

Gert-Walter Speierer

Das Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit¹

Zusammenfassung: *Vielfältige Konzeptionen des Selbst und deren salutogene und pathogene Aspekte außerhalb und innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes werden thematisiert. Es wird dargestellt, wie diese im differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie repräsentiert, differenziert und operationalisiert werden. Ihre ökonomische Erfassung mit dem Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI), das die Daten der Untersuchung liefert, wird erläutert. Im empirischen Teil werden fünf theoretisch begründete Erwartungen in 8 Hypothesen überprüft. Dazu werden die Ressourcen des Selbst und kongruente Selbsterfahrung, die Belastung durch Inkongruenzquellen, Inkongruenzfolgesymptome und Leitsymptome psychischer Störungen bei 503 Patienten und 445 Nichtpatienten nach ihrem Ausprägungsgrad und in ihren Beziehungen untereinander verglichen. Die Annahmen der Gesprächspsychotherapie zum Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit werden als statistisch hochsignifikant und klinisch relevant bestätigt.*

Stichwörter: *Selbst, salutogene und pathogene Aspekte, empirische Analyse, Personenzentrierter Ansatz*

Abstract: **The self as guarantor and troublemaker of psychic health.** *Concepts of the Self and their salutogenic and pathogenic aspects from outside and within the PCA are listed. Their representations in the "Differenzielle Inkongruenz Modell der Gesprächspsychotherapie" can be economically measured by the "Regensburger-Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI)", a questionnaire for self assessment. It provides the empirical data of the investigation. Five expectations on salutogenic and pathogenic self-aspects are tested by eight hypotheses on the relationships between healthy resources, self-congruent experiences, disturbance by sources and symptoms of incongruence, and main symptoms of DSM-Axis-I disorders. The results of N=503 patients and N=445 non-patients are compared. Results confirm the tested assumptions on the self as a guarantor and as well a troublemaker of psychic health by statistically highly significant and clinically relevant correlations.*

Keywords: *Self, salutogenic and pathogenic aspects, empirical analysis, person-centered approach*

1. Konzeptionen des Selbst

Von der zu vernachlässigenden „blackbox“ des frühen Behaviorismus (Watson, 1924) über die Metapher des „dummen August“, der zwar agiert aber nichts bestimmt (Freud & Jung, 1974) bis zur autonomen Mitte der Persönlichkeit in der humanistischen Psychologie steht das Konzept des Selbst beispielhaft für Gegensätze und den Wandel der psychologischen Anschauungen im 20. Jahrhundert. Die Frage nach dem Selbst als Hüter und Störenfried der seelischen Gesundheit ist daher – zumindest im Bereich der Psychotherapie –

ernsthaft erst im Zusammenhang mit dem humanistischen Menschenbild zu sehen, in dem die Entwicklung des Menschen mit einer sozialverträglichen Selbstverwirklichung ihr höchstes Ziel und Richtung erhielt.

Zu dem für die humanistische Psychologie und damit auch für die Gesprächspsychotherapie zentralen Konstrukt des Selbst sind freilich in etwa gleichzeitig zahlreiche Konzeptionen und Bestimmungen des Selbst oder mit Bezug zum Selbst, bzw. der personalen Identität des Menschen und mit mehr oder weniger deutlichen Implikationen für die psychische und körperliche Gesundheit formuliert worden, beispielsweise:

Biologische und entwicklungspsychologische Ansätze: Gleichgewicht und Homöostase als Garant von Gesundheit, Ungleichgewicht als Störungsmerkmal, das Selbst als (offenes) System mit Offenheit

¹ Überarbeitete Version eines Vortrags anlässlich des Kongresses: Gestaltende und vermittelnde Prozesse, Selbstorganisation in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie Salzburg 17.–19. September 2004

und Flexibilität als salutogenen, Geschlossenheit und Rigidität als pathogenen Charakteristika, Entwicklung und Wachstum als gesunde, Stagnation und Regression als gestörte Entwicklungstendenzen, Kontinuität und Diskontinuität (Gestaltwandel) mit sowohl salutogenen wie pathogenen Potenzialen. Stufen der Identitätsbildung (Erikson, 1968) sowie Entwicklungsstufen und Krisen des Selbst (Kegan, 1982) wurden vorgestellt: Wachstum und das zeitgerechte Erreichen von bestimmten Wissensinhalten und Erfahrungen, moralischen Vorstellungen, Bedeutungen und weiterer kultureller Repräsentationen im Selbst waren Voraussetzung der Bewältigung von Aufgaben der Selbstwerdung und Weiterentwicklung, die in verschiedenen Lebensaltern gefordert wurden. Sie sicherten auch die seelische Gesundheit. Eine verzögerte, nicht zeitgerechte oder stagnierende Entwicklung, zusammen mit dem Fehlen einer einbindenden Kultur, wurden als Risiko- und Störfaktoren der seelischen Gesundheit benannt.

Psychologische Aussagen über das Selbst als Subjekt und Objekt und in seinen kommunikativen Eigenschaften: Das denkende, fühlende, handelnde Subjekt, das wahrnehmende, erfahrende, erlebende Subjekt, das kommunizierende, interagierende und bewertende Selbstsubjekt, das Objekt von (Selbst)beobachtung, (Selbst)reflexion und (Selbst)bewertung. Keine der genannten Funktionen des Selbst ist mit Bezug auf die seelische Gesundheit eindeutig bestimmbar. Aus der Analyse der menschlichen Kommunikationsformen und ihrer Störungen konnten orthodoxe Kommunikation als Garant und paradoxe Kommunikation als Störfaktor der seelischen Gesundheit postuliert werden (Watzlawick et al., 1967). Zusätzlich wurden funktionale Erfahrungsbewertung und Selbstkommunikation als Garant und dysfunktionale Erfahrungsbewertung und Selbstkommunikation als Störungsquelle seelischer Gesundheit betont (z. B. Beck, 1976).

Neuere Darstellungen zum Selbst können kognitiven, systemtheoretischen und postmodernen Ansätzen zugeordnet werden: Das Selbst-Aspekt-Modell etwa diskutiert die Sozialgenese von individuellen und kollektiven Aspekten der Selbstinterpretation. Selbstkomplexität wird als Schutzfaktor(en) der seelischen Gesundheit angesehen (Simon & Mummendey, 1997). Das systemische Selbst kann die Chancen von Autopoiese und Chaos zur gesunden Selbstorganisation nützen und muss dabei deren pathogene Risiken berücksichtigen (Kießling, 1998). Eine der postmodernistischen Perspektiven befasst sich mit dem Phänomen der Erosion des Selbst als selbstverständlicher und beständiger Mittelpunkt des Individuums. Soziale Übersättigung führe zur Auflösung einer einheitlichen Identität und des Selbst zur „pastiche personality“ vor allem bei Jugendlichen. Sie ist durch in kürzeren Zeitabständen und in verschiedenen Kontexten wechselnde Selbstimitate, Selbstplagiate oder Persiflagen von vorzugsweise durch die technologischen Medien vermittelten Selbstidolen gekennzeichnet. Sie wird sowohl als zeitgemäße Chance wie als Gefährdung der Selbstbehauptung angesehen (Gergen, 2002, Cote & Levine, 2002).

2. Das Selbst im Personzentrierten Ansatz

Rogers (1959) postulierte das erfahrungsoffene, soziale, kommunikative, autonome und kongruente Selbst als Idealtypus der „fully functioning person“. Selbstentfremdung von der organismischen Aktualisierung betrachtete er als entscheidenden Störfaktor der seelischen Gesundheit.

Gendlin (1964) definierte das Selbst als Prozess: Der adäquate kommunikative Zugang zum impliziten Erleben kann danach als zumindest *ein* Garant der seelischen Gesundheit, ein inadäquater oder fehlender Zugang zum impliziten Erleben als pathogener Störfaktor angesehen werden.

Kriz (1989) hebt aus der Sicht einer Personzentrierten Systemtheorie das Selbst und sein Erleben in der kommunikativen Vernetzung mit der Gesellschaft und zum Körper hervor. Die Unbeschränktheit der afferenten, efferenten und selbstreferenziellen Kommunikation wird dann als Garant, deren Einschränkung als Störfaktor der seelischen und körperlichen Gesundheit bedeutsam.

Speierer (1994, 2002, 2005) differenzierte im Differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie das Selbst und mit ihm mehrere Varianten einer selbstverträglichen Erfahrungsbewertung als Garanten und ebenso mehrere Arten selbstunverträglicher Erfahrungsbewertung als Störfaktoren der seelischen Gesundheit. Als Grundlage des empirischen Teils werden sie nachstehend erläutert.

3. Das Selbst im Differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie (DIM)

Bereiche des Selbst: Nach dem DIM ist die Bewertung von Erfahrungen die für die Psychotherapie entscheidende Funktion des Selbst. Es integriert drei Bereiche, der erste besteht rudimentär bereits vor, spätestens aber bei der Geburt eines Menschen aus organismischen angeborenen oder dispositionellen Anteilen und Erfahrungsspuren. Der zweite Bereich entsteht in der Beziehung mit den für jeden Menschen bedeutenden Personen in Form der sozialkommunikativen Anteile, darunter die Wert- und Bewertungsintroyekte sowie die Erfahrungsrepräsentanzen des Selbst. Dazu kommen als dritter Bereich alle im Lebenslauf in das Selbst aufgenommenen lebensereignisbedingten Erfahrungen mit ihren Bewertungsimplikationen und Lebensgestaltungsschemata.

Ressourcen des Selbst sind Selbstvertrauen, Kongruenzfähigkeit, Inkongruenzbewältigungsstrategien, Inkongruenztoleranz und selbstkongruente d. h. selbstverträgliche vor allem sozial kommunikative Erfahrungen.

Multiple Inkongruenzquellen belasten und stören das Selbst: Defizitäre sozialkommunikative Beziehungserfahrungen in der Gegenwart und Vergangenheit, dispositionelle angeborene und störungsspezifische Vulnerabilität und personferne Störungsursachenattribution, sozial- und nicht sozial bedingte selbstbedrohliche

Lebensereignisse, unrealistische Lebensmaximen, eine personnahe Störungsursachenattribution, schließlich eine negative Zukunftsperspektive.

Das aktuelle Selbst (Selbstkonzept) ist das lebenslang mehr oder weniger veränderliche Amalgam aus dem Gesamt der selbstbedeutsamen selbstverträglich oder selbstbedrohlich bewerteten bisherigen und vorgestellten künftigen Erfahrungen mit seinen Folgen für das Verhalten des Individuums in Form von expliziten und impliziten Dispositionen und Regularien für die Erfahrungsbewertung, das Denken, Fühlen, die Körperreaktionen sowie das Handeln im individuellen, sozialen, gesellschaftlichen und ökologischen Kontext.

Die Kongruenztheorie der Gesundheit des DIM betont die subjektive Selbstverträglichkeit von Erfahrungen. Sie garantiert ein gesundes seelisches und psychosomatisches Befinden. Bei gesunden Personen überwiegen selbstkongruent bewertete Erfahrungen die ebenfalls regelmäßig vorhandenen selbstinkongruenten Erfahrungsanteile.

Die Inkongruenztheorie der psychischen Störungen des DIM betont subjektive Selbstunverträglichkeit oder Selbstbedrohlichkeit von Erfahrungen als pathogenen Risikofaktor der seelischen und in psychosomatischer Hinsicht auch der körperlichen Gesundheit. Überwiegen selbstinkongruente Erfahrungen, resultieren vielfältige Inkongruenzsymptome in den Bereichen Kontrollverlust (Plussymptomatik), Einschränkungen (Minussymptomatik) und Insuffizienzerleben (Minderwertigkeit).

Kompatibilität des DIM: Zahlreiche Aspekte der genannten Konzepte des Selbst und deren salutogene wie pathogene Implikationen sind im DIM berücksichtigt oder mit seinen Annahmen vereinbar.

4. Die Inkongruenzanalyse und Operationalisierungen selbstrelevanter Merkmale und Bereiche im RIAI

Die theoretischen Annahmen zum Selbst, zur seelischen Gesundheit, zur Psychopathologie und zur Psychotherapie wurden zunächst in Form von Patientenaussagen und Patientenerfahrungen in einem Kategoriensystem operationalisiert und an Therapietranskripten für Nichtpatienten (Lehrtherapien) und Patienten (in der Gesprächspsychotherapie) exemplarisch dargestellt und überprüft (Speierer, 1994). Mit dem Regensburger Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI) wurde ein für die Inkongruenzanalyse geeigneter Fragebogen entwickelt und standardisiert (Speierer, 1997; 1998; Speierer et al., 1999). Er ermöglicht, das Erleben in der Gegenwart und in der Vergangenheit einschließlich der Kindheit mit 15 Merkmalskalen [R(iai)-1 bis R(iai)-15] und 9 Bereichsskalen (R(iai)B1 bis R(iai)B9 und R(iai)C4 bis R(iai)C7] in den theoretisch und für die therapeutische Praxis bedeutsamen Anteilen des Selbst ökonomisch zu erfassen. Für die salutogenen Ressourcen des Selbst stehen 3 RIAI-Skalen (R13, R14, RB1), für die gegenwärtigen gesunden

kongruenten Erfahrungen 1 Skala (R15), für gesunde Gesamterfahrung 1 Skala (RB2) zur Verfügung. Die Inkongruenzquellen werden in 6 Merkmalskalen (R1 bis R6) und 1 Bereichsskala (RB4/RC4) differenziert. Die seelischen und körperlichen Inkongruenzfolgesymptome sind in je 3 Skalen für die gegenwärtigen Erfahrungen (R7, R9, R11) und einer Bereichsskala (RB5/RC5) und parallel dazu für die Erfahrungen in Vergangenheit und Kindheit repräsentiert (Skalen R8, R10, R12 und RB6/RC6). Alle Inkongruenzsymptomerfahrungen sind zusätzlich in der Bereichsskala RB7/RC7 zusammengefasst. Leitsymptome psychiatrisch definierter seelischer Störungen werden getrennt nach Erfahrungen in der Gegenwart sowie Vergangenheit und Kindheit in den Bereichsskalen RB8 und RB9 dargestellt. Das RIAI lieferte die Daten des folgenden empirischen Teils. (Für Gütekriterien und Normen s. Speierer, 2005).

5. Empirische Untersuchung

5.1 Erwartungen und Hypothesen:

Wenn das Selbst zu Recht im Personenzentrierten Ansatz und dem DIM eine Schlüsselstellung bei der Aufrechterhaltung und Gefährdung der seelischen Gesundheit einnimmt, sollten einige Erwartungen einer empirischen Überprüfung standhalten:

5.1.1 Die Selbstaussagen und Erfahrungen von Patienten und Nichtpatienten sollten sich bedeutsam unterscheiden:

Salutogene Ressourcen des Selbst (RB1) und selbstkongruente Erfahrungen (R15) sollten bei Nichtpatienten stärker ausgeprägt sein. (Hypothese 1)

Pathogene Belastungen durch Inkongruenzquellen (RC4, R1-R6) sollten bei den Patienten stärker sein. (H 2)

Inkongruenzfolgesymptome (RC7) sollten Patienten stärker belasten. (H 3)

Leitsymptome psychischer Störungen (RB8) sollten Patienten stärker belasten. (H 4)

5.1.2 Die Beziehungen zwischen den gesunden Ressourcen des Selbst (RB1) und gegenwärtigen kongruenten Erfahrungen (R15) sollten bedeutsam positiv sein:

Bei Patienten werden engere positive Beziehungen zwischen Ressourcen und gesunden Erfahrungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 5)

5.1.3 Die Beziehungen zwischen dem Gesamt der Ressourcen (RB2) und Belastungen durch Inkongruenzquellen (RC4), Inkongruenzsymptomen (RC7) und Leitsymptomen psychischer Störungen (RB8) sollten negativ sein:

Bei Patienten werden engere negative Beziehungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 6)

5.1.4 Die Beziehungen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) und Inkongruenzsymptomen (RC7) sowie Leitsymptomen seelischer Störungen (RB8) sollten positiv sein:

Bei Patienten werden engere Beziehungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 7)

5.1.5 Die Beziehungen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) und gesunden Anteilen des Selbst (RB1) sowie kongruenten Erfahrungen in der Gegenwart (R15) sollten negativ sein:

Bei den Patienten werden engere negative Beziehungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 8)

5.2 Stichproben und Untersuchungsmethoden

Zur Prüfung der Erwartungen und Hypothesen standen 2 Stichproben zur Verfügung: Stichprobe 1: N = 503 Patienten ohne bzw. vor Beginn einer Gesprächspsychotherapie

Stichprobe 2: N = 445 Nichtpatienten

Die demografischen Merkmale und Diagnosen der Patienten sind in Tab. 1 dargestellt

Als Untersuchungsinstrument wurde das RIAI verwendet. (Speierer, 1997; Speierer et al., 1999). Die Testauswertung erfolgte mit einer für das RIAI erstellten Auswertungssyntax für das SPSS. Zur Prüfung der Hypothesen wurden die im SPSS (Bühl & Zöfel, 1998) verfügbaren Methoden der Datenverarbeitung verwendet. Die benutzten Testverfahren sind in den Abbildungen aufgeführt.

5.3 Ergebnisse

Die Methoden und Ergebnisse zur Prüfung der Hypothesen sind in den Abb. 1 bis 5 dargestellt.

5.4 Diskussion und Interpretation

Die Annahmen zum Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit, die aus der personenzentrierten Theorie und dem Differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie abgeleitet werden können, haben in dieser Untersuchung einer empirischen Überprüfung in vollem Umfang Stand gehalten.

Sie dürfen als zutreffend für Patienten mit psychischen Störungen unterschiedlicher Art angesehen werden. Eingeschlossen sind vor allem Patienten mit Alkoholabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, neurotischen Störungen und PTSD,

Tab. 1: 503 Patienten und 445 Nichtpatienten im Vergleich

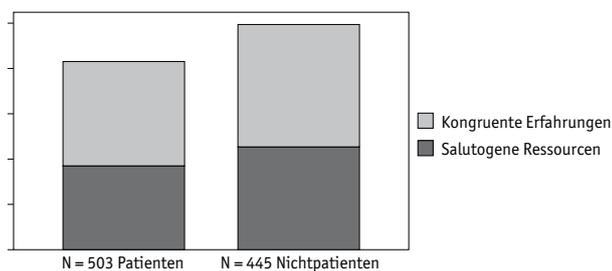
	Stichprobe 1 505 Patienten vor einer Psychotherapie = 100 %	Stichprobe 2 445 Nichtpatienten = 100 %
Geschlecht		
Frauen	44,3 %	65,4 %
Männer	55,7 %	34,6 %
Alter (MW)		
Alter (SD)	41 J.	38 J.
Altersbereich	10 J.	10 J.
	20–67 J.	19–61 J.
Familienstand		
ledig	39,6 %	58,9 %
verheiratet	37,8 %	32,6 %
geschieden/ getrennt	20,5 %	7,3 %
verwitwet	2 %	1,9 %
Lebenssituation:		
alleine lebend	31,1 %	26,7 %
in Familie lebend	33,1 %	33,0 %
in Ehe/Partnerschaft lebend	23,2 %	29,7 %
in Wohngemeinschaft lebend	12,6 %	10,6 %
Schulbildung:		
Hauptschule	39,3 %	6,4 %
Mittlere Reife	28,4 %	21,9 %
Gymnasium	5,2 %	2,6 %
Abitur	13,9 %	38,9 %
Studium ohne Abschluss	3,5 %	5,7 %
Studium mit Abschluss	9,7 %	24,5 %
Beruf:		
Fach(arbeiter)	39,4 %	6,9 %
Angestellte	42,9 %	52,0 %
Beamte	4,7 %	8,4 %
Selbständige	7,6 %	5,9 %
Student/in	3,7 %	26,8 %
Hausfrau/Hausmann	1,7 %	nicht erfragt
Beschäftigung:		
dzt. berufstätig einschl. Studium	44,8 %	49,7 %
ohne berufliche Tätigkeit	55,2 %	50,3 %
ICD-10-Diagnosegruppen		
Alkoholpatienten	48,7 %	entfällt
Drogenpatienten	9,7 %	
Schizophreniepat.	0,0 %	
Depressive Pat.	12,8 %	
Neurot. Patienten und PTSD Pat.	13,9 %	
Somatisierungsst. und psychosomatische Pat.	9,3 %	
Essstörungen u. Sexualstörungen	3,6 %	
Pat. mit Persönlichkeitsstörungen	16,8 %	
	davon 15,6 %	
	als Komorbidität	

depressiven Störungen, Drogenabhängigkeit, Somatisierungsstörungen und psychosomatischen Störungen, Essstörungen und Sexualstörungen.

Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen zu den Hypothesen 1 bis 4: Das Selbst der Patienten verfügt tatsächlich über weniger salutogene Ressourcen und macht weniger gesunde selbstkongruente Erfahrungen als das Selbst der seelisch Gesunden. Es kann seine Aufgaben als Hüter der Gesundheit nicht oder nur ungenügend erfüllen. (Abb.1)

Abb. 1, Ergebnisse zu Hypothese 1: Mehr salutogene Ressourcen des Selbst (RB1) und selbstkongruente Erfahrungen (R15) bei Nichtpatienten.

Methode: T-Test für unabhängige Stichproben. Eingegeben sind die Gruppenmittelwerte der Erlebnisstärke in den bezeichneten RIAI-Skalen. Die Hypothese wird nicht widerlegt.



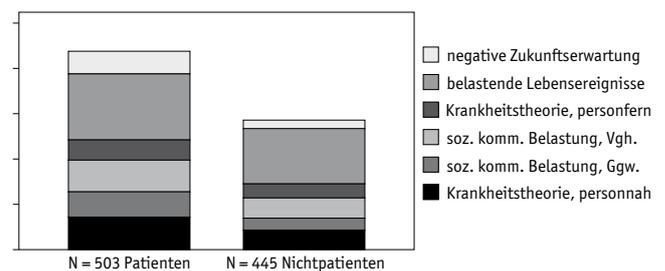
Daten: RIAI Individ. Erlebniswerte. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Stattdessen ist die Selbsterfahrung der Patientinnen und Patienten wiederum im Vergleich zu Nichtpatienten erheblich stärker belastend durch das Gesamt und jede einzelne der im DIM differenzierten Inkongruenzquellen. Im Intergruppenvergleich werden die vergleichsweise größten Mehrbelastungen durch eine meist durch Lebensereignisse oder durch die Lebenserfahrung (mit)bedingte negative Zukunftsperspektive hervorgerufen. Danach rangiert eine personnahe Störungstheorie mit vorzugsweise sozialkommunikativ entstandenen, negativ generalisierenden Wert- und Bewertungsintroyekten gegenüber dem eigenen Denken, Fühlen und Handeln. Die gegenwärtigen sozialkommunikativen Erfahrungen belasten das Selbst der Patienten vergleichsweise mehr als die Erfahrungen in der Vergangenheit und Kindheit, die Nichtpatienten mehr belasten. Nach ihrer Stärke innerhalb der sechs Inkongruenzquellen belasten Lebensereignisse das Selbst von Patienten wie Nichtpatienten am meisten und „ziemlich stark“ (Nichtpatienten) bis „stark“ (Patienten). Dieses überraschende Ergebnis kann nach dem DIM und den empirischen Untersuchungsergebnissen folgendermaßen verstanden werden: Erstens, selbst die stärkste Inkongruenzquelle wird erst dann pathogen, wenn weitere Inkongruenzen aus anderen Quellen hinzukommen und diese sich gegenseitig aufschaukeln. Zweitens, Störungssymptome entstehen erst dann, wenn bei starkem Inkongruenzerleben der Einsatz der Inkongruenzbewältigungsstrategien, über die jede Person aufgrund der angeborenen Aktualisierungstendenz und ihren primären und sekundären Sozialisations- und anderen Lebenserfahrungen verfügt, nicht mehr bewirken kann, dass eine selbstverträgliche Lösung gefunden wird,

bei der die individuelle Inkongruenztoleranz(schwelle) nicht überschritten wird. Wie die Ergebnisse zeigen, erfüllen die Patienten beide Voraussetzungen. Sie haben eine Mehrbelastung durch multiple Inkongruenzquellen und geringere gesunde Gesamtressourcen (weniger Selbstvertrauen, weniger Inkongruenzbewältigungsstrategien und weniger selbstverträgliche Erfahrungen). Sie erfahren sich daher öfter im Zustand der krank machenden Inkongruenz mit Selbstüberforderung und Selbstbedrohung. (Abb. 2)

Abb. 2, Ergebnisse zu Hypothese 2: Patienten sind durch Inkongruenzquellen (RC4/R1-6) mehr belastbar als Nichtpatienten.

Methode: T-Test für unabhängige Stichproben. Eingegeben sind die Gruppenmittelwerte der Erlebnisstärke in den bezeichneten RIAI-Skalen. Die Hypothese wird für die Inkongruenzquellen-Gesamtbelastung nicht widerlegt.



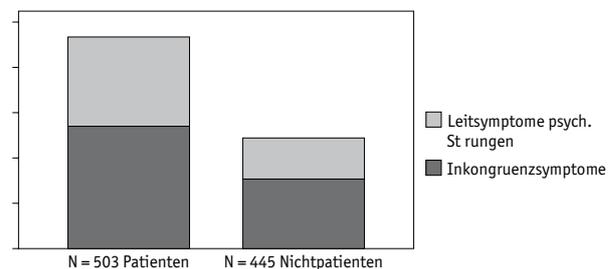
Daten: RIAI Individ. Erlebniswerte. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Die Folgen der nicht nur erhöhten sondern auch unbewältigten Inkongruenz sind, wie erwartet, einerseits die Inkongruenzsymptome, andererseits die Symptome der in der ICD (Dilling et al., 1991) bzw. im DSM (Saß et al., 1996) definierten psychischen Störungen. In beiden Bereichen sind die Werte der Patienten gegenüber den Nichtpatienten hoch signifikant erhöht. (Abb. 3)

Abb. 3, Ergebnisse zu den Hypothesen

H3: Patienten sind durch Inkongruenzsymptome (RC7) und H4: Pat. sind durch Leitsymptome psychischer Störungen (RB8) mehr belastet als Nichtpatienten.

Methode: T-Test für unabhängige Stichproben, eingegeben sind die Gruppenmittelwerte der Erlebnisstärke in den bezeichneten RIAI-Skalen. Die Hypothesen werden nicht widerlegt.



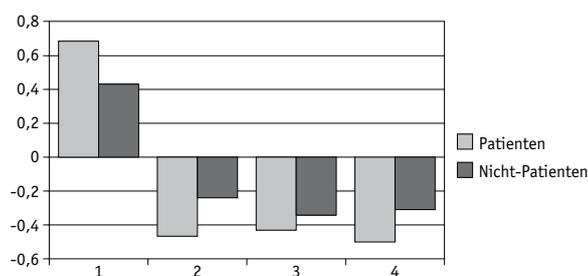
Daten: RIAI Individ. Erlebniswerte. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Die Ergebnisse zu den Hypothesen 5 bis 8 lassen erkennen: Hochsignifikant positive Beziehungen bestehen bei Patienten wie Nichtpatienten zwischen gegenwärtigen kongruenten sozialkommunikativen Erfahrungen (R15) und den Ressourcen Selbstvertrauen mit Inkongruenzbewältigungsstrategien (RB1). Zusammen wirkend können sie als Hüter und Garanten der psychischen Gesundheit

angesehen werden. So (RB2) können sie in etwa gleichstark den Belastungen durch Inkongruenzquellen (RC7), den Inkongruenzsymptomen (RC7) und den spezifischen Symptomen psychischer Störungen (RB8) entgegenwirken, allerdings bei Patienten deutlich mehr als bei Nichtpatienten. Auch sind die Zusammenhänge zwischen den Ressourcen des Selbst (RB1) und selbstkongruenten Beziehungserfahrungen (R15) bei den Patienten deutlich stärker als bei den Nichtpatienten. Diese beiden Ergebnisse lassen eine nicht all zu seltene Erfahrung aus der Praxis verstehen. Auch ein optimales gesprächspsychotherapeutisches Beziehungsangebot wirkt aus der Sicht der Therapeutin wie des Patienten nicht oder nur wenig, wenn dieser über eher gute Ressourcen und kongruente Erfahrungen verfügt und keine oder nur eine geringe Belastung durch Inkongruenzquellen, Inkongruenzsymptome und oder spezifische Störungssymptome erlebt. Auch in der Gesprächspsychotherapie können also nur bei korrekter Indikationsstellung die bestmöglichen Ergebnisse erwartet werden. Eine andere Interpretation dieser korrelativen Beziehungen ist, dass Kongruenz und eine geringe Belastung durch Inkongruenzquellen, Inkongruenz erleben und Symptome psychischer Störungen bei Nichtpatienten einander weniger ausschließen und unabhängiger voneinander vorhanden sind. (Abb. 4)

Abb. 4, Ergebnisse zu den Hypothesen

H5: Positive Beziehungen zwischen gesundem Selbst (RB1) und gegenwärtigen Kongruenzverfahren (R15) (1) mit engeren Beziehungen bei Patienten
H6: Negative Beziehungen zwischen Gesamtressourcen (RB2) und Inkongruenzquellen (RC4) (2), Inkongruenzsymptomen (RC7) (3) und Leitsymptomen psychischer Störungen (RB8) (4) mit engeren Beziehungen bei Patienten.
 Methode: PM-Korrelation nach Pearson, eingetragen sind Korrelationskoeffizienten (r). Die Hypothesen werden nicht widerlegt.



Daten: RIAI Individ. Erlebenswerte von 503 Patienten und Nicht-Patienten. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Die engsten positiven und ebenfalls sehr enge und positive Beziehungen bestehen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) und den Inkongruenzsymptomen (RC7) sowie den Leitsymptomen spezifischer seelischer Störungen (RB8). Demgegenüber deutlich weniger eng, wenn auch noch hochsignifikant sind die negativen Beziehungen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) einerseits und den gesunden Selbstrepräsentanzen (RB1) und selbstkongruenten Beziehungserfahrungen (R15) andererseits. Als Störenfried der seelischen Gesundheit erscheint so das Selbst, das sich, wie oben diskutiert, durch die verschiedenen Inkongruenzquellen bedroht erlebt, das in seiner

Aktualisierung und der Mobilisierung seiner Ressourcen blockiert wird und das mangels verfügbarer Inkongruenzbewältigungsstrategien überfordert ist.

Die engeren positiven Beziehungen der Inkongruenzquellenbelastung zu Inkongruenzsymptomen und Symptomen psychischer Störungen und insbesondere deren deutlich engeren negativen Beziehungen zu den salutogenen Ressourcen und Kongruenzverfahren bei den Patienten und Patientinnen zeigen deren größere Vulnerabilität durch selbstinkongruente Erfahrungen. Sie weisen aber auch auf das positivere Ansprechen von Patienten auf die therapeutischen Bedingungen der Gesprächspsychotherapie. Diese zielen ja auf die Förderung von selbstkongruenten Erfahrungen, selbstkongruenter Erfahrungsbewertung und die Auflösung bzw. Verringerung von inkongruentem Erleben und der Belastung durch die Inkongruenzquellen.

Die weniger engen positiven Beziehungen zwischen der Inkongruenzquellenbelastung und den Inkongruenzsymptomen und psychiatrischen Störungssymptomen bei den NichtpatientInnen machen deren größere Robustheit gegenüber Inkongruenzquellen deutlich. (Abb. 4)

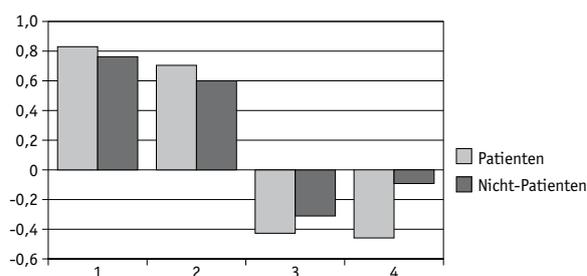
Die weniger engen negativen Beziehungen zwischen den salutogenen Ressourcen der Nichtpatienten und ihrer Belastung durch Inkongruenzquellen, durch Inkongruenzsymptome und durch psychiatrische Störungssymptome zeigen: Die seelische Gesundheit von Nichtpatienten ist durch selbstinkongruente Erfahrungen weniger gefährdet. Denn deren Inkongruenztoleranz, Inkongruenzbewältigungsstrategien und kongruente Erfahrungen sind, wie gezeigt wurde, in größerem Ausmaß vorhanden.

Die therapeutische Wirkung des Beziehungsangebots der Gesprächspsychotherapie bei seelischen Störungen ist nach den Ergebnissen also abhängig von der Stärke des Inkongruenz erlebens

Abb. 5, Ergebnisse zu den Hypothesen

H7: Positive Beziehungen zwischen Inkongruenzquellenbelastung (RC4) und Inkongruenzsymptomen (RC7) (1) sowie zwischen Inkongruenzquellenbelastung (RC4) und **Leitsymptomen psychischer Störungen (RB8) (2)** mit engeren Beziehungen bei Patienten.
H8: Negative Beziehungen zwischen Inkongruenzquellenbelastung (RC4) und gesundem Selbst (RB1) (3) sowie gegenwärtiger **Kongruenzverfahren (R15) (4)** mit engeren Beziehungen bei Patienten.

Methode: PM-Korrelation nach Pearson, eingetragen sind Korrelationskoeffizienten (r). Die Hypothesen werden nicht widerlegt.



Daten: RIAI Individ. Erlebenswerte von 503 Patienten und 445 Nicht-Patienten. Die Unterschiede sind mit Ausnahme von Spalte 4 bei den Nichtpatienten ($p < .05$) mit $p = .000$ hochsignifikant.

der Patienten aus den unterschiedlichen Inkongruenzquellen. In Analogie zur positiven Wirkung des „sozialen Netzes“ nur unter der Bedingung von stärkerem Stresserleben bei chronischen Erkrankungen, wie z.B. nach Herzinfarkt, ergibt sich: Es besteht Grund zur Annahme, dass auch die therapeutischen Grundhaltungen eine

spezifische Pufferwirkung vorzugsweise auf das sozialkommunikativ bedingte Inkongruenzerleben ausüben. Bei seelischen Störungen ohne Inkongruenzerleben und bei nicht sozialkommunikativ bedingtem Inkongruenzerleben wirkt die Gesprächspsychotherapie nur suboptimal oder bleibt wirkungslos. (Abb. 5)

Literatur

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (1998). *SPSS für Windows 7.5*. Bonn: Addison Wesley.
- Cote, J. & Levine, Ch. (2002). *Identity formation, agency and culture: A social psychological synthesis*. Lawrence: Erlbaum Associates.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F)*. Bern: Huber.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton. (Dtsch. 1970 Jugend und Krise. Stuttgart: Klett).
- Mc Guire, W. & Sauerländer, W. (Hrsg.). (1974). *Freud, S. und Jung, C.G. Briefwechsel*. Frankfurt: Fischer.
- Gendlin, E. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.). *Personality change* (S. 102–148). New York: Wiley.
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Kegan, R. (1982). *Entwicklungsstufen des Selbst*. München: Kindt.
- Kießling, K. (1998). *Psychotherapie – ein chaotischer Prozess?* Stuttgart: Radius.
- Kriz, J. (1989). Entwurf einer systemischen Theorie klientenzentrierter Psychotherapie. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.). *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. (S. 168–196). Heidelberg: Asanger.
- Rehrl, M. (2000). *Selbstkommunikation und Selbstorganisation. Ein Vergleich von Schizophrenen und Gesunden*. Psychologische Diplom Arbeit. Universität Regensburg.
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.). *Psychology, a study of a science*. Vol. 3, (S. 184–252). New York: Mac Graw Hill.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Simon, B. & Mummendy, A. (1997). *Identität und Verschiedenheit: zur Sozialpsychologie der Identität in komplexen Gesellschaften*. Bern: Huber.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (1997). Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI): Erste Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28, 1, 13–21.
- Speierer, G.-W. (1998). Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (Stand Juli 1998) Internet: <http://www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer>
- Speierer, G.-W., Helgert, N. & Rösner, S. (1999). *Aktuelle Ergebnisse zur Validierung und Normierung des Regensburger Inkongruenzanalyse Inventars (RIAI)*. www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer
- Speierer, G.-W. (2002). Das Differentielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.). *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 163–185). Wien: Springer.
- Speierer, G.-W. (2005): Das Differentielle Inkongruenz Modell (DIM). Handbuch und Arbeitsbuch der Personenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) als Inkongruenzbehandlung. Mit personenzentriertem Gespräch, Kategorien und Checkliste zur Inkongruenzanalyse, Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) und Materialien zur Qualitätskontrolle: Therapiedokumentation, Prozess und Ergebnis-Evaluation 2. A. auf CD-ROM, Vertrieb: Köln: GwG-Verlag
- Watson, J. B. (1924). *Psychology: from the standpoint of a behaviorist*. Philadelphia: Lippincott.
- Watzlawick, P. et al. (1967). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.

Autor

Speierer, Gert-Walter, (1941), Univ. Prof., Dr. med. Dipl.-Psych., seit 1976 Leiter der Einheit Medizinische Psychologie der Universität Regensburg; 1973/74 Zusammenarbeit mit Carl Rogers im La Jolla Programm San Diego USA, Gastprofessor an der Karls-Universität Prag, Ausbilder (GwG), Lehrtherapeut und Supervisor (ÄGG) in Gesprächspsychotherapie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gert-W. Speierer
Medizinische Psychologie
Universität Regensburg
Postfach
D-93040 Regensburg
gert.speierer@biologie.uni-regensburg.de