf die Validität der Äußerungen zu schließen. (Mummendey, 2006, S. 215).

8.2.2 Spezielle Probleme der Selbstkonzeptforschung

Für die Untersuchung von Selbstkonzepten sind auch Veränderungsmessungen notwendig. Veränderungen über die Zeit sind nicht durch einen Vergleich verschiedener Altersgruppen (einfacher Querschnitt) erfassbar, da diese Personengruppen nicht miteinander vergleichbare Entwicklungen durchgemacht haben. Der Vergleich derselben Person zu verschiedenen Zeiten (einfacher Längsschnitt) ist durchaus problematisch, da nicht kontrolliert werden kann, in welchem Maß die Wiederholungsmessung selbst, dazwischen liegende Ereignisse, Veränderungen des Messinstrumentes, etc. für die Selbstkonzeptänderung mitverantwortlich sein mögen. Für eine relativ fehlerfreie Erfassung von Selbstkonzeptveränderungen sind aufwendige Kohortensequenzmodelle, Testzeitpunktsequenzmodelle und Quersequenzmodelle entwickelt worden. Retrospektive Selbstberichte, die ebenfalls der Erfragung von Selbstkonzeptänderungen dienen sollen, sind lediglich eine subjektive Deutung eigener Selbstkonzeptänderung (Mummendey, 2006, S. 221f).

Es kommt häufig vor, dass mehrere Arten von Selbstkonzepten erhoben werden. Ein reales Selbst (actual-self), ein ideales Selbst (ideal-self) und ein den sozialen Normen entsprechendes Selbstbild (ought-self). Es werden dann die Differenzen der Scores

bestimmt, die bei diesen unterschiedlichen Selbstkonzeptmessungen bei Anwendung identischer Selbstratingskalen gewonnen werden. Die so entstandenen Diskrepanzmaße sind jedoch vor allem durch den Regressionseffekt fehlerbehaftet. Die zweite Selbstkonzeptmessung ist abhängig von der ersten. Die Differenz beider Messungen korreliert somit mit dem Ausgangswert. Obgleich dies bereits 1968 von Wylie angesprochen wird, scheint dies auf die meisten Selbstkonzeptstudien ohne Einfluss geblieben zu sein. Ein weiteres Methodenproblem liegt in der Summierung von Selbstkonzeptmaßen, das ist die Bildung von Summenscores in Selbstkonzeptinventaren und Adjektivlisten. Es werden Ratings summiert, die aus der Beantwortung von Selbsteinschätzungsfragebogen stammen und deren Intervallskaleneigenschaft fraglich sein mag. (Mummendey, 2006, S. 222f).

Ein spezifisches Problem für die Selbstkonzeptmessung stellen die subjektiven Einschätzungen von Urteilsobjekten dar, da Urteilsskalen einer Vielzahl von Urteilsfehlern unterliegen. Solche Urteilsfehler können vom Typus Halo-Effekt, Logischer Fehler oder der Fehler der zentralen Tendenz. Es stellt sich die Frage, ob sich diese Fehler beim Selbstrating gleichermaßen oder auf andere Weise darstellen, als bei Fremdbeurteilung. Bei einer Fremdbeurteilung würde dies als Fehler der Personbeurteilung betrachtet. Bei der Selbstkonzeptmessung hingegen kommt es ja gerade darauf an, wie sich eine Person selbst wahrnimmt. Wenn auch die Antwort auf ein Urteilsobjekt nicht den Tatsachen entsprechen mag, ist es doch sein Selbstkonzept. Im Falle der Selbstkonzeptmessung liegt somit ein Konflikt zwischen Fehlerfreiheit und subjektiver Urteilsgültigkeit oder zwischen Reliabilität und Validität vor. Das Problem der sozialen Erwünschtheit spielt bei der Selbstkonzeptmessung gewiss eine Rolle. Ein Proband könnte sich in beschönigender Weise beurteilen. Natürlich ließe sich mit entsprechendem Aufwand ein Widerspruch zwischen tatsächlichem und nur geäußertem Selbstbild aufspüren was auf ein Spannungsverhältnis zwischen Selbstkonzept und Selbstdarstellung hinweisen würde (Mummendey, 2006, S. 224f.).

Karpinski (2004) zeigt eine generelle Schwäche der Gültigkeit des Esteem-IAT auf. Die Reaktion der Probanden war abhängig von der Vergleichsperson. Beim Vergleich mit einem positiven Anderen ergibt sich ein niedrigerer, beim Vergleich mit einem negativeren Anderen jedoch ein höherer Self-Esteem (Mummendey, 2006, S. 226).

Selbstberichtsverfahren bleiben in methodischer Hinsicht ein Hauptanwendungsgebiet in der Selbstkonzeptforschung, trotz aller Bemühungen, automatische, von der Versuchsperson nicht steuerbare Reaktionen zur Selbstkonzeptforschung heranzuziehen (Mummendey, 2006, S. 226).

Gerade in Metaanalysen wird eine Vielzahl verschiedenster Studien herangezogen, was eine massive Häufung obiger Probleme erwarten lässt. Die einzelnen Studien werden von vielen unterschiedlichen Personen durchgeführt, die jeweils Klienten mit den unterschiedlichsten Beschwerden als Probanden in ihre Studien einbeziehen. Bei Messinstrumenten deren Gütekriterien nicht 100%ig gegeben sind, mag daher die Persönlichkeit des Therapeuten oder die unterschiedlichen Gegebenheiten der Probanden das Ergebnis der Studie beeinflussen. Damit wären aber Studien, die von verschiedenen Forschern durchgeführt werden, nicht mehr wirklich vergleichbar, da probandenfremde Einflüsse das Ergebnis mitbestimmt hätten.

Ein anders Problem ist die Messung psychischer Phänomene an sich. Es gibt schließlich keine psychologischen Größen für die Einheiten festgelegt werden können und die ähnlich wie bei den Naturwissenschaften mit einem Messgerät gemessen werden können. Dies liegt unter anderem daran, dass die Zusammenhänge zwischen den biochemischen Vorgängen im Körper und deren Einfluss auf das psychische Befinden noch lange nicht restlos geklärt ist. Selbst wenn der Einfluss eines biochemischen Wirkstoffes geklärt wäre, liefert die Komplexität des Organismus selbst bei gleicher Konzentration dieses Wirkstoffes unterschiedliche Ergebnisse. Ein echtes Messen mit Maßzahl und Einheit liegt, wenn überhaupt erreichbar, mit Sicherheit noch in weiter Ferne.

So gesehen mag die Sinnhaftigkeit des Messens psychischer Gegebenheiten fraglich erscheinen. Ein historischer Rückblick lässt jedoch erkennen, dass selbst die Naturwissenschaften mit philosophischen Überlegungen ihren Anfang nahmen, die zum Teil richtig, zum Teil scheinbar plausibel oder zum Teil gänzliche Trugschlüsse waren. Dennoch führten diese Bemühungen im Lauf der Jahrhunderte schließlich doch zu den beachtlichen wissenschaftlichen Erfolgen der heutigen Zeit.

Eine weitere Schwäche der Messung psychologischer Faktoren liegt in der Zuordnung von Maßzahlen zu den jeweiligen Aussagekategorien der Probanden. Die Reihung von „nicht vorhanden“ über „schwach ausgeprägt“, bis „mäßig ausgeprägt“ zu „stark ausgeprägt“ ist zweifelsfrei aufsteigend. Die Zuordnung der Zahlen 0, 1, 2, 3 ist somit plausibel. Kann wirklich gesagt werden, dass der Abstand von „nicht vorhanden“ zu „schwach ausgeprägt“ wirklich genauso groß ist wie von „schwach ausgeprägt“ zu „mäßig ausgeprägt“ bzw. von „mäßig ausgeprägt“ zu „stark ausgeprägt“? Somit ist das Addieren solcher Zahlen mathematisch gesehen nicht ganz korrekt.

Trotz solcher nicht unwesentlicher Probleme, haben Metaanalysen durchaus ihre Berechtigung. Durch das Zusammenziehen vieler Einzelstudien wird eine Probandenzahl erreicht, die mit einer Einzelstudie mit genau definierten Probanden niemals erreicht werden könnte. Wenn bei den herangezogenen Studien bzw. beim Vergleich derselben, etliche der oben angeführte Messprobleme aufgetreten sein mögen, so sind aus der gemeinsamen Verarbeitung der Studien dennoch gewisse Tendenzen erkennbar, die hilfreiche Hinweise für weitere Forschungsarbeiten aufzeigen. Dies mag sehr wohl das In-Kauf-Nehmen einer gewissen Fehlerhaftigkeit bei den Messmethoden der diversen Studien rechtfertigen.

8.3 Verändert die Personzentrierte Therapie das Selbstkonzept?

Die historische Entwicklung der Psychotherapie und ihrer Forschungsmethoden hat eine Mannigfaltigkeit an Untersuchungen hervorgebracht. Mit den Metaanalysen können die Hintergründe, Einflussgrößen und Änderungen der Persönlichkeitsgrößen während der Therapie aufgezeigt werden. Dies ermöglicht Untersuchungen, welche Prozessvariablen welche Veränderungsgrößen wie beeinflussen. Allerdings steht die Forschung diesbezüglich vermutlich erst am Anfang.

Die anfänglichen Psychotherapiestudien zeichnen sich im Wesentlichen durch Prozessforschung aus, also wie die Therapie abläuft. Für Rogers und sein Team drängte sich die Notwendigkeit auf, eine umfangreiche Studie über die Veränderung des Selbstwertes durchzuführen (Rogers, 2006, S. 225). Es gibt somit Studien, die scheinbar nur von akademischem Interesse sind. Darin liegt wahrscheinlich ein wesentlicher

Unterschied im Vergleich zur gegenwärtigen Forschung. Diese ist vorrangig auf reine Ergebnis- und Wirkungsforschung ausgerichtet (Kriz & Slunecko, 2007, S.16).

Ob die „scientific community“ die Selbstwert-Studie Rogers als so umfassend betrachtet, dass keine weiteren Studien mehr notwendig seien, kann aus der Literatur nicht ermittelt werden. Jedenfalls lässt sich keine weitere Studie im Personzentrierten Ansatz finden, die eine Änderung des Selbstwertes / Selbstkonzeptes als zentrales Forschungsthema bearbeitet. Die zahlreichen Psychotherapiestudien befassen sich meist mit der Behandlung von Krankheiten oder Störungen.

Der Selbstwert ist per definitionem änderungsfreudig. Jede wirksame Psychotherapie und insofern auch die Personzentrierte Psychotherapie schafft die Basis zu einer positiveren Sichtweise von sich selbst, der Umwelt bzw. der Mitmenschen zu kommen, andernfalls könnte nicht von einer effektiven bzw. wirkungsvollen Therapie gesprochen werden. Damit ändert sich aber auch nach dem Personzentrierten Ansatz, das Selbstkonzept dieser Person in Richtung reales Selbst. Es wird ein Übereinstimmen des Selbstkonzeptes mit dem organismischen Sein möglich (Keil & Stumm, 2002, S. 13).

Die aufgeworfene Forschungsfrage: *Ist eine Veränderung des Selbstwertgefühles bzw. Selbstkonzeptes in der Personzentrierten Psychotherapie erkennbar / prüfbar?* wird mit einem Ja beantwortet. Der Selbstwert / das Selbstkonzept erfährt durch eine Personzentrierte Psychotherapie eindeutig eine Veränderung. Wodurch wird dies möglich?

Rogers verwendet zur Erforschung des Selbstwertes den von ihm adaptierten Q-Test, der von Stephenson, W. 1953 entworfen worden ist. Die Studie ergibt, dass die Personzentrierte Psychotherapie einen nachhaltigen Änderungsprozess des Selbstwertes / Selbstkonzeptes in Gang setzt. Dieser setzt sich sogar nach beendeter Therapie fort. Der Klient beginnt von sich aus das Wagnis, neue Wege zu gehen (Lux, 2007, S. 30). Dies ist mehr als von einer therapeutischen Behandlung erwartet werden mag, da die Betroffenen mit einer Beseitigung gewisser Symptome durchaus zufrieden wären. Einen Selbstheilungsprozess in Gang zu setzen, der einen weiteren Besuch beim Therapeuten / Arzt gänzlich überflüssig macht, ist jedoch genau jenes erstrebenswerte Ziel, welches idealerweise das Ergebnis jeder Behandlung sein sollte.

Im Anschluss an die Studie von Rogers, welcher das Selbstkonzept als Untersuchungsobjekt zugrunde lag, können nur Studien erwähnt werden, die in erster Linie die Behandlung von Krankheiten untersucht haben und eine Veränderung des Selbstkonzeptes lediglich als „Nebenprodukt“ erwähnen.

Speierer weist zum Beispiel bei der Behandlung von Alkoholpatienten darauf hin, dass die Gesprächspsychotherapie das Selbstvertrauen stärkt und gesunde Selbstkonzeptanteile, sowie positive selbstkongruente Änderungserfahrungen vermittelt (Speierer, 2000, S. 31).

Gemäß Boeck-Singelmann et al. ergeben sich signifikante Verbesserungen in Tests zum Selbstkonzept und zur Selbstkommunikation (Boeck-Singelmann et al., 1992, S. 9) und nach Greenberg und Watson zeigt die CC Effekte beim Selbstwertgefühl (self-esteem) (Greenberg & Watson, 1998a, S. 210, 220, 223).

Bei anderen Studien wie Meyer (1981) kann auf eine Änderung des Selbstkonzeptes lediglich aus der Änderung anderer Faktoren wie einer signifikanten Reduzierung psychosomatischer Störungen geschlossen werden. Die Veränderung solcher Faktoren bedingt auch eine Änderung des Selbstkonzepts, da dieses schließlich den Mensch als Gesamtheit betrifft.

Aus der Untersuchung Altenhöfers et al. wird erkennbar, dass sich sogar eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie als wirksame und effektive Behandlung von Patienten mit Anpassungsstörungen erweist. Es wurden deutliche Verbesserungen im Hinblick auf die psychische Symptomatik, des subjektiven Erlebens und dem allgemeinen Funktionsniveau erzielt. Nach dem Ende der psychotherapeutischen Behandlungen, nach einem 3- monatigen Katamnesezeitraum, kam es zu keinen Verschlechterungen der Symptomatik, die Veränderungen blieben stabil. Die Studie belegt somit, dass sich eine auf 12 Stunden begrenzte Gesprächspsychotherapie für die meisten Patienten mit Anpassungsstörungen als eine ausreichende Hilfe erweist (Altenhöfer et al., 2007, S. 32).

Beachtenswert ist, dass selbst Nicht-direktive-Therapieformen (Non-directive procedures, Non-directive counselling, supportive counseling) die auf dem Personzentrierten Ansatz basieren, bessere Ergebnisse und eine positive Veränderung des Selbstwertes zeigen als

Personengruppen, die überhaupt keine Therapie erhalten, wie die Studien von Shaw, 1977; Beck et al., 1992 und King, 2000 deutlich zeigen. Es darf daraus gefolgert werden, dass bereits geringe Einflüsse einer abgewandelten Personenzentrierten Psychotherapie das Selbstkonzept wirkungsvoll verändern können.

Gemäß Borkovec & Costello (1993) ist die nicht-direktive Behandlung zwar so effektiv in der Angstbeseitigung, aber sie bewirkt bessere Tiefengrade des Emotionalen Prozesses. Sie ist erfolgreich im Herauslocken von Erfahrungsänderungsprozessen, in einem größeren Ausmaß als die anderen Therapien.

8.4 Unterscheidet sich die Personenzentrierte Therapie in der Veränderung des Selbstkonzepts von anderen Therapien?

Die Grundlagen des Dodo-Verdikts „everyone has won and all must have prizes“ erscheinen fragwürdig (Grawe et al., 1990, S. 373). Das von Stiles, Shapiro und Elliott (1986) erwähnte Phänomen des sogenannten *Äquivalenz-Paradox* kann offenbar nicht aufrechterhalten werden, da Grawe sehr wohl deutliche Unterschiede hinsichtlich einiger Faktoren aufzeigt (Grawe, 1990, S. 290).

Auch Meyer findet gewisse Unterschiede bei einzelnen Faktoren. So zeigt die CC In Skala 3 für „Depression“ eine markante Reduktion im Gegensatz zur psychodynamic therapy (Stuhr et al., 1981, S. 195).

Frohburg findet, dass die im Katamnesezeitraum nach Gesprächspsychotherapien registrierten weiteren Verbesserungen deutlich ausgeprägter sind als bei anderen Psychotherapiebedingungen (Frohburg, 2004, S. 202). Auch Grawe et al. finden in ihrer Studie unterschiedliche Effekte in verschiedenen Therapiebedingungen (Grawe et al., 1990, S. 352).

Auffallend ist in Elliotts Studie dass die Mittelwerte von 0.58 bis 2,54 reichen, die dazugehörigen Standardabweichungen von 0.44 bis 1.17, mit anderen Worten, die Standardabweichungen liegen in der Größenordnung der Messwerte. Dies deutet auf große

Schwankungen der Messwerte hin und könnte Zweifel an der Aussagekraft die Mittelwerte laut werden lassen.

Die Studie von Grawe et al. zeigt, wie unterschiedlich Therapieverläufe aussehen können, trotz ähnlichem Endergebnis beim follow up. So verbessert sich die Befindlichkeit der später erfolgreichen Patienten während der ersten Therapiesitzungen deutlich, verschlechtert sich dann aber zwischen der 10. bis 20. Sitzung bis auf ein Niveau, auf dem es den Patienten schlechter geht als zu Beginn der Therapie (vgl. Abbildung 6). Erst nach der 20. Therapiesitzung werden erkennbare Befindlichkeitsverbesserungen bei den später erfolgreichen Patienten erreicht. Dies weist darauf hin, dass die erfolgreichen Patienten während der Therapie eine erhebliche Krise durchmachen, bis sie schließlich nach einem eher langen Therapieverlauf zu einem relativ guten Therapieergebnis kommen (Grawe et al., 1990, S. 369).

Während im Befinden und der psychopathologischen Symptomatik unmittelbar nach der Therapie zunächst gewisse Verschlechterungen eintreten, die im zweiten halben Jahr nach der Therapie wieder aufgefangen werden, hat Gesprächspsychotherapie einen ausgesprochenen Späteffekt im Sinne einer positiven Entwicklung des Selbstbildes über ein Jahr nach der Therapie. Dafür sind die langfristigen Auswirkungen auf die Hauptproblematik, Verbesserungen der Befindlichkeit, Abnahme sozialer Ängste und der Belastung durch psychopathologische Symptome bei der Gesprächspsychotherapie eher geringer als bei den drei Verhaltenstherapieformen (Grawe et al., 1990, S. 369).

Für die Gesprächspsychotherapie lässt sich recht gut voraussagen, welche Patienten von dieser Therapie profitieren werden und welche Patienten schlechte Erfolgsaussichten haben (Grawe et al., 1990, S. 369).

Patienten, die von ihrer sozialen Umgebung als unbeliebt und wenig geachtet, eher beziehungsunfähig, verschlossen und in ihrer Grundstimmung eher depressiv beurteilt wurden, haben ausgesprochen schlechte Aussichten auf ein gelungenes Therapieergebnis. Anders formuliert: Patienten, die von Gesprächspsychotherapie profitieren können, sollten über ein gutes soziales Verhaltensrepertoire und gute Beziehungsfähigkeiten verfügen. Besonders Patienten mit ausgeprägten Autonomiebedürfnissen scheinen auf das

gesprächspsychotherapeutische Vorgehen anzusprechen, der Breitspektren-Verhaltens-Therapie genau entgegengesetzt (Grawe et al., 1990, S. 360).

Der Therapieerfolg hängt bei der Gesprächspsychotherapie nicht von dem Ausmaß ab, in dem die Patienten in ihrer Befindlichkeit gestört oder mit psychopathologischen Symptomen belastet sind. Gesprächspsychotherapie kann bei symptomatisch schwer gestörten Patienten erfolgreich wirken, wenn diese gute Beziehungsfähigkeiten und ein gutes soziales Verhaltensrepertoire mit in die Therapie bringen (Grawe et al., 1990, S. 369f).

Zumindest für die hier untersuchten Therapieformen kann nach den berichteten Ergebnissen sowohl ein tatsächlich unterschiedliches Vorgehen, als auch eine unterschiedliche Wirkung, Wirkungsweise und Indikation als nachgewiesen gelten (Grawe et al., 1990, S. 373). Es sollten daher diese unterschiedlichen Wirkungen und Therapieverläufe bei künftigen Studien mitberücksichtigt werden.

8.5 Wie wird das Selbstkonzept durch die Personzentrierte Therapie verändert?

Wie aus einigen Studien ersichtlich ist, verändert die Personzentrierte bzw. nicht-direktive Therapie den Selbstwert offenbar langsamer als diverse Vergleichstherapien, sodass zu Therapieende ein Unterschied in den Effektstärken feststellbar ist (Greenberg & Watson, 1998a, S. 220). Dieser Unterschied zwischen der Personzentrierten Therapie und der Vergleichstherapie jedoch in der Regel wieder wettgemacht. Das langsamere Verändern kann somit nicht als mindere Qualität dieser Psychotherapie gedeutet werden.

Eine Psychotherapiemethode soll nicht nur effektive Therapieabschluss-Ergebnisse bringen, die Behandlung sollte zusätzlich Langzeitwirkung haben, indem die erreichten Veränderungen nach Abschluss der Therapie erhalten bleiben (Frohburg, 2004, S. 199).

Nach Wolfe und Sigl erreichen nicht alle Psychotherapien dauerhafte Ergebnisse. Es gibt zahlreiche symptombezogene Behandlungen, deren Ergebnisse jedoch unzureichend und selten dauerhaft sind (Wolfe & Sigl, 1998, S. 278).

Da in der Personzentrierten Psychotherapie der Klient den Fortgang der Therapie selbst steuert, er sich daher die therapeutischen Erfahrungen selbst aneignen muss, ist jedenfalls ein langsames Verändern des Selbstkonzepts zu erwarten. Emotionales Lernen hört nicht auf, selbst wenn es etwas langsamer reagiert (Goleman, 2007, S. 269). Andererseits wäre gerade aufgrund des langsameren Veränderns eine hervorragende Langzeitwirkung der Personzentrierten Psychotherapie zu erwarten.

Frohburg stellt in ihrer Studie tatsächlich fest, dass die nach Abschluss der Gesprächspsychotherapien registrierten Veränderungen in den seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen der Patienten nicht nur in allen Studien langfristig erhalten bleiben (Frohburg, 2004, S. 201), sondern bei etwa 50% auch mit zusätzlichen positiven Therapieeffekten im Sinne von „Späteffekten“ zu rechnen ist (Frohburg, 2004, S. 200).

Bei allen spezifischen Untersuchungen kann das Selbst nicht ausgeschlossen werden. Im Gegenteil ist das Selbst notwendig, wenn es darum geht, ersichtlich zu machen was die Personzentrierte Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapieformen so herausragen lässt. Gerade erst dann, wenn der Prozess des Selbst in Gang gesetzt wird, mit dem Ziel, der zu werden der ein Mensch in Wirklichkeit ist, kann die Therapie zu wirken beginnen, welche im Grunde ein ganzes Leben wirken kann. Dies gilt unabhängig einzelner Forschungsrichtungen und Therapiefacetten (Lux, 2007, S. 27).

Die Veränderung des Selbstwertes / Selbstkonzepts erfolgt durch Erlebnisse. Diese Erlebnisse könnten verglichen werden mit Lernprozessen. Wer sich einen Lernstoff selbst aneignen muss, braucht in der Regel länger, als wenn ihm Hilfestellung zum Beispiel in Form eines Trainings oder von Nachhilfestunden angeboten wird. Er wird dann schneller einen gewissen Lernerfolg aufweisen können, zumindest für die Prüfung unmittelbar danach. Diese Lerninhalte können leicht wieder vergessen werden, da sie vom Lernenden gedanklich oft nicht wirklich nachvollzogen werden. Selbst angeeignete Lerninhalte müssen intensiver durchdacht werden, um sie zu verstehen, und werden aus diesem Grund meist recht lange erinnert.

Möglicherweise sind die Ergebnisse deshalb dauerhafter, weil die Therapieerfolge bei der Personzentrierten Therapie langsamer aber eigenständig durch den Klienten erworben

werden. Dies würde mit den Merkeffekten beim Lernen übereinstimmen, dass die Merkrate von „nur Gehörtem“ zum „nur Gesehenem“ zum „Gehört und Gesehenem“ bis zum „selbst Getanem“ jeweils ansteigt. Das heißt je ganzheitlicher (Denken, Fühlen, Handeln) der Mensch sein Gehirn verwendet, um so eher wird es Wirkung zeigen (Hüther, 2007, S.103).

Die Grundlage des Erlebens und Verhaltens eines Menschen ist durch die Verschaltungen der Neuronen bedingt. In der Personzentrierte Psychotherapie muss sich der Klient intensiv mit sich / seinem Selbst auseinandersetzen, wobei öfter dieselben oder ähnliche Gedanken offenbar durchdacht werden und oft tiefgreifende Emotionen mit ins Spiel kommen. Die damit einhergehende Veränderung des Selbstwertes ist mit gut eingeschliffenen Verschaltungen von Neuronen verknüpft, was die hervorragende Langzeitwirkung erklären könnte, wobei diesbezüglich noch weitere Studien notwendig sind. Eine interdisziplinäre Zusammenschau zwischen dem Fachgebiet der Personzentrierten Psychotherapie und der Neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung mag eine durchaus befruchtende Symbiose darstellen. Mit anderen Worten, Psychotherapie ist umso effektiver, je besser es gelingt, den Klienten emotional zu erreichen (Lux, 2007, S. 38).

8.6 Wie verläuft die Änderung des Selbstkonzepts während der Therapie und danach?

Verschlechterungen während der Therapie sind laut Grawe und Frohburg belegt. Zu diesem Zeitpunkt mögen Therapie-Abbrecher daher sehr wohl die Ansicht vertreten, die Therapie habe ihnen geschadet. Auf posttherapeutische Verschlechterungen wird gemäß Frohburg in den einzelnen Untersuchungen kaum hingewiesen, weshalb davon auszugehen ist, dass sich solche therapeutischen Tiefs in der Regel wieder bessern, wie dies aus der Grawe Studie durchaus zu ersehen ist.

Grawe et al. findet heraus, dass es bei den später erfolgreichen Patienten einer Gesprächspsychotherapie etwa zur Hälfte der Therapie zunächst zu einer Befindlichkeitsverschlechterung kommt und erst nach der 20. Therapiesitzung wieder Befindlichkeitsverbesserungen erreicht werden. Dies weist darauf hin, dass die

erfolgreichen Patienten während der Therapie eine erhebliche Krise durchmachen, bis sie schließlich nach einem eher langen Therapieverlauf zu einem relativ guten Therapieergebnis kommen. (Grawe et al., 1990, S. 369)

Eine Befindlichkeitsverschlechterung weist auf eine damit einhergehende Verschlechterung des Selbstwertes hin, was im ersten Moment völlig im Widerspruch zum Sinn einer Therapie zu stehen scheint. Um für sich selbst Einsicht zu erlangen, wird es vorerst wichtig, Selbstwahrnehmung zu erlernen (Goleman, 2007, S. 77). Das Ziel der Personzentrierten Psychotherapie ist es, diese Fähigkeit zu erlangen und zu stärken.

Ein Vergleich mit der Lerntheorie zeigt, dass diese Verschlechterung offenbar ein typisches Stadium im psychotherapeutischen Lernprozess beim Aneignen eines neuen Selbstkonzeptes zu sein scheint. Bis dahin mag es für das Individuum allerdings sehr schmerzhaft sein. Ein solches Absinken ist auch im Lernprozess zu beobachten. Beim Aneignen eines neuen Stoffgebietes kommt es manchmal zu Verwirrungen. Alles wird so konfus, so unüberschaubar. Der Lernende kennt sich plötzlich nicht mehr aus. Die Empfindungen in solchen Zeitabschnitten sind möglicherweise verantwortlich für Schul- bzw. Studienabbrüche, in der Gesprächspsychotherapie möglicherweise für Therapieabbrüche. Überwindet der Betroffene diese Phase, klärt sich sein Gesamtbild nach und nach, er kann die Einzelkomponenten wieder einordnen, wonach das Verständnis wieder klar ist (Aha-Effekt).

Lux zeigt, dass erst nach einer Destabilisierung eine Reorganisation möglich ist. In solchen Momenten verspürt das Individuum Verunsicherung, Verzweiflung, Hilflosigkeit oder Ohnmacht (Lux, 2007, S. 35). Für Rogers ist dies eine äußerst wichtige Erkenntnis. Das Meistern bestimmter Schwierigkeiten, sowie das eigene Scheitern können eine Möglichkeit sein, sich persönlich weiter zu entwickeln. Diese Situation kann als ein sammeln von Lebenserfahrungen bezeichnet werden. Es ist ein Lernen aus Erfahrungen und genau diese Art von Lernen macht das Leben lebenswert (Lux, 2007, S. 36).

8.7 Welche vorgegebenen Faktoren beeinflussen die Veränderung des Selbstkonzepts?

In rezenten Studien werden Prä-Therapie-Variablen der Patienten wie auch der Therapeuten meist vernachlässigt, weil sich fast alle Prä-Therapie-Variablen in früheren Studien als ziemlich irrelevant für das Ergebnis erwiesen haben. Der Ansicht Grawes, dass dies eine unzulässige Generalisierung ist (Grawe, 1990, S. 290), ist zu folgen. Jene Prä-Therapie-Variablen die nachgewiesenermaßen einen Einfluss auf das Ergebnis haben, sollten regelmäßig in Studien einbezogen werden. Zu diesen Prä-Therapie-Variablen zählen a) die Motivation des Patienten für persönliche Veränderung b) Extrovertiertheit / Introvertiertheit bei der Gesprächspsychotherapie. Andernfalls könnte es vorkommen, dass Therapieeffekte, die diesen Variablen zuzuschreiben sind, mangels Erfassung anderen Prozessvariablen zugeordnet werden, und damit das wahre Therapieergebnis verschleiern oder verfälschen.

Die Studie von Di Loreto zeigt, dass die CC eine Verminderung von Angstzuständen (interpersonal anxiety / general anxiety) erreicht, wodurch das Selbstkonzept der Klienten verbessert wird. Das Ergebnis Di Loreto's, dass Extrovertierte Personen in der Personzentrierten Psychotherapie einen besseren Therapieerfolg erzielen als introvertierte Personen (Di Loreto, 1971, S. ix), ist plausibel. Da bei der CC der Klient selbst den Fortgang der Therapie festlegt und daher die Geschwindigkeit bestimmt, werden Personen, die extrovertierter / aktiver sind bzw. die mehr reden, mehr aus sich herausgehen, selber mehr tun, mit anderen Worten mehr üben und sich somit die gelernten Aspekte besser einprägen. Auf die Therapie übertragen ist daher für die aktiveren Extrovertierten ein besserer Therapieerfolg und bessere Langzeitwirkung zu erwarten.

Tscheulin unterscheidet bei den Klienten zwischen handlungsbezogenen (aktionsbezogenen) und selbstreflexiven (selbstbezogenen) Klienten (Tscheulin, 1983, S. 54). Aktionsbezogene reagieren signifikant stärker als Selbstbezogene, wenn es um die Erhaltung und den Schutz des eigenen Selbstwertgefühles geht. Selbstbezogene verfügen infolge dessen über ein geringeres Selbstwertgefühl und eine geringere Selbstachtung als Aktionsbezogene (Tscheulin, 1992, S. 125).

Sachse sieht als Voraussetzung für eine Veränderung den Zugriff auf das eigene Motivsystem. Personen mit geringem Zugriff auf das eigene Motivsystem werden nicht fähig sein, ein zufriedenstellendes Selbst-Stärkungssystem zu entwickeln (Sachse, 1998, S. 299). Das eigene Motivsystem ist der Schlüssel zur Veränderung. Es ist nicht so sehr die Therapie noch die bewusste Motivation die vom Klienten ausgeht, sondern die Motivation entspringt der Selbstaktualisierungstendenz des Lebens selbst. Es ist das Bedürfnis des Organismus sich auf unterschiedlichste Weise entfalten zu können, dies ist sein Bestreben (Rogers, 2006, S. 279).

Unter der Voraussetzung sicherer Beziehungen wird es dem Klienten sicherlich leichter fallen, diesem Motivationsbedürfnis Raum zu geben. Beziehung kann folgendermaßen definiert werden: Was zwischen Menschen vor sich geht und daher „unsichtbare Wirklichkeit“ genannt wird (Neumann, 2005, S. 153). In sicheren Beziehungen, in denen Verbundenheit existiert, werden sich die Lebensgeister eines Menschen zu regen beginnen. Solche Beziehungen ermöglichen offene Zuneigung, klären Motive und schaffen lebenswerte Perspektiven, die selbst bei großen Anstrengungen erfreulich sind (Grossmann & Grossmann, 2005, S. 63).

Grawe et al. nennen als negative Faktoren für eine Gesprächspsychotherapie Verslossenheit, Beziehungsunfähigkeit, und depressive Grundstimmung die ausgesprochen schlechte Aussichten auf ein gutes Therapieergebnis erwarten lassen. Andererseits sind positive Faktoren ein gutes soziales Verhaltensrepertoire, gute Beziehungsfähigkeiten und der Wunsch und die Fähigkeit, selbst über sich zu bestimmen (Grawe et al., 1990, S. 360, 369).

8.8 Wodurch kann das Selbstkonzept verändert werden?

Wodurch wird die Veränderung möglich? Rogers spricht von einer psychologischen Anerkennung durch den Therapeuten. Diese Bedingung ist es, die es dem Klienten ermöglicht, Veränderung zu erfahren. Der Klient spürt dieses Angenommen werden, gleichgültig, wie sich der Klient ausdrückt, sei es durch Schweigen, durch Tränen oder Worte. Der Klient wird angenommen, gerade so wie er ist. Je mehr der Klient diese

lebendige Erfahrung spürt, umso mehr wird diese reifen (Rogers, 2006, S. 135). Der Klient beginnt sich zu öffnen, er beginnt sich zu erkennen, so wie er ist.

Gemäß Tarrier et al. haben nicht-spezifische Psychologische Effekte – wie intensives Interesse und Unterstützung – einen positiven Effekt für Patienten mit chronischer Psychose (Tarrier et al., 1998, S. 306f). Ihrer Meinung nach mag supportive counselling eine nicht beängstigende soziale Interaktion von ausreichender Häufigkeit und Regelmäßigkeit beisteuern, welche dann den Selbstwert der Patienten verbessert und sie ermutigt, in ihre soziale Welt einzutreten (Davidson et al., 1998). Passendes soziales Verhalten samt emotionalen Reaktionen werden stellvertretend angeeignet. Die Diskussion der Lebensprobleme und die Unterstützung mögen nützlich sein (Tarrier et al., 2000, S. 920).

Elliott et al. empfehlen die *Stärkung des Selbst*, um eine Verbesserung der Symptome zu erreichen und als eines der Behandlungs-Prinzipien die *Empathische Bestätigung* (Elliott et al., 1998, S. 255, 257, 265). Damit beginnen die Klienten Zugang zu ihren internen Erlebnissen, Klarheit über das Selbst, Kräftigung und Selbst Lenkung zu erlangen (Elliott et al., 1998, S. 269).

Gerade eine klientenzentrierte Haltung wäre bei Borderline-Klienten erstrebenswert. Gendlin E. und Wiltschko J. berichten aus ihrer Praxis mit Borderline-Klienten zuerst davon, dass gerade Fragen wie: Wie fühlt sich das an oder was verspürst du hier im Körper? wichtig sind, um ihnen die Möglichkeit zu geben bei ihren Gefühlen bleiben zu können. Durch diese Fragen fühlen sie sich verstanden, sie werden antworten und ab diesen Zeitpunkt wird es dann wichtig klientenzentriert weiter zu arbeiten (Gendlin & Wiltschko, 2007, S. 168).

Wolfe und Sigl (1998) nennen Selbst-Erlebnisse als Ursache für die Änderung des Selbst / des Selbstwerts / des Selbstkonzepts. Auch Rogers weist auf die Bedeutung der Erfahrungen hin. Wie bereits erwähnt wurde, soll in einer gelungenen Therapie eine Atmosphäre geschaffen werden, in der das Individuum Schutz, Sicherheit und ein bedingungsloses Akzeptieren erfahren kann. So wird es möglich, dass sich die festen Grenzen der Selbst-Organisation lockern, entspannen, so dass es eine bedrohliche

Organisation nicht mehr gibt. Noch ist die Konfiguration, die Gestaltung, eines realen Selbst ungenau. Es ermöglicht daher dem Individuum, sein Wahrnehmungsfeld eingehender zu erforschen. Die Person ist nun so weit, dass sie an sich falsche Verallgemeinerungen erkennen kann. Die Person entdeckt Erfahrungen, deren sie sich noch nie bewusst war, was zu nächst bedrohlich wirkt. Allmählich beginnt das Individuum jedoch diese Erfahrungen in neue und revidierte Strukturen aufzunehmen und ein neues, ein reales Selbst kann zu wachsen beginnen (Rogers, 2005, S. 183).

Dieses Gewährwerden von Erfahrungen wird in der Personzentrierten Psychotherapie als Symbolisierungsprozess bezeichnet. Die Person wird sich ihrer durch Körperempfindungen, Gefühle, Gedanken, Worte und weiterem immer mehr bewusst. Es bedeutet, für das Individuum ein neues Selbstkonzept zu kreieren und dies ist etwas für diese Person – und nur für diese – etwas Einzigartiges (Keil & Stumm, 2002 S. 135).

Eckert und Biermann-Ratjen zeigen auf, dass nur Erlebnisse mit positivem Bezug in das Selbstkonzept integriert werden können. Für „traumatische“ Erlebnisse und insbesondere die damit verbundenen Gefühle ist für die Integration in sein Selbstkonzept der Beistand eines mitfühlenden Anderen erforderlich (Eckert & Biermann-Ratjen, 1998, S. 353). Bei traumatischen Erlebnissen, insbesondere in der frühen Kindheit, zeigen solche Menschen, massive und katastrophische Reaktionen auf nur geringe Auslöser. Komplexe Verschaltungen im frontalen Gehirn sind meist nur mangelhaft entwickelt, so dass gerade solche Menschen nur durch viel Zeit und einem Gefühl der Sicherheit beginnen können, Situationen differenziert wahr zu nehmen (Streeck-Fischer, 2005, S. 86).

Gemäß Elliott haben Messung, Größe der Probe, regionaler Ursprung der Forschung, Jahr der Studie, theoretische Zugehörigkeit des Forschers, Klientenproblem und Behandlungscharakteristika wie Modalität, Sitzung, und Erfahrung des Therapeuten einen Einfluss auf das Therapieergebnis (Elliott, 2002, S. 68), nach Beck das Hervorheben der therapeutischen Beziehung durch den Therapeuten (Beck et al., 1992, S. 782) und nach Lux die Fähigkeit des Therapeuten die emotionalen Zentren des Klienten zu aktivieren (Lux, 2007, S. 37).

Es ist bekannt, dass unter großen Belastungen, körperlichen wie auch psychischen Ursprungs, Stresshormone ausgeschüttet werden, die, wenn sie zu lange auf den Organismus einwirken Schäden anrichten können. Erst wenn das Individuum frei ist auf aus dem Körper kommende Signale zu achten, wird es in der Lage sein entsprechend zu reagieren. Dafür muss allerdings das Denken und Fühlen frei gemacht werden, eine Personzentrierte Psychotherapie mag in entsprechenden Lebenssituationen genau der richtige Impuls dafür sein (Hüther, 2005, S. 71-78; Goleman, 2007, Kapitel 11).

8.9 Wie ist eine Änderung des Selbstkonzepts erkennbar?

Die Boeck-Singelmanns et al. Studie lässt eine Änderung des Selbstkonzepts des Klienten an gebesserten Problemen und einer Befreiung von körperlichen Beschwerden erkennen (Boeck-Singelmann et al., 1992, S. 9).

Gemäß Rogers zeigt sich die Veränderung des Selbst an merklichen konstruktiven Veränderungen in den Persönlichkeitsmerkmalen und in der Persönlichkeitsstruktur des Klienten, die ihn in die Nähe der Persönlichkeitsmerkmale des sich voll entfaltenden Menschen, bringt. Die Veränderung findet in Richtung persönliche Integration und Anpassung statt; Bekannten fällt eine veränderte Reife im Verhalten des Klienten auf. Die Veränderungen sind signifikant gegenüber jenen, die in der Kontrollgruppe oder bei den Klienten während der selbständigen Kontrollperiode zu finden sind (Rogers, 2006, S. 228).

8.10 Kann die Änderung des Selbstkonzepts gemessen werden und wie stark kann das Selbstkonzept geändert werden?

Die Änderungen können mittels diverser Messmethoden wie Tests, Ratings, Skalen und andere Evaluationen gemessen werden. Die Studie Elliots ergibt, dass sich Klienten in humanistischen Therapien deutlich und signifikant ändern und große Unterschiede in der Größe der Änderung aufweisen. Diese Größe der Änderung ist abhängig davon, was wie gemessen wurde. Messgrößen der Selbstwerte (Self-esteem) zeigen mit einer Effektstärke von 0,83 (im Vergleich zu Persönlichkeit 0.59; interne Funktionalität 0.64) eine

verhältnismäßig hohe Änderung (Elliott, 2002, S. 64; File et al., 2008, 7)). Selbstwerte scheinen somit durchaus sensibel auf humanistische Therapien zu reagieren.

Die Effektstärken können durch eine Vielfalt von Faktoren potentiell beeinflusst, und diese Faktoren leicht mit Unterschieden zwischen verschiedenen Formen humanistischer Therapien verwechselt werden (Elliot, 2002, S. 68). Deswegen sollten diese Faktoren bei Studien vermehrt beachtet und mit ins Kalkül gezogen werden. Dadurch könnten noch feinere Unterschiede der Wirkungsweise und genauere Effektstärken ermittelt werden.

8.11 Ist die Veränderung gewissen Einschränkungen oder Grenzen unterworfen?

Gelingt es einer therapeutischen Beziehung nicht, ein Gefühl der Sicherheit herzustellen, oder sind geleugnete Erfahrungen für den Klienten zu bedrohlich, wird der Klient die Symbolisierung seiner Erfahrungen weiterhin verzerren und die Struktur noch starrer werden. Er wird so noch verwundbarer werden. Bricht der Klient an dieser Stelle seine Therapie ab, kann er nur ein defensives, abwehrendes Selbst erhalten (Rogers, 2005, S. 184).

Wo Krankheiten organisch bedingt sind und nichts mit neuronalen Verschaltungen zu tun haben, muss konsequenterweise jede Psychotherapie, somit auch die Personzentrierte Psychotherapie versagen. Es können bestenfalls neuronal bedingte Begleitsymptome gebessert werden.

8.12 Krankes / gestörtes Selbst

8.12.1 Gibt es ein krankes / gestörtes Selbst?

Manche Autoren meinen, seelische, psychische Unstimmigkeiten können a) als ein krankes, aus dem Gleichgewicht gebrachtes bzw. gestörtes Selbst gesehen werden oder b) durch ein solches verursacht worden sein oder c) ein nach außen dringendes sichtbares Zeichen eines solchen Selbst sein.

So bringen Elliott et al. posttraumatische Stress Probleme mit einem alten gebrechlichen oder zerstörten Selbst bzw. einem als schwach, hilflos, fragmentarisch, verletzlich erlebten Selbst in Verbindung (Elliott et al., 1998, S. 255). Greenberg und Watson sehen die Depression als emotionale Störung des Selbst bzw. als Erkrankung / Störung des Selbstkonzepts (Greenberg et al., 1998b, S. 227).

Hier drängt sich die Frage auf: Kann das Selbst erkranken? Krankheit wird üblicherweise mit einer Nicht- bzw. Minderfunktion gewisser Organe assoziiert. Der Selbstwert / das Selbstkonzept ist jedoch keinesfalls ein eigenes Organ. Der Selbstwert ist etwas von der Person empfundenes und damit ist das dahinterliegende Organ das Gehirn, das hier mit einer Funktion aufwartet, die als unangenehm bzw. krank empfunden wird.

Mit anderen Worten, die Neuronen sind auf eine Weise verschalten, die der Person Unwohlsein beschert. Der Verschaltungsmechanismus mag dabei funktionell durchaus in Ordnung, also keineswegs krank sein. Es wurden lediglich Eindrücke bzw. Sinneswahrnehmungen erlernt / verschalten, die nunmehr negative Empfindungen hervorrufen.

Hierzu ein Verweis auf den Mandelkern. Der Neurowissenschaftler Le Deux, der als erster den Mandelkern entdeckt hat, bezeichnet diesen als Wachtposten der Emotionen. So zeigt er, dass sensorische Signale vom Auge oder vom Ohr im Gehirn zunächst vom Thalamus (Hauptteil des Zwischenhirns) wandern und von dort über eine einzige Synapse zum Mandelkern (Goleman, 2007, S. 36). Vom Thalamus nun, wird ein zusätzliches Signal zum Neokortex (dem denkenden Gehirn), entsandt. Was mit diesem Prozess erwirkt wird erscheint sehr wohl von Wichtigkeit, diese Verzweigung, nämlich, erlaubt es dem Mandelkern, *noch vor* dem denkenden Gehirn, dem Neokortex, zu reagieren. Dies zeigt, dass die primitivsten und stärksten Gefühle, den direkten Weg zum Mandelkern nehmen. Damit kann der Mandelkern zum Handeln veranlassen, während der langsamere, aber vollständiger informierte Neokortex noch damit beschäftigt ist, seinen verfeinerten Plan für eine Reaktion zu planen (Goleman, 2007, S. 38).

Im Sinne der neuronalen Schaltungen ist ein Umlernen erforderlich, also durch neue Eindrücke, Erfahrungen oder Sinneswahrnehmungen eine neue geänderte Schaltung zu

bewirken, die als angenehmer oder weniger unangenehm empfunden wird. Es sollte vermutlich an den alten „verschalteten“ Neuronen ansetzen indem es entweder die alten Schaltungen wieder auflöst (vergessen lässt) oder diese alten Schaltungen so weiterverknüpft, dass sie nunmehr einen angenehmeren Konnex vermitteln, sprich angenehmer empfunden werden.

Das Gehirn und seine Funktion sind trotz aller wissenschaftlichen Errungenschaften immer noch sehr unerforscht. Hier werden noch viele Studien erforderlich sein, bis die tatsächlichen Hintergründe erst einmal verstanden werden. Weiter wird es ein Anliegen der Wissenschaft sein, neuronale Verschaltungen setzen zu können, um gewünschte Effekte erzielen zu können.

8.12.2 Wodurch erkrankt das Selbst oder wird es gestört?

Wie Wolfe und Sigl zeigen, erheben sich emotionale Schwierigkeiten immer dann, wenn unmittelbares Selbst-Erleben ignoriert oder unterbrochen wird und jemand nur entsprechend vorgefasster Vorstellungen über das Selbst antwortet. Emotionale Schwierigkeiten erheben sich jedoch auch, wenn jemand keine klaren Vorstellungen vom Selbst hat. Patienten, die unter einer „Borderline - Persönlichkeitsstörung“ leiden, haben oft kein klares Empfinden vom Selbst und haben deshalb Schwierigkeiten aus ihren Erlebnissen Bedeutungen zu bilden. Der Großteil der Selbst-Pathologie in Verbindung mit Angststörungen bezieht meist nur eines dieser Extrema ein, nämlich die Unterbrechung des unmittelbaren Selbst-Erlebens, um eine bewährte Selbstansicht vor peinvoller / peinlicher Unstimmigkeit zu bewahren (Wolfe & Sigl, 1998, S. 275).

Genau genommen beginnt der Aufbau des Selbst schon in der frühesten Kindheit. Deshalb ist es so wichtig, zwischen Eltern und Kind entsprechende qualitative Bindungsbeziehungen herzustellen. Sind nun die Bezugspersonen des Kindes verlässlich und haltgebend, werden sie ein positives Selbstbild entwickeln. Die Qualität der Bindungsbeziehung hat entscheidenden Anteil daran, welche Beziehung der Mensch später zu sich selbst und zu seiner Umwelt hat (Eggers, 2005, S. 115). Neurowissenschaftlich kann gesagt werden, dass die Auswirkungen früherer Bindungsstörungen auf die

Entwicklung des Gehirns und der Persönlichkeit im späteren Leben nur schwer zu korrigieren sind (Hüther, 2007, S. 94).

8.12.3 Ursache / Wirkungsfrage bezüglich des Selbstwertes und den Symptomverbesserungen

Die Fachliteratur lässt erkennen, dass mit einer sich bessernden Krankheit der Selbstwert verbessert wird und umgekehrt. Dabei erhebt sich die Frage nach Ursache und Wirkung. Ist ein besseres Selbstkonzept die Ursache dafür, dass eine Störung vermindert oder ganz beseitigt wird oder ist die verminderte/beseitigte Störung die Ursache dafür, dass der Selbstwert / das Selbstkonzept verbessert wird? Was kommt zuerst und was ist die Folge oder ist dies ein gekoppelter Prozess der nur gleichzeitig erfolgen kann? Diese Frage kann vermutlich noch nicht wirklich geklärt werden.

Wird das Gehirn als Organ des Selbstwertes gesehen und demgemäß die neuronalen Schaltungen als Ursache für das jeweilige Empfinden, so müsste bei psychischen Störungen (Schaltungsprobleme der Neuronen) der Prozess gleichzeitig stattfinden. Jede neue Schaltung bringt neue Empfindungen mit sich. Bei organischen Störungen stellt sich der Fall etwas anders dar. Eine Fehlfunktion eines Organs beruht auf einer Fehlfunktion seiner Zellen. Diese stehen oft auf irgendeine Weise mit dem Nervensystem in Verbindung und geben Rückmeldung von Wahrnehmungen oder Signalen an das Gehirn oder empfangen vom Gehirn Signale auf die in irgendeiner Weise reagiert wird.

Oft werden auch chemische Substanzen, zum Beispiel Hormone, als Befehlsübermittler eingesetzt. Hier könnten sich beide Ansichten als wahr erweisen. Einerseits könnte ein krankes Organ auch ohne Einfluss des Gehirns gesunden und die Rückmeldungen des gesunden Organs eine Verbesserung des Selbstwertes bewirken. Andererseits könnte ein verändertes Selbstkonzept neuronale oder auch Hormonale Impulse an ein Organ senden, die zu dessen Genesung beitragen. Erinnert sei an die psychosomatischen Erkrankungen, bei denen keine organischen Fehler / Leiden festgestellt werden können.

8.13 Die Wirkung des Selbstkonzepts legt seine häufigere Verwendung als zentrales Forschungsobjekt nahe

Die psychotherapeutischen Studien der Gegenwart behandeln meist, wie diverse Therapien diese oder jene Krankheit beeinflussen können. Fehlender bzw. geringer Selbstwert wird allerdings nicht als Krankheit oder nur selten als Beschwerde empfunden, und deswegen wird auch kein Psychotherapeut aufgesucht. Dies könnte unter anderem der Grund sein, dass der Selbstwert kaum zum zentralen Objekt einer Studie wird. Dies ist bedauernd, da diese Praxis der Bedeutung, der Wirkung, dem Nutzen und dem Einfluss des Selbstkonzeptes nicht gerecht wird.

Nach Rogers und Dymond (1954), bewirken Therapien positive Veränderungen im Selbst. Zu diesen Veränderungen gehören größeres Selbst-Verständnis, gesteigerte innere Behaglichkeit, größeres Vertrauen und Optimismus, verbesserte Selbst-Leitung und Selbst-Verantwortung, mehr angenehme Beziehungen zu anderen und weniger Notwendigkeit des Selbst-Versteckens. Dombrow (1966) findet einen signifikanten Zusammenhang zwischen der vom Therapeuten gezeigten Empathie und einer Reduktion der Diskrepanz zwischen realem und idealem Selbst heraus. Rogers erkennt, dass die oben erwähnten Ergebnisse nicht auf schizophrene Klienten zutreffen, dies liegt an ihrer inneren Gestörtheit (Rogers, 2004, S. 226). Satz und Baraff (1962) berichten ebenfalls davon, dass bei Patienten mit Schizophrenie eine zunehmende Diskrepanz zwischen realem und idealem Selbst auftritt (Purkey & Stanley, 2002, S. 482).

In der Erziehung sowie in der Sozial-, Klinischen- und Entwicklungs-Psychologie wird ein positives Selbst-Konzept als wünschenswertes Ergebnis betrachtet. Die Forschung behauptet, das Erreichen eines positiven theoretischen Selbst-Konzepts beeinflusse theoretisch das Verhalten, die Entscheidungen, die Bestrebungen und folglich was erreicht wird. Eingriffsprogramme die Kurzzeitänderungen bei gewissen Fertigkeiten erreichen, werden keine Langzeiteffekte haben, wenn nicht die entsprechenden Bereiche des Selbst-Konzepts mitverändert werden (Marsh, 1993, S. 59).

Hierin liegt ein äußerst wichtiger Aspekt, der es verdient näher beleuchtet zu werden. Aus neurowissenschaftlicher Sicht funktioniert Psychotherapie soweit als die neuronalen

Verschaltungsmuster in Richtung größere Funktionalitäten umfunktioniert werden. Allerdings kann dies nur durch die Aktivierung von emotionalen Zentren geschehen. Diese Aktivierung emotionaler Zentren hängt zum einen von den Themen ab, mit denen sich der Klient während einer Therapie auseinander setzt. Zum anderen hängt es vom Therapeuten ab, der das Umfeld schafft, wodurch es dem Klienten ermöglicht wird, seine, des Klienten, emotionalen Zentren in Beziehung zu sich selbst zu bringen. Je besser es dem Therapeuten gelingt, den Klienten emotional zu erreichen umso besser wird die Therapie verlaufen (Hutterer, 2005, S. 16f.). Das Umorganisieren bzw. Weiterentwickeln der neuronalen Verschaltungen wird umso besser gelingen, je besser die Psychotherapie buchstäblich „unter die Haut geht“ (Hüther, 2006, zitiert nach Lux, 2007, S. 38). Die Begegnung des Therapeuten mit dem Klienten auf Augenhöhe, ermöglicht es, dass wie Gendlin es ausdrückt im Klienten ein Gefühl im Körper verspürt wird, ohne gleich wissen zu müssen was es denn eigentlich ist. Aber dieses Spüren, dieser körperliche Führer (felt sense), ermöglicht den Antrieb im emotionalen Zentrum der schlussendlich zu einer Veränderung, zu einem Umlernen, führt (Gendlin, 2007, S. 13). Es ist also die Intensität des in Berührungkommens mit den eigenen auftretenden Emotionen während einer Psychotherapie, die diese von „Erfolg“ krönen oder nicht und nicht der Zeitfaktor, ob eine Therapie nun 30, 20 oder weniger Stunden benötigt hat, um Veränderung im Selbstkonzept erkennbar zu machen. Dabei soll ein gewisses Maß an Erregung nicht überschritten werden.

Das Selbstkonzept ist einer der fünf Faktorenblöcke, die auf die Selbstdarstellung Einfluss nehmen (Leary, 1993, S. 139). Das Selbstkonzept ist weiters ausschlaggebend wie eine Person auf Reize von außen reagiert, wie sie handelt. Wie Forscher behaupten, gebraucht ein Individuum im täglichen Leben nicht die gesamte Struktur, sondern filtert aus seinem riesigen Selbst-Wissen selektiv jene Information heraus, die erforderlich sind, um mit spezifischen Ereignissen oder Erfahrungen umgehen zu können. (Purkey & Stanley, 2002, S. 474). Aus diesen Gründen wäre es zu begrüßen, wenn dem Selbstkonzept in künftigen Studien eine zentralere Bedeutung zugewiesen würde.

8.14 Stärken, Schwächen, Grenzen.

Eine Stärke dieser Arbeit dürfte darin gelegen sein, aus den eher dürftigen Selbstwert- und Selbstkonzeptbezügen, dennoch eine Übersicht herausgefunden zu haben, wie der Selbstwert von der Personzentrierten Psychotherapie beeinflusst wird.

Eine Schwäche mag darin liegen, dass statistischen Belangen etwas zu wenig Augenmerk geschenkt wurde.

Grenzen dieser Arbeit sind durch die Flut an wissenschaftlichen Studien gegeben, so dass bei weitem nicht alle Studien berücksichtigt werden konnten, die zu diesem Thema etwas Wertvolles beisteuern könnte. Die Einbeziehung all dieser Studien würde den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen.

8.15 Empfehlung für weitere Forschung

Eine Untersuchung der Veränderung des Selbstkonzeptes während der Therapie hat zwar Berechtigung, aber im Grunde genommen ist sie im Hinblick auf die Definition des Selbst nach dem Personzentrierten Ansatz zu einschränkend. Rogers schreibt über das Merkmal eines Menschen der sich einer Therapie unterzogen hat, dass dieser Mensch immer mehr entdeckt, dass auf seinen eigenen Organismus Verlass ist, er weiß über seine Gefühle und Impulse bescheid, die er sehr wohl als komplex und widersprüchlich annehmen kann. Der Mensch erkennt, dass es an ihm liegt, Entscheidungen zu treffen, welche da lauten „lebe ich so, dass ich innerlich zufrieden bin, sodass wirklich ich es bin der sich darin äußert?“ (Rogers, 2006, S. 124f).

Das heißt, der Mensch tritt, angetrieben durch die Therapie, in ein Prozesskontinuum ein, dessen er sich selbst bewusst wird. Rogers beschreibt dieses Bestreben als „fully functioning person“ (Rogers, 2007, S. 71; Biermann-Ratjen, Eckert, & Schwartz, 1997, S. 46). Dies allerdings wird als eine Sache von Jahren (Rogers, 2006, S. 159) beschrieben.

Das Selbstkonzept wird auf Basis realer Erfahrungen mit anderen und Erfahrungen mit der inneren Welt der Objekte ständig neu geformt. Eine solch harmonische Welt internalisierter Objektvorstellungen, ermöglicht es, nicht nur bedeutsame andere Menschen

aus dem engsten Familien- und Freundeskreis einzuschließen, sondern auch eine soziale Gruppe sowie eine kulturelle Identität, zu konstituieren eine stets wachsende innere Welt, die im Rahmen des Objektbeziehungssystems des Ichs Liebe, Bestätigung, Halt und Führung zu geben vermag (Biermann-Ratjen, Eckert, & Schwartz, 1997, S.86).

Somit entsteht die Forderung an die Forschung genau an diesem Punkt anzusetzen, nämlich den Menschen in seiner Prozesshaftigkeit und Wirkung des veränderten Selbstwertes in Relation zu etwaigen Störungen bzw. Krankheitsbildern zu untersuchen. Dies erfordert: Klare Hypothesen ausformulieren, weiter sollte das zu untersuchende Klientel eine Therapie vor mehr als 10 Jahre absolviert haben. Als geeignet erschien es, Interviews nach Inghard Langer (2000) zu führen. In der Untersuchung sollte der Frage nachgegangen werden, inwieweit das Wachstum des eigenen Selbstwertgefühls erkannt wurde und welche Auswirkungen es für sie hatte (Frohburg, 2004, S. 205).

„Widerstand verstärkt, Hingabe mildert, Bejahen ist Magie“ (Hermann Hesse).

9 Anhang

9.1.1 Messinstrumente

Die Daten-Erhebung der diversen Studien erfolgte unter anderem mit folgenden Verfahren, Tests, Ratings, Skalen und andere Evaluationen:

- BDI Beck Depression Inventory: Wird vom Patienten selbst beurteilt (Bereich 0 – 63).
- EPI Eysenck Personality Inventory Eysenck (1970); Eggert (1983).
- FPI Freiburger Persönlichkeitsinventar von Fahrenberg, Hampel & Selg. (1994).
- FPI Freiburger Persönlichkeitsinventars von Fahrenberg & Selg (1970) ist ein Faktor-analytisch zusammengesetzter Test aus 9 Primär Skalen und 3 kombinierten Skalen, wobei die letzteren Neurotizismus, Extraversion, und Männlichkeit messen.
- Gesprächspsychotherapie Gießen Test von Beckmann & Richter (1972) ist ein Faktor-analytisch zusammengesetzter Test, dessen „items“ manchmal ausgewählt wurden, um die psychoanalytische Theorie zu reflektieren. Der Gesprächspsychotherapie ermöglicht das reale Selbst und das ideale Selbst zu vergleichen. Der Test wurde manchmal auch genutzt, um die Ansicht des Patienten über die Therapeuten zu erhalten, und wie sich diese im Lauf der Zeit verändert.
- Gesprächspsychotherapie Gießen-Test zur Erfassung von Depression Beckmann, Brähler & Richter (1991).
- Gesprächspsychotherapie-S Giessen Test von Beckmann & Richter (1972) zur Erfassung von Veränderungen im Selbstbild.
- HRSD Hamilton Rating Scale for Depression: Liefert ein klinisches Maß für die Schwere der Depression. Wird von zwei Klinikern beurteilt, deren Ergebnisse zusammengefasst werden.
- IIP Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Willasneno (1988); Horowitz, Strauß & Kordy (1994).
- IMI Impact Message Inventory von Kiesler et al. (1976) Zur Selbsteinschätzung verschiedener Aspekte sozialer Ängstlichkeit wurde der Unsicherheitsfragebogen von Ullrich & Ullrich (1977), zur Fremdeinschätzung von Veränderungen des realen zwischenmenschlichen Verhaltens verwendet.

informelle Problemliste: Zum Nachtest.

Informeller	„Medizinischer Fragebogen“ erfasste Krankheiten, Beschwerden, Behandlungen und Medikation.
ISE	Inventar zur Selbstkommunikation Erwachsener von Tönnies (1986).
ISE	Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene von Tönnies (1982).
KASSL	Kieler Änderungssensitive Symptomliste von Zielke (1979) und diverse andere Beschwerde-Erfassungssysteme.
Klientenerfahrungsbogen etc Erfassung des Psychotherapieprozesses.	
LPS	Leistungsprüfsystem von Horn (1983).
MMPI	Minnesota Multiphasic Inventory von Spreeen (1963).
NBKL	Nachbefragungsbogen für Klienten zur späteren Nachbefragung (4 Monate bis 1,5 Jahre nach Therapieende).
NBPS	Nachbefragungsbogen für Psychotherapeuten zur späteren Nachbefragung (4 Monate bis 1,5 Jahre nach Therapieende).
PF	Persönlichkeitsfragebogen Cattell (1956); Schneewind & Graf (1988).
Q-Technik	Selbstbild- / Idealbild - Q-Sort Block (1961); Butler & Haigh (1954); Frohburg (1970) speziell für die Gesprächspsychotherapie entwickelt.
SAL	Anpassung des Taylor Manifest Anxiety Scale von Spreeen (1961).
SCL-90	Symptom-check-list von Derogatis (1977) als Maß für die Belastung durch psychopathologische Symptome verschiedener Art.
SCL-90-R	Derogatis (1983); Franke (1995).
TSCS	Tennessee Self Concept Scale von Fitts (1965) in einer Übersetzung.
VAS	misst einen Stimmungsbereich zwischen keine Depression und extreme Depression von unabhängigen Beurteilern gemessen.
VEV	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens von Zielke & Kopf-Mehnert (1978).

10 Literaturverzeichnis

- Allport, G. W. (1958). *Werden der Persönlichkeit. Gedanken zur Grundlegung einer Psychologie der Persönlichkeit*. Bern und Stuttgart: Hans Huber.
- Allport, G. W. (1959). *Persönlichkeit. Struktur, Entwicklung und Erfassung der menschlichen Eigenart*. Meisenheim/Glan: Anton Hain.
- Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R., & Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? *Psychotherapeut*, 52 (1), 24-34.
- Beck, A.T., Sokol, L., Clark, D.A., Berchick, R., & Wright, F. (1992). A Crossover Study of Focused Cognitive Therapy for Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149:6, 778-783.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., & Schwartz, H.-J. (1997). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Binder, U. (2007). Psychotisches Leben als psychotherapeutische Herausforderung. In: J. Kriz, & Th. Slunecko (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personzentrierten Ansatzes*. Wien: facultas.wuv Universitätsverlag. (255-268).
- Boeck-Singelmann, C., Schwab, R., & Tönnies, S. (1992). Klientenzentrierte Psychotherapie in Form von Teamtherapie. *Jahrbuch f. Personzentrierte Psychologie u. Psychotherapie*, 3, 9-23.
- Bolz, W., & Meyer, A.-E. (1981). The General Setting. In: A.-E. Meyer (Ed.). *The Hamburg Short Psychotherapy. Comparison Experiment. Psychotherapy and Psychosomatics*. 35, S. 85 -95.
- Borkovec, T.D., & Costello, E. (1993). Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 611-619.

- Brown, J. D. (1993). Self-Esteem and Self-Evaluation: Feeling is Believing. In: J. Suls (Ed.). *Psychological Perspectives on the Self – The Self in Social Perspective*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (S. 27-58).
- Butzkamm, J., Halisch, F. & Posse, N. (1984). Selbstkonzepte und die Selbstregulation des Verhaltens. In: S.-H. Filipp (Hrsg.). *Selbstkonzept-Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven*. Stuttgart: Ernst Klett Verlage.
- Cain, D. J. (2002). Defining Characteristics, History, and Evolution of Humanistic Psychotherapies. In: D.J. Cain and J. Seeman (Eds.). *Humanistic psychotherapies: handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association. (S. 3-54).
- Cooper, H., & Dorr, N. (1995). Narrative Versus Meta-Analytic Reviews: A Rejoinder to Graham's Comment. *Review of Educational Research*, 65 (4), 515-517.
- Di Loreto, A.O. (1971). *Comparative Psychotherapy. An Experimental Analysis*. Chicago: Aldine – Atherton Inc.
- Eckert, J., & Biermann-Ratjen, E.-V. (1998). The Treatment of Borderline Personality Disorder. In: L.S. Greenberg, J. Watson, & G. Lietaer (Eds.). *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: The Guilford Press. (S. 349 – 367).
- Eder, A. (2003). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Wien: Facultas Verlag
- Eggers, Ch. (2005). Beziehungsfähigkeit als Voraussetzung für Friedensfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In: K. Gebauer & G. Hüther, (Hrsg.). *Kinder brauchen Wurzeln. Neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung*. Düsseldorf: Walter Verlag. (S. 107 – 123).
- Elliott, R. (2002). The Effectiveness of Humanistic Therapies: A Meta-Analysis. In: D. Cain, & J. Seeman (Eds.). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: APA. (S. 57 – 81)
- Elliott, R., Davis, K.L., & Slatick, E. (1998). Process-Experiential Therapy for Posttraumatic Stress Difficulties. In: L. S. Greenberg, J. Watson, & G. Lietaer

- (Eds.). *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: The Guilford Press. (S. 249 – 271).
- Elliott, R., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In: M.J. Lambert (Eds.). *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley. (S. 493 – 539).
- Epstein, S. (1984). Entwurf einer Integrativen Persönlichkeitstheorie. In: S.-H. Filipp (Hrsg.). *Selbstkonzept-Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven*. Stuttgart: Ernst Klett Verlage.
- Felson, R. B. (1993). The (Somewhat) Social Self: How Others Affect Self-Appraisals. In: J. Suls (Ed.). *Psychological Perspectives on the Self – The Self in Social Perspective*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (S. 1-26).
- File, N., Hutterer, R., Keil, W., Korunka, Ch., & Macke-Bruck, B. (2008). Forschung in der Klienten- bzw. Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991 – 2008. Ein narrativer Review. In: R. Hutterer & W.W. Keil (Hrsg.). *Person*, 12 (2), S. 5-32.
- Fleming, B.M., & Thornton, D.W. (1980). Brief Reports. Coping Skills Training as a Component in the Short-Term Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (5), 652-664.
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck bei Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Frohburg, I. (2004). Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (3), 196-208.
- Frohburg, I. (2007). Forschung in der Gesprächspsychotherapie. In: J. Kriz, & Th. Slunecko (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personzentrierten Ansatzes*. Wien: facultas.wuv Universitätsverlag. (S. 206 – 220).
- Gendlin, E.T., & Wiltschko, J. (2007). *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Glass, G.V. (1978). Integration Findings: The Meta-Analysis of Research. *Review of Research in Education*, 5, 351 - 379.
- Glass, G.V., McGaw, B., & Smith, M.L. (1981). *Meta-Analysis in Social Research*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Goleman, D. (2007). *Emotionale Intelligenz*. München: Deutscher Taschenbuchverlag GmbH.
- Graham, S. (1995). Narrative Versus Meta-Analytic Reviews of Race Differences in Motivation: A Comment on Cooper and Dorr. *Review of Educational Research*, 65 (4), 509-514.
- Grawe, K. (1990). Vorwort zur Berner Therapievergleichsstudie. In: K. Grawe, F. Caspar, & H. Ambühl (Hrsg.). *Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. Zeitschrift für Klinische Psychologie. Forschung und Praxis*, XIX (4), 293.
- Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie. Forschung und Praxis*, XIX (4), 285-375.
- Greenberg, L.S., & Watson, J. (1998a). Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions. *Psychotherapy Research*, 8 (2), 210-224.
- Greenberg, L.S., Watson, J., & Godman, R. (1998b). Process - Experiential Therapy of Depression. In: L.S. Greenberg, J. Watson, & G. Lietaer (Eds.). *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: The Guilford Press. (S. 227 - 248).
- Grossmann, K.E., & Grossmann, K. (2005). Das eingeschränkte Leben. Folgen mangelnder und traumatischer Bindungserfahrungen. In: K. Gebauer & G. Hüther (Hrsg.). *Kinder brauchen Wurzeln. Neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung*. Düsseldorf: Patmos Verlag. (S. 35 – 63).
- Hüther, G. (2005). *Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.

- Hüther, G. (2007). Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Hutterer, R. (1998). Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität einer interdisziplinären Denkrichtung. Wien: Springer Verlag.
- Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärung und Problematisierungen. *Person*, 1, 1-21.
- Kazdin, A.E. (1994). Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research. In: A.E. Bergin, & L. Garfield (Eds.). Library of Congress Cataloging in Publication Data: Handbook of psychotherapy and behavior change. Canada: John Wiley & Sons, Inc. (S. 31 - 34).
- Keil, S. (1996). The Self as a Systemic Process of Interactions of "Inner Persons". In: R. Hutterer, G. Pawlowsky, P.F. Schmid, & R. Stipsits (Eds.). Client-Centered and Experiential Psychotherapy. Frankfurt am Main: Peter Lang. (S. 53 – 66).
- Keil, W.W., & Stumm, G. (2002). Das Profil der Klienten-/ Personenzentrierten Psychotherapie. In: W.W. Keil, & G. Stumm (Hrsg.). Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. Wien: Springer. (S. 1 - 62).
- King, M., et al. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. *BMJ*, 321, 1383-1388.
- Kirschenbaum, H. (2007). The Life and Work of Carl Rogers. Trowbridge, UK: Cromwell Books.
- Kriz, J., & Slunecko, Th. (2007). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personenzentrierten Ansatzes. Wien: facultas.wuv Universitätsverlag.
- Langer, I. (2000). Das Persönliche Gespräch als Weg in der psychologischen Forschung. Köln: GwG-Verlag.

- Leary, M. R. (1993). The Interplay of Private Self-Processes and Interpersonal Factors in Self-Presentation. In: J. Suls (Ed.). *Psychological Perspectives on the Self – The Self in Social Perspective*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (S. 127-156).
- Lux, M. (2007). *Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Marsh, H. W. (1993). Academic Self-Concept: Theory, Measurement, and Research. In: J. Suls (Ed.). *Psychological Perspectives on the Self – The Self in Social Perspective*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (S. 59-98).
- Meyer, A.-E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. In: K. Grawe, F. Caspar, & H. Ambühl (Hrsg.). *Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. Zeitschrift für Klinische Psychologie. Forschung und Praxis*, XIX (4), 287-291.
- Meyer, A.-E., & Bolz, W. (1981). Foreword and Introduction. In: A.-E. Meyer (Ed.). *The Hamburg Short Psychotherapy. Comparison Experiment. Psychotherapy and Psychosomatics*. 35, S. 81 -84.
- Mummendey H.D. (2006). *Psychologie des Selbst – Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG
- Naudascher, B. (1980). *Das übergangene Selbst. Pädagogische Perspektiven zur Selbstkonzeptforschung*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Neumann, U. (2005). Die unsichtbare Wirksamkeit emotionaler Beziehungen zwischen Kindern und ihren Erziehern. In: K. Gebauer & G. Hüther (Hrsg.). *Kinder brauchen Wurzeln. Neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung*. Düsseldorf: Patmos Verlag. (S. 144 - 164).
- Oerter, R. (1998). Kindheit. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Oyserman, D., Markus H. R. (1993). The Sociocultural Self. In: J. Suls (Ed.). Psychological Perspectives on the Self – The Self in Social Perspective. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (S. 187-220).
- Purkey, W. W., & Stanley, P. H. (2002). The Self in Psychotherapy. In: D.J. Cain and J. Seeman (Eds.). Humanistic psychotherapies: handbook of research and practice. Washington, DC: American Psychological Association. (S. 473-498).
- Richter, R. (2001). Soziologische Paradigmen. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Rogers, C.R. (2004). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer Verlag GmbH, 18. Auflage.
- Rogers, C.R. (2005). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer Verlag GmbH, 17. Auflage.
- Rogers, C.R. (2006). Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Donauwörth: Ludwig Auer GmbH, 16. Auflage.
- Rogers, C.R. (2007). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG, 3. Auflage.
- Sachse, R. (1998). Goal-Oriented Client-Centered Psychotherapy of Psychosomatic Disorders. In: L.S. Greenberg, J. Watson, & G. Lietaer (Eds.). Handbook of Experiential Psychotherapy. New York: The Guilford Press. (S. 295 - 327).
- Scheller, R. & Heil, F.E. (1984). Berufliche Entwicklung und Selbstkonzepte. In: S.-H. Filipp (Hrsg.). Selbstkonzept-Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven. Stuttgart: Ernst Klett Verlage.
- Schmid, P. (2002). Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung. In: W.W. Keil, & G. Stumm (Hrsg.). Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. Wien: Springer. (S. 75 - 105).
- Shaw, B.F. (1977). Comparison of Cognitive Therapy and Behavior Therapy in the Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45 (4), 543-551.

- Speierer, G.-W. (2000). Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG-Verlag.
- Streeck-Fischer, A. (2005). Gezeichnet fürs Leben – Auswirkungen und Misshandlung und Missbrauch in der Entwicklung. In: K. Gebauer & G. Hüther (Hrsg.). Kinder brauchen Wurzeln. Neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung. Düsseldorf: Patmos Verlag. (S. 79 - 89).
- Stuhr, U., Meyer, A.-E., & Bolz W. (1981). Outcome Results in Psychological Tests. In: A.-E. Meyer (Ed.). The Hamburg Short Psychotherapy. Comparison Experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 35, S. 138 – 198.
- Tarrier, N., et al. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ*, 317, 303-307.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy E., Humphreys, L.L., & Wittkowski, A. (2000). Two-Year Follow-Up of Cognitive-Behavioral Therapy and Supportive Counseling in the Treatment of Persistent Symptoms in Chronic Schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 917-922.
- Teusch, L., Böhme, H., & Gastpar, M. (1997). The Benefit of an Insight-Oriented and Experiential Approach on Panic and Agoraphobia Symptoms. Results of a Controlled Comparison of Client-Centered Therapy Alone and in Combination with Behavioral Exposure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 293-301.
- Trautner, H. M. (1984). Der Beitrag der Selbstkonzept-Forschung zur Erklärung sozial abweichenden Verhaltens. In: S.-H. Filipp (Hrsg.). Selbstkonzept-Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven. Stuttgart: Ernst Klett Verlage.
- Tscheulin, D. (1983). Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie. Weinheim: Beltz.
- Tscheulin, D. (1992). Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention. Göttingen: Verlag für Psychologie, Hogrefe.

Wolfe, B.E., & Sigl, P. (1998). Experiential Psychotherapy of the Anxiety Disorders. In: L.S. Greenberg, J. Watson, & G. Lietaer (Eds.). Handbook of Experiential Psychotherapy. New York: The Guilford Press. (S. 272 - 294).

Internetquellen

Mestel, R. (2006). Beschreibung der Standard-Testverfahren in qstests. <http://www.qstests.de/info/Testbeschreibung.pdf#page=20>, (Heruntergeladen am 28.8.2009, 10:21 Uhr)

11 Zusammenfassung

Das Selbstkonzept ist ein wesentlicher Aspekt des Menschen. Dieser Beitrag untersucht welche Antwort die Forschung bezüglich der Änderung des Selbstwertes / Selbstkonzepts durch eine Personzentrierte Psychotherapie erfährt. Eine umfassende Studie zum Selbstwert wurde von Rogers und seinen Mitarbeitern in den 50er Jahren durchgeführt. Psychotherapiestudien befassen sich meist mit der Behandlung von Krankheiten oder Störungen.

Das Selbstkonzept steht für den gesamten Menschen, somit wird durch eine Psychotherapie konsequenterweise ein Prozess der Veränderung angetrieben. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen wesentliche Einzelaspekte des Änderungsprozesses auf, es wird aber letztendlich nur spärlich auf die Korrelation mit dem Selbstwert hingewiesen. Die Grundlage des Erlebens und Verhaltens eines Menschen sind durch die Verschaltungen der Neuronen bedingt. Daraus wird erkennbar, dass die Veränderungen des Selbstwertes durch die Personzentrierte Psychotherapie offenbar Langzeitwirkung haben, wobei diesbezüglich noch weitere Studien notwendig wären. Eine interdisziplinäre Zusammenschau zwischen dem Fachgebiet der Personzentrierten Psychotherapie und der Neurowissenschaft mag eine durchaus befruchtende Symbiose darstellen.

12 Summary

Self concept is an essential part of a human being. This review examines which answers are given by research on a change of self-esteem/self concept by person-centered-therapy. Rogers and his team did a comprehensive study about self-esteem in the nineteen-fifties. Studies about psychotherapies usually concern treatment of diseases and irritations.

As self-concept represents the whole person, psychotherapy will promote a process of change. Scientific examinations reveal essential aspects of this process of change. The basis of human experience and behaviour is laid by connections between neurons. This suggests that changes of self-esteem by person-centered therapy may exist for a long time though further studies on this item are still needed. This paper argues in favour of further interdisciplinary co-operations, which promise future favourable developments or even symbiotic effects.

13 Lebenslauf

Simone Kienzl
geb.: 19.03.1967, Österreich
verheiratet, zwei Kinder

Schulbildung:

1973- 1977	Volksschule in Baden
1977-1981	Übungshauptschule in Baden
1981-1985	Fachschule für Damenkleidermacher in Baden
2000 - 2002	Berufsreifeprüfung in Wien
ab 2003	Studium der Bildungswissenschaft mit den Schwerpunkten: Heilpädagogik und Integrative Pädagogik, Sozialpädagogik, Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie nach C. R. Rogers
2005/06	Ausbildung zum Holistic-Practitioner nach APÄDO
2007	Fernlehrgang für Erziehung an der Hamburger Akademie
2008	ausgebildete Tagesmutter nach dem Konzept des Vereines: Projekt Tagesmütter Burgenland
2008	praktizierende Hospizhelferin, sowie am Aufbau des Hospizdienstes im Bezirk Mattersburg beteiligt
ab 2008	I. A.: Beraterin für Menschen mit besonderen Bedürfnissen nach dem Personzentrierten Ansatz
2008	Lerntrainerin in einer Hauptschule
ab 2009	Sonderschullehrerin, sowie Behindertenbetreuerin