

## Veränderung des Selbstkonzepts durch Autogenes Training

*Erhard Beitel und Birgit Krömer*

### Einleitung in das Problemgebiet und Fragestellung

Das von *Schulz* (vgl. 1953) entwickelte Autogene Training (AT) ist mittlerweile eines der am häufigsten angewandten psychotherapeutischen Interventionsverfahren. Für diese Tatsache gibt es verschiedene Gründe. Zum einen ist der behauptete Indikationsbereich nahezu unbegrenzt (vgl. *Luthe*, 1969), obwohl die angenommene Effektivität in vielen Bereichen psychischer bzw. psychosomatischer Störungen noch nicht hinlänglich empirisch nachgewiesen ist. Zum andern stellt das AT ein ökonomisches Verfahren dar, da es in Gruppen durchgeführt wird. Es kommt hinzu, daß die theoretisch und praktisch-methodische Anwendung dieser Technik geringere Anforderungen an die Ausbildung des Therapeuten stellt als andere psychotherapeutische Verfahren (z. B. Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie). Auf die Gefahr, daß diese scheinbar einfache Handhabung der Methoden des AT dazu führen kann und vielfach dazu geführt hat, daß sowohl *medizinisch* wie *psychologisch* unzureichend ausgebildete sog. Therapeuten leichtfertig und mißbräuchlich mit dieser Technik umgehen, kann hier nur hingewiesen werden. Als ein weiterer Grund für die weite Verbreitung des AT ist zu nennen, daß der Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten zugenommen hat. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob die Häufigkeit von Störungen zugenommen hat oder nur die Sensibilität für psychische und psychosomatische Fehlregulationen, die einhergeht mit der Erwartung, mittels geeigneter (nicht-medikamentöser) Verfahren diese beheben zu können.

Aus der Häufigkeit der Anwendung ergibt sich die Notwendigkeit einer gründlichen empirischen Untersuchung der Auswirkungen des AT auf die behandelten Klienten. Lange Jahre dominierten in der AT-Forschung Einzelfallstudien und methodisch schlecht kontrollierte Gruppenuntersuchungen (vgl. *Luthe*, 1969).

Aus der Entwicklung des AT durch Mediziner ist zu verstehen, daß zunächst auch hauptsächlich physiologische Effekte des AT betrachtet wurden und erst

nach und nach psychologische Variablen und Methoden berücksichtigt wurden (vgl. *Sapir et al.*, 1965; *Snider & Qetting*, 1966; *Shibata & Motoda*, 1967; *Badura*, 1973; *Reed & Meyer*, 1974; *Schejbal et al.*, 1978). Dieser Tatbestand erschwerte die Einordnung dieser Technik in die Reihe anderer psychotherapeutischer Verfahren und den Vergleich zwischen den verwendeten Techniken.

In der psychotherapeutischen Forschung ist bis heute umstritten, inwieweit Verfahren zur Induzierung körperlicher Entspannung, zu denen auch das AT gehört, ohne zusätzliche Interventionen wirksam sind. Hier gibt es eine Reihe von unterschiedlichen Ergebnissen (vgl. *Florin & Tunner*, 1975; *Bergold*, 1969).

Wir gehen davon aus, daß die Anwendung von Entspannungsverfahren dann indiziert ist, wenn bei den Probanden (Pbn) ein erhöhtes psycho-physiologisches Aktivierungs- oder Erregungsniveau vorliegt. Psychophysiologisch bedeutet in diesem Zusammenhang, daß ein überhöhtes Erregungsniveau sich somatisch ausdrückt in vegetativ-motorischer Überaktivierung und psychisch in Variablen wie Neurotizismus, Angstneigung usw., die verschiedene Störungen des Verhaltens wie der Einstellung zur eigenen Person umfassen. Psychophysiologische Zusammenhänge dieser Art werden durch die Untersuchung *Eysencks* zum Neurotizismus unterstützt (*Eysenck & Rachman*, 1970). Die Untersuchungen von *Lader & Mathews* (1973) zeigten, daß bei Personen mit polysymptomatischer Angst eine überhöhte physiologische Aktivierung vorliegt, während dies bei Personen mit eingegrenzter Angstsymptomatik nicht beobachtet werden konnte. Daraus könnte gefolgert werden, daß der Einsatz von Entspannungsverfahren bei Personen mit einem mittleren oder niedrigen Aktivierungsniveau und eng umschriebenen Einzelstörungen weniger sinnvoll ist.

Im folgenden wollen wir unser Konzept über den Ablauf des therapeutischen Prozesses während des Entspannungstrainings und die daraus abgeleiteten Untersuchungshypothesen darlegen.

Während der Entspannungsübungen sollte eine Umschaltung von einer ergotropen Zustandslage, also einem Zustand erhöhter sympathischer Erregung in eine trophotrope Reaktionslage erfolgen (vgl. *Hess*, 1954). Dieser Zustand der erniedrigten Aktivierung wird von dem Pbd wahrgenommen und kognitiv verarbeitet. Nach *Beck* (1970) und *Meichenbaum* (1973) hat diese kognitive Verarbeitung zur Folge, daß sich die Einstellung zur eigenen Person oder konkreter die Selbstverbalisierungen verändern. Dies könnte in der folgenden Weise ablaufen: Sieht sich der Pbd im Zustand erhöhter Aktivierung als „nervös“, „unruhig“, „verspannt“, so erlebt er sich in der Entspannung als „gelassen“, „gelöst“, „sicher“. Da nach *Birbaumer* (1975) Kognitionen und Verhaltensweisen, die bei mittlerem oder niedrigem Aktivierungsniveau ablaufen, besser behalten werden, sollten sich diese positiven Selbstwahrnehmungen gegenüber den negativen im Laufe des Trainings durchsetzen und konsolidieren, sich also auch auf die Zeit

außerhalb des Trainings übertragen. Da sich auch der Effekt der somatischen Erregungsreduzierung allmählich auf den extratherapeutischen Zeitraum übertragen sollte, wird dieser Prozeß noch verstärkt.

Nach dieser Argumentation würden wir infolge des Entspannungstrainings im Laufe der Therapie eine allmähliche Verbesserung der Selbstbewertung beobachten können. An dieser Stelle ist der Begriff des Selbstkonzeptes einzuführen. Insbesondere im Rahmen der Theorie der klientenzentrierten Gesprächstherapie (vgl. *Rogers, 1973*) wird betont, daß ein positives Selbstkonzept als ein umfassender Indikator für psychosomatische Gesundheit zu betrachten ist, während ein negatives Selbstbild anzeigt, daß sich eine Person als psychisch und somatisch gestört wahrnimmt. Selbstachtung und Selbstakzeptierung sind demnach Bedingungen für eine adäquate Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der Umwelt. Diese theoretischen Annahmen wurden für die Überprüfung von Therapieerfolgen empirisch fruchtbar gemacht, indem mittels bestimmter Meßverfahren die Diskrepanz zwischen Realselbst und Idealselbst bestimmt wurde. Dabei wurde beobachtet, daß sich nach der Therapie eine Verbesserung des Selbstkonzeptes im Sinne einer geringen Diskrepanz von Wunsch und Wirklichkeit ergab (vgl. *Tausch, 1973*).

Wir halten das Selbstkonzept als Indikator eines therapeutischen Erfolgs für angemessener und umfassender als die Messung verschiedener Persönlichkeitsvariablen (vgl. *Badura, 1973; Sapir et al., 1965; Schejbal et al., 1978*).

Das Anliegen dieser Arbeit war es also zu überprüfen, ob es durch AT über die Prozeßschritte der Aktivierungsreduzierung und Veränderung der Selbstwahrnehmung zu einer Verbesserung des Selbstkonzeptes kommt, im Sinne einer geringeren Diskrepanz von wahrgenommenem und erstrebtem Selbstbild. Damit ist auch die Möglichkeit des Vergleichs verschiedener therapeutischer Techniken, hier insbesondere der Gesprächstherapie und des AT gegeben.

Neben dem Selbstkonzept sollen zusätzlich verschiedene Einzelvariablen überprüft werden, so die „manifeste Angst“ als Indikator für die subjektiv repräsentierte psychophysiologische Aktivierung und die Persönlichkeitsvariablen Nervosität, Depressivität und Gehemmtheit, die in verschiedenen Untersuchungen als reliable Indikatoren psychophysiologischer Gestörtheit (*Fahrenberg & Selg, 1969*) auffielen.

Da insbesondere in der Gesprächstherapie die Eigenschaften des Therapeuten als wesentliche Faktoren für den Therapieerfolg angesehen werden, und eine Kontrolle des Therapeutenverhaltens beim AT bisher nicht erfolgt ist, soll die Wahrnehmung des Therapeuten durch die Pbn und ihre Auswirkung auf den Therapieerfolg untersucht werden. Weiter soll die Übungshäufigkeit und die subjektive Erfolgsbeurteilung durch die Pbn erfaßt werden.

Häufig wird die Aussagekraft von klinischen Studien durch das Fehlen von katamnestischen Untersuchungen, großen Schwundquoten und fehlenden oder zu kleinen Kontrollgruppen wesentlich eingeschränkt. Ein Hauptanliegen dieser Arbeit war demnach, diese methodischen Fehlerquellen möglichst klein zu halten.

## Methodik

Der Untersuchung liegt eine Prä-, Post- und Katamnese studie mit einer Experimentalgruppe und einer Wartegruppe zugrunde.

8 AT-Kurse wurden im Rahmen eines Volkshochschulprogramms parallel von einem Therapeuten innerhalb eines halben Jahres durchgeführt. Von den 112 angemeldeten Kursteilnehmern wurden die Daten von 65 Personen (21 männlich, 44 weiblich) zu den Meßzeitpunkten „prä“ und „post“, von 58 Pbn zu dem Meßzeitpunkt „Katamnese“ erfaßt. Die Ausfallquote von 35 % (29 Pbn; 8 weitere wurden wegen Teilnahme an anderen psychotherapeutischen Verfahren zusätzlich aus der Experimentalgruppe entfernt) liegt bei einer Kursdauer von einem halben Jahr unter den zu erwarteten Werten (vgl. *Kleinsorge & Klumbies*, 1959: 35 % Abbrecher bei einer Kursdauer von 7 Wochen).

In der Wartegruppe wurden 35 Pbn erfaßt, die die Prä- und Posttestung absolvierten.

Die Pbd der Experimentalgruppe absolvierten 19 AT-Kurstunden, von denen die ersten 9 dem Erlernen der einzelnen Grundübungen gewidmet waren. Danach wurden die kombinierten Übungen trainiert und vertieft. Ergänzt wurde das Training durch Gespräche über bestimmte therapierelevante Themen wie z. B. Psychosomatik, Vorsatzbildung, Streß, Meditation. Zu den Kursstunden kamen die 3 Testsitzungen. Die katamnestische Erhebung erfolgte ein halbes Jahr nach Beendigung der Kurse.

Neben dem traditionellen methodischen Vorgehen wurde auf folgende Punkte besonderer Wert gelegt und die Pbn entsprechend instruiert:

1. Bewußter Einsatz von körperlicher Entspannung als Bewältigungsstrategie in Belastungssituationen;
2. Realisierung positiver Selbstverbalisierungen während und außerhalb der Übungen;
3. Intensive Kommunikation über die individuellen Erfahrungen mit den oben beschriebenen Verhaltensanweisungen;
4. Erläuterung und Darstellung der physiologischen und lerntheoretischen Gesetzmäßigkeiten im Zusammenhang mit AT.

Das Selbstkonzept als die wesentliche abhängige Variable wurde mit dem von *Stephenson* (1953) entwickelten Q-Sort in gekürzter Form (vgl. *Helm*, 1974) erfaßt. Der Q-Sort besteht darin, daß Pbn 28 Aussagen zur eigenen Person, die auf Kärtchen gedruckt sind, nach vorgegebenen Kategorien der Zutreffenheit hinsichtlich ihrer eigenen Person ordnen. Diese Sortierung erfolgt einmal für das reale und einmal für das ideale Selbstbild. Der sich aus diesen Daten ergebende Meßwert ist der z-transformierte Rangkorrelationskoeffizient zwischen den beiden Sortierungen. Eine hohe positive Korrelation bedeutet demnach eine große Kongruenz von realem und idealem Selbstbild, eine hohe negative Korrelation eine große Diskrepanz. Ein besonderer Vorteil dieses Verfahrens ist, daß anhand des z-Wertes die Einschätzung der Signifikanz der individuellen Veränderung über die Bestimmung der kritischen Differenzen möglich ist (vgl. *Froburg*, 1974b).

Zusätzlich wurde der MAS (*Taylor*, 1953; *Lück & Timaeus*, 1969) zur Erfassung der Angstneigung und der FPI (*Fahrenberg & Selg*, 1970) als ein deutsches Standardverfahren der Persönlichkeitsdiagnostik zur Erfassung der Variablen Nervosität, Depressivität und Gehemmtheit eingesetzt. In der dritten Kursstunde wurde darüberhinaus den Pbn ein Fragebogen zur Erfassung der Therapeuteneigenschaften vorgelegt (Polaritätenprofil; vgl. *Scheller*, 1973). Über weitere kursbegleitende Meßverfahren wird an anderer Stelle berichtet (vgl. *Beitel*, 1978).

## Ergebnisse

Anhand der Q-Sort-Daten wurden die Pbn für die Vergleichszeitpunkte „Prä“, „Post“ und „Kata“ mittels der Bestimmung der kritischen Differenzen den Kategorien „signifikant gebessert“ und „nicht gebessert“ zugeordnet. In Tab. 1 werden diese Kategorienhäufigkeiten darüber hinaus noch nach den verschiedenen Signifikanz-Stufen der Veränderung aufgeschlüsselt. Die Daten zeigen, daß ca. 57 % der experimentellen Pbn unmittelbar nach der Therapie und noch ein halbes Jahr später eine signifikante Erhöhung der Kongruenz zwischen realem und idealem Selbstbild aufwiesen, während dies nur 20 % der Wartegruppe zeigten.

Die Experimentalgruppe wurde zudem in 2 Teilgruppen aufgesplittet. Das Kriterium der Aufteilung war die Angabe der Übungshäufigkeit in der Postmessung. Teilgruppe 1 besteht aus Pbn, die angaben, „durchschnittlich täglich“ geübt zu haben, Teilgruppe 2 aus Pbn, die „durchschnittlich nicht täglich“ geübt hatten. Während 62 % der täglich Übenden als signifikant gebessert gelten können, sind dies nur 48 % der weniger häufig Übenden (im Prä-Post-Vergleich) vgl. Tab. 2.

Tabelle 1

Zusammenhang zwischen Real- und Idealselbstbild:  
 Prozentuale Häufigkeit signifikanter und nicht signifikanter Veränderung  
 des z-transformierten Korrelationskoeffizienten für die verschiedenen  
 Meßzeitpunkt-Vergleiche der Experimental- und Kontrollgruppe.

|                    |              | Selbstkonzept (Q-Sort) |  |   |  |
|--------------------|--------------|------------------------|--|---|--|
|                    |              | Exp.-Gr.<br>N = 65     | Exp.-Gr.<br>N = 58   | Kontr.-Gr.<br>N = 35  |  |
|                    |              | Vergleich:<br>Prä-Post | Vergleich:<br>Prä-Kata   | Vergleich:<br>Prä-Post  |  |
| signif.<br>gebess. | $\leq 0,001$ | 56,9                   | $\left\{ \begin{array}{l} 36,9 \\ 7,7 \\ 12,3 \end{array} \right.$ | $\left\{ \begin{array}{l} 36,2 \\ 10,3 \\ 10,3 \end{array} \right.$ | $\left\{ \begin{array}{l} 5,7 \\ 5,7 \\ 8,6 \end{array} \right.$ |
|                    | $\leq 0,01$  |                        |  |   |  |
|                    | $\leq 0,05$  |                        |  |   |  |
| nicht<br>gebess.   | $\leq 0,10$  | 43,0                   | $\left\{ \begin{array}{l} 1,5 \\ 41,5 \end{array} \right.$         | $\left\{ \begin{array}{l} 5,2 \\ 37,9 \end{array} \right.$          | $\left\{ \begin{array}{l} 0,0 \\ 80,0 \end{array} \right.$       |
|                    | $> 0,10$     |                        |  |   |  |
| Summe:             |              | 99,9                   | 99,9   | 100,0   |  |

In Tab. 3 sind die mittleren z-Werte der Gruppen zu den verschiedenen Meßzeitpunkten dargestellt. Hier zeigen sich deutlich höhere Werte in der Post-Messung bei den AT-behandelten Pbn im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Die referierten deskriptiven Werte der Tab. 1, 2 und 3 wurden mit verschiedenen statistischen Verfahren auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen und Meßzeitpunkten geprüft. In der Experimentalgruppe ergab sich im Vergleich zur Kontrollgruppe ein signifikant höherer Prozentsatz von Pbn, die der Kategorie „signifikant gebessert“ zuzuordnen sind ( $\chi^2 = 17,05$ ,  $df = 1$ ,  $p \leq 0,01$ ; vgl. Tab. 1). Der multiple Mittelwert-Paarvergleich (SCHEFFE-Test) ergab, daß die mittleren z-Werte (vgl. Tab. 3) der Experimentalgruppe im Vergleich zur Prä-Testung in der Post- sowie der Katamnese-Messung signifikant höher waren

Tabelle 2

Zusammenhang zwischen Real- und Idealselbstbild:  
 Prozentuale Häufigkeit signifikanter und nicht signifikanter Veränderung  
 des z-transformierten Korrelationskoeffizienten im Prä-Post-Vergleich der  
 experimentellen Teilgruppen 1 und 2.

|                    |              | Selbstkonzept (Q-Sort) |  |      |  |
|--------------------|--------------|------------------------|--|------|--|
|                    |              | Teil-Gr. 1<br>N = 42   | Teil-Gr. 2<br>N = 23   |      |  |
|                    |              | Vergleich:<br>Prä-Post | Vergleich:<br>Prä-Post   |      |  |
| signif.<br>gebess. | $\leq 0,001$ | 61,9                   | $\left\{ \begin{array}{l} 42,9 \\ 7,1 \\ 11,9 \end{array} \right.$ | 47,8 | $\left\{ \begin{array}{l} 26,1 \\ 8,7 \\ 13,0 \end{array} \right.$ |
|                    | $\leq 0,01$  |                        |  |      |  |
|                    | $\leq 0,05$  |                        |  |      |  |
| nicht<br>gebess.   | $\leq 0,10$  | 38,1                   | $\left\{ \begin{array}{l} 0,0 \\ 38,1 \end{array} \right.$         | 52,1 | $\left\{ \begin{array}{l} 4,3 \\ 47,8 \end{array} \right.$         |
|                    | $> 0,10$     |                        |  |      |  |
| Summe:             |              | 100,0                  |  | 99,9 |  |

( $p \leq 0.01$ ). Kein absicherbarer Unterschied konnte zwischen der Post- und Katamnese-Messung festgestellt werden. Bei der Teilgruppe 2 unterscheiden sich Prätest und Katamnese-test nicht.

Zusätzlich wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren Gruppe (Ex — Ko) und Meßzeitpunkt (Prä — Post) durchgeführt (vgl. Tab. 4). Neben den mittels anderer Verfahren bereits nachgewiesenen Haupteffekten (G; M) ergab sich ein Interaktionseffekt (G x M:  $F = 22.66$ ,  $df = 1/98$ ,  $p \leq 0.01$ ). Aus dem Duncan Multiple Range Test läßt sich folgendes ableiten: Der Präwert der Kontrollgruppe ist signifikant niedriger als der Präwert der Experimentalgruppe. Der Postwert der Experimentalgruppe ist signifikant höher als derjenige der Kontrollgruppe. Während die Experimentalgruppe im Posttest signifikant größere Werte zeigt als im Prätest, unterscheiden sich die Werte der Kontrollgruppe nicht voneinander.

Tabelle 3

Zusammenhang zwischen Real- und Idealselbstbild:  
Mittelwerte und Streuungen der z-transformierten Korrelationskoeffizienten der  
experimentellen Teilgruppen 1 und 2 sowie der Kontrollgruppe.

|              | Exp.-Gr.<br>N = 65 | Teil-Gr. 1<br>N = 42 | Teil-Gr. 2<br>N = 23 | Kontr.-Gr.<br>N = 35 |
|--------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <i>Prä:</i>  |                    |                      |                      |                      |
| $\bar{x}$    | 0,20               | 0,18                 | 0,23                 | 0,08                 |
| s            | 0,49               | 0,49                 | 0,51                 | 0,50                 |
| <i>Post:</i> |                    |                      |                      |                      |
| $\bar{x}$    | 0,53               | 0,55                 | 0,49                 | 0,04                 |
| s            | 0,58               | 0,61                 | 0,54                 | 0,52                 |
| <i>Kata:</i> |                    |                      |                      |                      |
| $\bar{x}$    | 0,48               | 0,50                 | 0,44                 |                      |
| s            | 0,55               | 0,56                 | 0,55                 |                      |

Darüber hinaus wurde ein Chi-Quadrat-Test für die beiden Untergruppen T1 und T2 für den Prä-Post-Vergleich durchgeführt (vgl. Tab. 2). Der Prozentsatz der „Gebesserten“ ist in der Teilgruppe T1 signifikant größer als in der Teilgruppe T2 ( $\text{Chi}^2 = 14,73$ ,  $\text{df} = 1$ ,  $p \leq 0,01$ ). Zur Überprüfung des Zusammenhangs von Geschlecht, Alter und Therapieerfolg wurden weitere Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Signifikante Unterschiede ergaben sich nicht.

Die Werte der Pbn auf den Variablen „Angstneigung“ (MAS), Nervosität, Depressivität und Gehemmtheit (FPI) wurden mittels zweifaktorieller Varianzanalysen (Faktoren: G und M) auf Unterschiede geprüft. (vgl. Tab. 4, Abb. 1). Bis auf die Variable Neurotizismus ergaben sich in jeder Analyse signifikante Haupteffekte der Faktoren „Gruppe“ und „Meßzeitpunkt“. In allen Fällen trat eine signifikante Interaktion auf. Bis auf die Variable Depressivität, bei der die Prä-Maße der Kontrollgruppe höher sind als die der Experimentalgruppe, ergaben sich keine Unterschiede in den Präwerten der Gruppen. Bis auf die Variable Nervosität, bei der der Postwert der Kontrollgruppe höher ist als der Präwert,



unterscheidet sich die Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich nicht. In allen Variablen sind die Postwerte der Experimentalgruppe niedriger als ihre Präwerte und die Postwerte der Kontrollgruppe.

Abb. 1 zeigt, daß in der statistischen Analyse die nicht berücksichtigten Katamnese-Meßwerte auf den genannten Variablen gegenüber den Postwerten tendenziell weiter abnehmen. Der Vergleich der Ausgangswerte der Pbn mit dem (nach Alter und Geschlecht gewichteten) Mittelwert der Eichstichprobe zeigt bei

Tabelle 4

Ergebnisse der Varianzanalysen über die Einzelvariablen.

| F-Werte für die Effekte |         |              |                    |
|-------------------------|---------|--------------|--------------------|
| Variable                | Gruppe  | Meßzeitpunkt | G x M              |
| Angstneigung            | 6.71*   | 24.57**      | 19.08** *p ≤ 0.05  |
| Nervosität              | 2.43    | 18.91**      | 32.66** df 1/98    |
| Depressivität           | 12.97** | 14.64**      | 19.62** **p ≤ 0.01 |
| Gehemtheit              | 4.30*   | 19.37**      | 12.11**            |

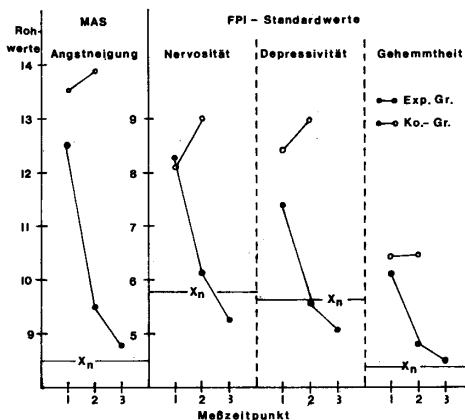


Abbildung 1

Testwerte der Experimental- und Kontrollgruppe zu den verschiedenen Meßzeitpunkten prä- post-kata);  $X_n$  : Mittelwert einer Standardisierungsstichprobe.

allen FPI-Variablen und beim MAS deutlich höhere Werte vor der Therapie und eine Annäherung an den Normwert nach der Therapie. Die Korrelation zwischen den gemessenen Variablen ist mit  $r = -.36$  zwischen den Skalen Nervosität und Gehemmtheit am niedrigsten und mit  $r = .72$  zwischen Nervosität und Angstneigung sowie Angstneigung und Depressivität am höchsten.

Es konnten keine wesentlichen Korrelationen zwischen der Beurteilung des Therapeuten auf den Items des Polaritätenprofils und dem Therapieerfolg festgestellt werden. Zur Untersuchung dieser Fragen wurden die einzelnen Items mit 3 verschiedenen Therapieerfolgskriterien (subjektive Einschätzung des Erfolgs auf einer 7-Punkte-Skala, z-Wert-Differenz zwischen Prä und Post, absoluter z-Wert zum Zeitpunkt Post) korreliert. Die Beurteilung des Therapeuten ist generell deutlich positiv — er wird z. B. sehr „sympathisch“, sehr „gelassen“, sehr „verständnisvoll“, sehr „zugänglich“, sehr „fähig“, sehr „geduldig“, sehr „angenehm“, sehr „gut“ beurteilt — zudem sind die Urteilsstreuungen relativ niedrig.

## Diskussion

Die in unserer Untersuchung erfaßten Pbn (Ex und Ko) zeigen vor der Therapie deutliche Anzeichen polysymptomatischer Störungen im psychosomatischen Bereich. Alle Werte der gemessenen Einzelvariablen liegen deutlich über denen einer Normalgruppe. Ebenso stark weichen die Q-Sort-Werte von denen einer Normalgruppe ( $\bar{z} = 0.77$ ) ab. Damit kann davon ausgegangen werden, daß wir in unserer Untersuchung im Sinne unserer Annahmen eine Gruppe von Pbn erfaßt haben, für die wir eine Behandlung mit AT für indiziert halten.

Die Erwartung, daß sich das Selbstkonzept der mit AT behandelten Pbn in der Weise ändert, daß sich die Diskrepanz zwischen realem und idealem Selbstbild verringert, konnte voll bestätigt werden. Die Verbesserung des Selbstkonzeptes war auch ein halbes Jahr nach Ende der Therapie noch stabil. Das Selbstkonzept der Wartegruppen verändert sich nicht. Diese Aussagen beziehen sich auf die mittleren z-Werte (also z-transformierte Korrelationskoeffizienten zwischen Real- und Idealbild).

Betrachtet man nun die Häufigkeitsverteilungen der nach individuellem Therapieerfolg kategorisierten Pbn, so liegt die Zahl der signifikanten Besserungen in der Experimentalgruppe wesentlich höher als in der Kontrollgruppe. Dem Prozentsatz der Spontanremissionen von 20 % stehen in der Kontrolle 80 % nicht gebesserte Pbn gegenüber. Aus den gleichbleibenden Mittelwerten der Kontrollgruppen (Prä/Post) ist aber zu entnehmen, daß in der Kategorie „nicht gebessert“ auch Pbn sein müssen, die deutliche Verschlechterungen zeigen. Die beobachteten positiven Veränderungen der AT-behandelten Pbn sind unabhängig vom Alter und Geschlecht. Somit kann man folgern, daß AT — unter den

gegebenen Bedingungen der Kursdauer, der spezifischen Ausgestaltung des Trainings und bei der Anwendung durch einen von den Pbn generell positiv beurteilten Therapeuten — bei der Mehrzahl der Behandelten eine umfassende Verbesserung des psychosomatischen Wohlbefindens im Sinne einer größeren Selbstachtung und Selbstakzeptanz bewirkt und diese Veränderungen relativ stabil sind.

Ein wichtiger Faktor für den Therapieerfolg scheint die Übungshäufigkeit zu sein. Zwischen den Gruppen der täglich und nicht täglich Übenden ergaben sich deutliche Unterschiede in der Besserungsrate. In der Gruppe (T2) der nicht täglich Übenden verliert sich sogar der signifikant positive Effekt unmittelbar nach der Therapie in der Katammesemessung. Damit ist ein deutlicher Hinweis für die Stimmigkeit des angenommenen Prozeßverlaufs während der Therapie gegeben: Die einzelnen Übungen bewirken eine Reduzierung des Erregungsniveaus, welches von positiven Selbstwahrnehmungen begleitet ist. Die Ausprägung dieser positiven Selbstwahrnehmung sollte demnach um so deutlicher sein, je häufiger geübt wird.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, daß das Ziel einer Therapie nicht die völlige Kongruenz von Real- und Idealbild sein kann. Nach *Schneewind* (1977) sind Personen mit sehr hoher Kongruenz als eher überkontrolliert und realitätsverleugnend zu betrachten. Das hier erreichte mittlere Kongruenzmaß der behandelten Pbn spricht damit dafür, daß auf der Grundlage der verbesserten Selbstakzeptierung eine gewisse Offenheit und Sensibilität für Diskrepanzen zwischen Ist und Soll besteht, die nach unserer Meinung für eine adäquate Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt förderlich ist.

Vergleicht man die erhobenen Werte mit Angaben über die Auswirkung einer gesprächstherapeutischen Behandlung (*Froburg*, 1974a), so ist die Erfolgsrate beider Behandlungsformen ähnlich. Sie liegt in unserer Untersuchung sogar noch um ca. 11 % höher (vgl. Tab. 1, 5).

Wenn man annimmt, daß der Aufwand an Behandlungsstudien in einer Gesprächstherapie ähnlich ist (ca. 19 Std.), muß AT als gruppentherapeutisches Verfahren als die ökonomische Therapie angesehen werden.

Die Befunde hinsichtlich des Selbstkonzeptes werden durch die beobachteten Veränderungen in den Variablen Ängstlichkeit, Nervosität, Depressivität und Gehemmtheit gestützt. — Für bedeutsam halten wir, daß die Besserungstendenzen auch nach der Therapie noch anhalten. Die Behandlung mit AT gibt den Pbn ein Instrument in die Hand, mit dem sie in eigener Verantwortung und ohne fremde Hilfe zur eigenen psychischen Stabilisierung beitragen. Die Entspannungsübungen können damit als ein Mittel zur Selbstkontrolle verstanden werden. Die hohen Korrelationen zwischen den Variablen zeigen, daß wir keine

unabhängigen Persönlichkeitsdimensionen gemessen haben und damit die sprachlichen Unterscheidungen zwischen den Variablen nur eingeschränkten Wert besitzen (Tab. 6).

*Tabelle 5*

Zusammenhang zwischen Real- und Idealselbstbild:  
Prozentuale Häufigkeit signifikanter und nicht signifikanter Veränderung  
des z-transformierten Korrelationskoeffizienten bei 22 Psychotherapiepatienten  
nach abgeschlossener gesprächspsychotherapeutischer Behandlung  
(vgl. *Frohburg*, 1974 a).

|                    |              | Psychotherapie-<br>patienten |  |
|--------------------|--------------|------------------------------|--|
| signif.<br>gebess. | $\leq 0,001$ | 45,4                         | $\left\{ \begin{array}{l} 27,3 \\ 13,6 \\ 4,5 \end{array} \right.$ |
|                    | $\leq 0,01$  |                              |  |
|                    | $\leq 0,05$  |                              |  |
| nicht<br>gebess.   | $\leq 0,10$  | 54,7                         | $\left\{ \begin{array}{l} 43,8 \\ 10,9 \end{array} \right.$        |
|                    | $\geq 0,10$  |                              |  |

*Tabelle 6*

Produkt-Moment. Korrelationskoeffizient  
zwischen den erhobenen Einzelvariablen (n = 100).

|   | 1   | 2   | 3   |               |
|---|-----|-----|-----|---------------|
| 1 |     |     |     | Angstneigung  |
| 2 | .72 |     |     | Nervosität    |
| 3 | .72 | .50 |     | Depressivität |
| 4 | .55 | .36 | .50 | Gehemmtheit   |

In Anlehnung an die Theorie der Prozesse bei der klientenzentrierten Gesprächstherapie haben wir untersucht, inwieweit die Eigenschaften des Therapeuten Einfluß auf den Therapieerfolg haben. Da die Therapie nur von einem Therapeuten durchgeführt wurde, war nur eine Aussage über den Zusammenhang zwischen individuell wahrgenommener Eigenschaft und Erfolg möglich. Wir führen die Tatsache, daß keine bedeutsamen Korrelationen gefunden wurden, im wesentlichen darauf zurück, daß die Pbn den Therapeuten insgesamt und sehr einheitlich als sympathisch, warm, verständnisvoll usw. wahrgenommen haben. Möglicherweise ist jedoch beim AT die Bedeutung des Therapeutenverhaltens (innerhalb einer gewissen Bandbreite) weniger wichtig als die Technik der Entspannungsübungen.

### Zusammenfassung

In einer Prä-Post-Katamnese-Studie untersuchten wir bei 65 psychosomatisch gestörten Probanden die Veränderung des Selbstkonzeptes infolge einer Behandlung mit Autogenem Training im Vergleich zu einer unbehandelten Wartegruppe. Die Erwartung, daß sich das Selbstkonzept der behandelten Pbn verbessert im Sinne einer höheren Kongruenz von Real- und Idealselbstbild (gemessen durch den Q-Sort), wurde voll bestätigt. Die positiven Veränderungen waren auch ein halbes Jahr nach Ende der Therapie noch stabil. Die Besserungsrate war abhängig von der Häufigkeit der unter eigener Kontrolle durchgeführten AT-Übungen. Insgesamt ist die Erfolgsquote mit der von gesprächstherapeutisch behandelten Klienten vergleichbar.

In verschiedenen anderen Indikatoren psychosomatischer Störungen wie Angstneigung, Nervosität, Depressivität und Gehemmtheit zeigten sich ebenfalls deutliche Verbesserungen.

Eine Beziehung von Therapieerfolg und individueller Einschätzung des Therapeuten konnte nicht nachgewiesen werden.

### Summary

Our study aimed at the investigation of changes in self-concept in 65 psychosomatically disturbed clients, treated by autogenic training. Ss were tested before, directly after and six months following treatment. A control-group of 35 non-treated Ss was installed. Self-concept, defined as correlation between realistic and idealistic self-image was measured by *Stephenson's* Q-Sort test. Nearly 60 % of the treated Ss showed a definite improvement in self-concept, whereas there was no over all changes in the control-group. Parallel positive changes in the treated group were found in different psychosomatically relevant variables. Improvement depended to a certain degree on frequency of exercise.

No relation was found between therapeutic outcome and individual evaluation of the therapist's attitudes.

## Literatur

- Badura, H. O.*: Vergleichende Untersuchungen von Persönlichkeitsvariablen bei Versagern im Autogenen Training mit Hilfe des MMPI. *Z. Psychother. med. Psychol.*, 1973, 23, 200—205.
- Beck, A. T.*: Cognitive therapy-nature and relation to behavior therapy. *Behav. Ther.*, 1970, 1, 184—200.
- Beitel, E.*: Autogenes Training und die Modifikation des Selbstkonzeptes. Unveröffentl. Diplomarbeit, Bochum, 1978.
- Bergold, J. B.*: Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Desensibilisierung: Eine Literaturübersicht. *Schweiz. Z. Psychol.*, 1969, 28, 229—256.
- Birbaumer, N.*: Physiologische Psychologie. Springer, Berlin, 1975.
- Eysenck, H. J. & Rachman, S.*: Neurosen — Ursachen und Heilmethoden. VEB, Berlin, 1970.
- Fahrenberg, J. & Selg, H.*: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Handanweisung. Hogrefe, Göttingen, 1970.
- Florin, I. & Tunner, W.*: Therapie der Angst. *Fortschr. d. Klin. Psychol.*, Urban & Schwarzenberg, München, 1975.
- Froburg, I.*: Die Verwendbarkeit psychodiagnostischer Methoden zur Veränderungsmessung in der Psychotherapie. In: *Helm, J.* (Hrsg.), *Psychotherapieforschung*, VEB, Berlin, 1974a.
- Froburg, I.*: Beurteilung individueller Testveränderungen. In: *Helm et al.*, 1974.
- Helm, I., Kasielke, E. & Mehl, I.* (Hrsg.): Neurosendiagnostik, VEB, Berlin, 1974.
- Helm, I.*: Eine vorläufige Kurzform als Persönlichkeits-Q-Sort. In: *Helm et al.*, 1974.
- Hess, W. R.*: Das Zwischenhirn. Syndrome, Lokalisationen, Funktionen. Schwabe (2. erw. Aufl.), Basel, 1954.
- Kleinsorge, H. & Klumbies, G.*: Psychotherapie in Klinik und Praxis. Urban & Schwarzenberg, München, 1959.
- Lader, N. H., Mathews, A. M.*: A physiological model of phobic anxiety desentization. *Behav. Res. Ther.*, 1968, 6, 411—421.
- Lück, H. E. & Timaeus, E.*: Skalen zur Messung manifester Angst (MAS) und sozialer Erwünschtheit. *Diagnostica*, 1969, 15, 134—141.
- Luthe, W.*: Autogenic therapy. Grune & Stratton, N. Y. 1969.
- Meichenbaum, D. H.*: Kognitive Faktoren der Verhaltensmodifikation: Veränderung der Selbstgespräche von Klienten. In: *Hartig, M.* (Hrsg.), *Selbstkontrolle*. *Fortschr. d. Klin. Psychol.*, Urban & Schwarzenberg München, 1973.
- Reed, R. & Meyer, R. G.*: Reduction of test anxiety via autogenic therapy. *Psychol. Rep.*, 1974, 35, 649—650.

- Rogers, C. R.: On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. Houghton Mifflin, Boston, 1961.
- Sapir, M. I., Javal, I. & Philibert, R.: Utilisation du test M.M.P.I. à propos du Training Autogene. In: Lütke, W. (Hrsg.), Autogenes Training. Correlationes Psychosomaticae. Thieme Verl., Stuttgart, 1965, 106—110.
- Schejbal, P., Kröner, B. & Niesel, W.: Versuch einer Objektivierung der Auswirkungen des autogenen Trainings und der transzendentalen Meditation auf Persönlichkeitsvariable anhand eines Persönlichkeitsfragebogens. Psychother. med. Psychol., 1978, 28, 158—164.
- Scheller, R.: Zur Selbst- und Idealbildeinschätzung künftiger Volksschullehrer. Psychol. Beitr., 1973, 15, 419—433.
- Schneewind, K. A.: Selbstkonzept. In: Herrmann, Th., Hofstätter, P., Huber, H. & Weinert, F. (Hrsg.), Handbuch psychologischer Grundbegriffe. Kösel, München, 1977.
- Schulz, J. H.: Das autogene Training. Thieme Verl., Stuttgart, 1953.
- Shibata, J. I. & Motoda, K.: Clinical evaluation with psychological tests of schizophrenic patients treated with autogenic training. Amer. J. Clin. Hypn., 1967, 1, 20—24.
- Snider, R. & Oetting, E. R.: Autogenic training and the treatment of examination anxiety in students. J. Clin. Psychol., 1966, 22, 1, 111—114.
- Stephenson, W.: The study of behavior: Q-technique and its methodology. Univ. Pr., Chicago, 1953.
- Tausch, R.: Gesprächspsychotherapie. Hogrefe, Göttingen, 1975.
- Taylor, J. A.: A personality scale of manifest anxiety. J. Abn. Soc. Psychol., 1953, 48, 285—290.

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Psych. Erhard Beitel  
Dr. Dipl.-Psych. Birgit Kröner  
AE Vegetative Physiologie, Ruhr-Universität Bochum  
4630 Bochum