

Günter H. Seidler

VON DER INTERAKTIONELLEN „ANTWORT“ ZUR INTRAPSYCHISCHEN „VERANTWORTUNG“ - DIE EMPIRISCHE ÜBERPRÜFUNG DES KONSTRUKTES VOM SELBSTBEZUG¹

From Interactional „Response“ to Intrapsychic „Responsibility“ - Empirical Testing for the Construct of Self-Relatedness

Zusammenfassung

Das Konstrukt des Selbstbezuges wird zu Beginn dieser Arbeit kurz skizziert: Es handelt sich dabei um die reflexive Beziehungsfigur der Selbstobjektivierung. Die drei Reifestufen des Selbstbezuges werden beschrieben: die unreflektierte, die außenreflektierte und die selbstreflexive Stufe. Die Arbeit skizziert die empirische Prüfung dieses Konstruktes auf dessen Eignung zur Beschreibung von Veränderungen, die im Rahmen stationärer Psychotherapie erreicht werden können. Die Untersuchung orientiert sich an zwei Hypothesen:

1. Während einer stationären Psychotherapie von zwölfwöchiger Dauer sind Veränderungen bei den Patienten nachweisbar im Sinne einer Zunahme von Selbstreflexivität.
2. Die Zunahme der Selbstreflexivität korreliert mit einer Abnahme der Symptomatik.

Die Untersuchung wurde in einem naturalistischen Design an 76 Patienten im Rahmen eines Mehrebenenansatzes durchgeführt. Es werden die Ergebnisse vorgestellt, die mit neu konstruierten Instrumenten zur Erfassung von Merkmalen des Selbstbezuges und zur Erfassung von Symptomatik und Krankheitserleben gewonnen wurden. Als Beobachtungsfeld dienten videografierte Gruppenpsychotherapiesitzungen. Aufgrund der Anlage der Arbeit sind nur korrelative Aussagen möglich, keine kausalen. Das ist wissenschaftlich gebotene Vorsicht; der Kliniker sieht die Verhältnisse vielleicht etwas anders. Zunächst konnte erneut gezeigt werden, dass verschiedene Gütekriterien dieser Instrumente im akzeptablen Bereich liegen. Bei den Hypothesenfragen ist die erste als bestätigt anzusehen. Die Beantwortung der zweiten Hypothese macht eine Differenzierung hinsichtlich des Zusammenhanges von Anstieg der Selbstreflexivität und Symptomveränderungen in der Weise notwendig, dass sich die Zusammenhänge mit den einzelnen Symptombereichen unterschiedlich darstellen: Während die Zunahme von Selbstreflexivität mit einem Rückgang von körperlichen und sozialen Symptomen verbunden ist, ist ein solcher Zusammenhang bei der psychischen Symptomatik nicht nachweisbar, obwohl sich diese als Einzelskalenwert ebenfalls zurückbildet.

Insgesamt ist das Konstrukt vom Selbstbezug zur Erfassung von Veränderungen, die im Rahmen stationärer Psychotherapie erzielt werden können, geeignet. Dabei taugt das Feld der dort realisierten Gruppenpsychotherapie besonders zur Beobachtung derartiger Veränderungen.

Die Ergebnisse werden in vorsichtiger Annäherung so interpretiert, dass mit den neu konstruierten Instrumenten möglicherweise ein Faktor berührt oder erfasst wurde, der als „Symbolisierungsfähigkeit“ sowohl dem strukturellen wie auch dem Symptombereich zugrunde liegt.

Schlüsselwörter

Selbstbezug - Selbstreflexivität - Strukturbildung - stationäre Psychotherapie - psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie

Summary

The study begins with a brief outline of the self-relatedness construct, a reflexive relational figure pertinent in self-objectification. The three stages of maturity in self-relatedness are described: unreflected, outside-reflected and self-referential. The article traces the empirical testing of this construct for its aptitude as a descriptive tool in identifying changes achievable in the framework of inpatient psychotherapy. The study proceeds from two hypotheses:

1. During twelve-week inpatient psychotherapy the patients display changes indicating an increase in self-referentiality.
2. The increase in self-referentiality correlates with a decrease in the symptomatology.

The study involved 76 patients; the design was naturalistic and the approach multi-level. The study sets out the results obtained with newly devised instruments for the identification of a) features of self-relatedness and b) symptomatology and the experience of illness. The observation material consisted of video-taped group psychotherapy sessions. The design of the study only permits correlative, as opposed to causal statements. This statement is dictated by scientific caution; clinicians may perhaps interpret the findings rather differently.

¹ Ein Dank geht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft für eine Sachbeihilfe, die die Fertigstellung der Studie ermöglichte (Az.: SE 877/1-1).

First of all, it was once again possible to demonstrate that the instruments used satisfy numerous quality criteria. With regard to the hypotheses tested for, the first may be considered confirmed. The situation with the second hypothesis is more complex. Here it is necessary to distinguish between the different areas of symptomatology: whereas increasing self-referentiality is indeed connected with a reduction of physical and social symptoms, the same cannot be said of the psychic symptomatology, although in the individual scales this too displays a reduction.

In overall terms it can be said that the self-relatedness construct is suitable for identifying changes achieved in the framework of inpatient psychotherapy. Within this broader context, the field of group psychotherapy is especially well-suited for the observation of such changes. With the requisite degree of caution the results are interpreted as indicating that with the newly devised instruments a "symbolization capacity" factor has been pointed up/identified underlying both the structural and the symptomatological spheres.

Key-words

self-relatedness - self-referentiality - structure formation - inpatient psychotherapy - psychoanalytic interactional group psychotherapy

Einleitung

Entsprechend der zweigliedrigen Formulierung des Titels dieser Arbeit wird im ersten Teil ein theoretischer Ansatz vorgestellt, der mit Kollegen und Mitarbeitern in den letzten Jahren entwickelt wurde.² Dieser Ansatz versucht, ein Modell dafür zu geben, wie aus interaktionellen Akten wechselseitiger Wahrnehmung psychische Struktur entsteht. - Diese Strukturbildung wird abgelesen an videografierten Gruppenpsychotherapie-Sitzungen; die Vorgehensweise in der Gruppenpsychotherapie orientiert sich an der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (Heigl-Evers und Heigl, 1983, 1988). - Im zweiten Teil dieser Arbeit wird gezeigt, dass es möglich ist, auch derartig komplexe Konstrukte wie das hier zentrale des Selbstbezuges (siehe unten) einer empirischen Prüfung zugänglich zu machen. Es lässt sich nämlich nachweisen, dass sich im Rahmen einer 12-wöchigen stationären Psychotherapie bei den untersuchten Patientinnen und Patienten die Fähigkeit herausbildet, sich selbst reflexiv zum Gegenstand von Wahrnehmung, Beobachtung und Beurteilung zu nehmen und sich als den Urheber eigener Wünsche, Intentionen und Handlungen anzusehen und diese zu verantworten.

Das zentrale Konstrukt in dem hier zugrunde liegenden Ansatz ist das des Selbstbezuges. Es handelt sich dabei um eine Beziehung, die in unterschiedlichen Reifestufen vorliegen kann und die darin besteht, dass das Ich die eigene Person objektiviert. Mit „Selbstobjektivierung“ ist der Akt, die einzelne Aktion gemeint, sich selbst zum Gegenstand von Wahrnehmung, Beobachtung und Beurteilung zu nehmen.

² Zu danken ist auch hier den Projektmitarbeitern Herrn Dr. Cabot, Frau Dipl.-Psych. Ermel, Herrn Dipl.-Psych. Jakobsen, Frau Dipl.-Psych. Goswami, Frau Dr. Sauer-Krempien, Frau Dr. Schumann

Der genannte Prozess des Selbstbezuges ist sehr störanfällig; daraus ergibt sich seine klinische Relevanz.

Die Fähigkeit, *zu sich selbst einen Bezug herzustellen*, ist etwa daran zu erkennen, dass das Subjekt in verschiedenen Situationen mit sich eine objektivierte Beziehung aufrechterhalten kann, sich als biografisch Gewordenes erleben und sich zu seiner Biografie in Beziehung setzen kann und ein Wissen um seine Möglichkeiten und insbesondere um seine Grenzen zur Verfügung hat. Sie ist auch abzulesen an der Fähigkeit, sich aus momentaner Verhaftung an affektives Erleben herauszulösen und zu sich selbst wieder eine beurteilende Distanz einzunehmen.

Das Konstrukt des Selbstbezuges ist eines von drei Strukturkonstrukten, die mit der Alteritätstheorie vorgestellt wurden. In dieser Theorie wurde die Bedeutung als „fremd“ empfundener Erlebenselemente für die Identitätsbildung des Subjektes beschrieben. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass wir alle immer wieder in den Zustand einer Illusion bruchloser Übereinstimmung mit wichtigen anderen geraten, und erst beim Gewährwerden von Differenzen, Unterschieden, bislang unvertrauten Erlebenselementen aus dieser Illusion hochschrecken, wobei die Zerfallsprodukte der vormaligen Illusion sich um verschiedene Entwicklungslinien organisieren. Eine davon ist die „*reale Selbstbeziehung*“ oder der „Selbstbezug“, der gleich noch genauer dargestellt wird. Darüber hinaus entstehen aber auch zwei weitere Linien, die hier nur kurz berührt werden (siehe dazu Seidler, 1995a, 1999). Sie wurden als die „*idealisierende Selbstbeziehung*“ und die „*urteilende Selbstbeziehung*“ genannt.

Die „*idealisierende Selbstbeziehung*“ hat reparative Funktion. Sie hat die Aufgabe, subjektiv schwer Erträgliches erträglicher zu gestalten. Mit Derartigem kommt das Subjekt in Berührung, wenn es aus seinen Illusionen von Übereinstimmung herausgefallen ist. So wird es einerseits - nach diesem Bruch der Übereinstimmung - stärker auf sich zurückgeworfen, das ist der Selbstbezug, andererseits entstehen Phantasien, etwa hinsichtlich Symbiose, hinsichtlich Verschmelzung, hinsichtlich Ganz-eins-Sein. Die Realität des Bruches bleibt erhalten insofern, als dass es sich eben um Phantasiebildungen handelt; sie spiegeln in verschiedenartig ausgestalteter Form das verlorene Paradies wider. Sie lassen sich auch verstehen als phantasierte Bilder von idealem Kontakt, von idealer Beziehung mit anderen Menschen. Voraussetzung und notwendige Bedingung für die Entwicklung einer idealen Selbstbeziehung ist der Bruch des Urzustandes, das Gewährwerden des Getrenntseins.

Als dritter Funktionsaspekt des Selbst nach dem Bruch der Phantasie von Ungeschiedenheit und Übereinstimmung lässt sich die *urteilende Selbstbeziehung* erkennen. Diese Formulierung soll verdeutlichen, dass die herkömmliche Redeweise von der „Ich-Funktion der Urteilsbildung“ oder vom „Über-Ich“ auf der Fiktion eines isolierten und isolierbaren Einzelwesens beruht. Demgegenüber wird hier die Meinung vertreten, dass es sich auch im Akt der Urteilsbildung um eine Beziehungsschleife handelt; das Ich bezieht sich auf einen

Maßstab und macht sich selbst zum Gegenstand einer Bewertung.

Narziss, Teiresias und Ödipus: drei Ausgestaltungen des Selbstbezuges

Die unterste Stufe des Selbstbezuges wurde als die Stufe des „Narziss“ bezeichnet, oder als die „unreflektierte Position.“ Ein Psychoanalytiker wird die erstgenannte Bezeichnung bevorzugen, weil sie bewusst einen Unschärferaum eröffnet, der auch durch Phantasien des jeweiligen Lesers oder Hörers gefüllt werden kann, für den Bereich der empirischen Forschung erscheint die zweite Bezeichnung präziser (Seidler, 1995b). Im Mythos (Ovidius Naso, 1992) ist das Urbild dieser Stufe beschrieben. Sie ist durch das *Fehlen einer Wechselseitigkeitsbeziehung* gekennzeichnet.

Narziss war aus einer Vergewaltigung hervorgegangen und, so lassen die Quellen vermuten, vaterlos aufgewachsen (zu den zahlreichen Quellen der Geschichte von Narziss vgl. Rose, 1928; Ranke-Graves, 1955a, b). Schroff und ablehnend allen Annäherungsversuchen gegenüber hatte er auch das Liebeswerben der Nymphe Echo nicht beantwortet, stattdessen ein anderes vermeintliches Gegenüber begehrt und war dabei in diesem seinem Spiegelbild ertrunken. - Echo war ursprünglich „... noch Leib, nicht Stimme nur“ (Ovid, Metamorphosen, Liber III, Z. 359). Hera, die Gattin des Zeus, hatte der Echo zur Strafe die Fähigkeit zur Urheberschaft eigener Rede genommen: Nur die letzten Wörter dessen, der zu ihr sprach, sollte sie zurückgeben können, nichts Eigenes aber mehr anfangen. In dem Streit war es darum gegangen, dass Zeus ein Schäferstündchen mit den Freundinnen der Echo wahrnahm und sie seine Entdeckung durch Hera vereitelte.

Ein Austausch, eine Wechselseitigkeitsbeziehung findet hier nicht statt, ebenfalls kein Rückbezug: Narziss läuft mit seiner Intentionalität ins Leere, seine Intentionalität „verliert“ sich an die sachliche und menschliche Objektwelt (Seidler, 1994). Das Subjekt stellt weder zu sich noch zur Objektwelt „objektale“ Bezüge her. Es ist insofern nicht mit sich in „Kontakt“, in Berührung; es lebt und erlebt präsentisch unmittelbar, ohne sich mit seiner eigenen Vergangenheit oder Zukunft in Beziehung setzen zu können. Diesem fehlenden objektalen Bezug auf den Ursprung der eigenen Intentionalität entspricht das Fehlen einer objektalen Beziehung zu anderen Menschen. Deren Eigenständigkeit wird auf der Grundlage der Phantasie bruchloser Übereinstimmung mit ihnen allenfalls als störend erlebt und affektiv weggeschoben. Vor dem Hintergrund dieses Ideals besteht die zentrale Angst darin, wahrgenommen zu werden. Konflikthafes Geschehen manifestiert sich in einer Vorform von Konflikten, nämlich in widersprüchlichen Affekten, die nicht an personal ausgestaltete Selbst- und Objektpräsenz gekoppelt sind.

Für die jetzt im Folgenden erläuterte Beziehungsschleife stehen noch weniger Modelle ihrer Konzeptualisierung zur Verfügung als für die des Narziss und für die des Ödipus. Es geht um die Position, die als die des Teiresias - griechisch: Teires'as - oder als die „außenreflektierte“ bezeichnet wurde.

Mythologisches Urbild dieser Position ist Teiresias. Als junger Hirt soll er an einer Wegscheide im Kithairon zwei Schlangen bei der Paarung gesehen haben. Er tötete das Schlangeweibchen und wurde zur Frau. Nach sieben Jahren erblickte er wieder ein sich paarendes Schlangenpaar. Dieses Mal tötete er das Männchen und wurde wieder zu einem Mann. Als etwas später Zeus und Hera darüber stritten, wer mehr Lust beim Geschlechtsverkehr erlebte, wurde Teiresias zum Schiedsrichter gewählt, weil er das Erleben beider Seiten kennen gelernt hatte. Als er der Frau den größeren Lustgewinn zusprach, wurde er von Hera mit Blindheit geschlagen, von Zeus wurde ihm aber die Gabe eines Sehers verliehen (Quellen bei Kerényi, 1956, 1958). - Eine in der Literatur wenig gewürdigte Bedeutung kommt ihm in der Geschichte von Ödipus zu. Dieser erwartet von Teiresias eine Antwort, oder präziser, hält den Teiresias selbst für den Gesuchten. Dieser macht es ihm aber möglich, zu erkennen, dass er seinerseits bereits die Antwort *ist*. Während der Blick des Teiresias nach außen geht, führt er den Blick des Ödipus zunehmend auf dessen Innenwelt.

Klinisch handelt es sich um die Menschen, die in das Untersuchungszimmer kommen und etwa sagen: „Herr Doktor, den ganzen Tag über, da ist mir die Decke auf den Kopf gefallen. Aber jetzt, wo ich bei Ihnen bin, da geht es mir besser.“ Das Gegenüber, der Arzt bekommt hier die Aufgabe, jemandem eine Identität zu verleihen, jemanden mit seiner Außenwahrnehmung zu konturieren, ihm zu sagen, wie er sich fühlt.

Zusammenfassend lassen sich außenreflektierte Menschen folgendermaßen beschreiben: Es gibt hier einen objektalen Bezug zu anderen Menschen und zur eigenen Person. Andere Menschen werden als „andere Objekte“ affektiv wahrgenommen. Diese Objekte stehen allerdings im Dienst der Selbstdefinition des Subjektes, das sich lediglich unter ihrem „Blick“ (Seidler, 1995a) als konturiert und definiert erlebt. Es ist zum Erleben einer eigenen Identität auf diese Außenwahrnehmung angewiesen. So können andere Menschen nicht in ihrer Eigenständigkeit belassen werden. Die Fähigkeit zu einer intrapsychischen Rückbezüglichkeit steht noch nicht zur Verfügung. Das Subjekt sieht sich „hilfsweise“ mit dem Blick anderer und nimmt vorübergehend „überidentifikatorisch“ deren Positionen ein. Es findet aber auf eine eigene Ausgangsposition zurück. Da der Weg zum Erleben einer eigenen Identität über die Position des anderen gefunden wird, heißt diese Stufe die „*außenreflektierte*“. Die Realität anderer Menschen wird affektiv nicht mehr ausgelöscht. Affektiv führt das Erleben von deren Anderssein zu einem Grundgefühl von Nichtübereinstimmung („Verworfenheit“). Entsprechend besteht die zentrale Angst darin, als „böse“ verurteilt zu werden. Konflikte manifestieren sich in Form einander widerstrebender Strebungen im Sinne eines Kampfes gegen die Realität „widerständiger“ anderer und eines Kampfes um ihr Anderssein, das notwendig gebraucht wird, um ein Gefühl für die eigene Identität zu behalten. Eine basale Vorform von „Versöhnungsfähigkeit“ kann darin gesehen werden, dass immerhin die Realität anderer nicht mehr grundsätzlich affektiv ausgelöscht wird; sie ist aber als

solche konflikthaft. Konflikte stellen sich makroskopisch im interaktionellen Außen dar. Die Fähigkeit zur Triangulation ist vorhanden; sie bedarf allerdings zu ihrer Realisierung eines interaktionellen, real präsenten Stellvertreters.

Die im Folgenden beschriebene dritte Stufe ist die des Ödipus, die sich auch als die „selbstreflexive Position“ bezeichnen lässt.

Auch hier sei zunächst auf das mythologische Urbild verwiesen. Mythologisches Urbild dieser Position ist Ödipus. - Während sich das herkömmliche Verständnis des Ödipus auf die Biographeme des Vatemordes und der Mutterehe bezieht, wird hier die Meinung vertreten, dass diese Schicht eine lebensgeschichtlich-biografische Oberflächenebene darstellt, anhand derer die Aneignung der Symbolfunktion und die Herausbildung der Selbstreflexivität entwickelt werden. Unter dieser Perspektive steht im hier vertretenen Verständnis die Selbstblendung im Mittelpunkt: *Während Teiresias von Hera geblendet wurde, blendet Ödipus sich selbst.* Die Selbstblendung ist im Übrigen das wesentliche Element, das die sophokleische Ausarbeitung des Ödipus-Stoffes von der ganzen Fülle anderer Ödipusgeschichten in der Antike unterscheidet (Seidler, 1995a). Das Blendungsgeschehen des Ödipus ist in folgenden Zusammenhang eingewoben: Nachdem er detektivisch im sozialen Außen den/die Mörder seines Vaters gesucht hatte, wird ihm über Teiresias seine eigene Täterschaft kognitiv/affektiv immer näher gebracht. Als er erkennt, dass er sich nach der Ermordung seines Vaters an dessen Stelle gesetzt hatte, auch in der Beziehung zu dessen Frau, seiner Mutter, „blendet“ er sich. Was dort „Blendung“ genannt wird, kann man auch so verstehen, dass in diesem Moment derjenige, der erkennt, gleichzeitig der ist, der erkannt wird. Subjekt und Objekt der Erkenntnis fallen somit zusammen. Auf der unreflektierten Stufe des Narziss resultierte Bewusstlosigkeit - Narziss „ertrank“ in seinem Spiegelbild -, als Blick und Angeblicktes, Subjekt und Objekt in eines fielen. Hier kann man an die Bedeutung des Namens von Narziss erinnern: Ihm liegt nämlich ein vorgriechisches Wort zugrunde, mit dem auch „Narkose“ zusammenhängt - wahrscheinlich, weil das Narzissenöl narkotisierende Wirkung entfaltet. Hier, auf der selbstreflexiven Stufe des Ödipus, handelt es sich um ein Geschehen, das sich *in* Ödipus ereignet; er selber verliert sich nicht, als er sich erkennt.

Klinisch gibt es auf der dritten Reifestufe einen direkten objektalen Bezug zur eigenen Person. Parallel dazu werden andere Menschen in ihrer individuellen Persönlichkeit wahrgenommen und als personales Gegenüber erlebt. Der vormals im interaktionellen Außen lokalisierte „Blick“, der die Identität des Subjektes feststellt, ist jetzt als intrapsychische Fähigkeit zur Selbstobjektivierung in Wahrnehmung, Beobachtung und Beurteilung angeeignet. Das Subjekt verfügt über die Fähigkeit zur Selbstreflexivität. Deshalb heißt diese Stufe die „*selbstreflexive*“. Die Fähigkeit zur Objektivierung des eigenen Selbst stellt mit den beiden Polen von „Ich“ und „Ich-

mich“ die Voraussetzung dar für die affektiv-kognitiv evaluierende Akzeptanz eines dritten Poles, der durch das als eigenständig wahrgenommene Objekt (bzw. dessen Repräsentanz) gebildet wird (strukturelle Triangulation). Mit der „Verfügbarkeit“ der Selbstreflexivität geht eine Differenzierung des Beziehungserlebens nach innen und außen einher; es eröffnet sich eine Tiefendimension des Erlebens der eigenen Person und eine solche der Wahrnehmung anderer Menschen. Die eigene Person und andere Menschen können trotz ihrer Unterschiedlichkeit in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft als mit sich identisch erlebt werden. Eigene Intentionen, Gefühle, Wünsche und Handlungen können eigenverantwortlich vertreten werden. Ein anderer Aspekt der Ausdifferenzierung des Beziehungserlebens ist eine Zunahme der Affektdifferenzierung. So ist eine zentrale Angst nicht zu identifizieren; dem Subjekt steht der Angstaffekt als Gefahrensignal situationsbezogen zur Verfügung. Konflikte werden intrapsychisch, an Repräsentanzen gebunden erlebt. Dem Subjekt stehen die Fähigkeiten zu Kompromiss und Versöhnung zur Verfügung.

Psychodynamisch finden sich bei jedem Menschen Merkmale jeder Position. Trotzdem scheint es klinisch möglich, Gruppen zu bilden, die durch das Überwiegen jeweils einer Funktionsebene gekennzeichnet sind.

Der jetzt folgende Teil dieser Arbeit ist empirisch orientiert. Es handelt sich um die klinische Relevanz des vorgestellten Konstruktes; es geht zentral um die Frage, ob sich das Konstrukt vom Selbstbezug etwa verwenden lässt, um Veränderungen von Patienten, die sich in Therapie begeben, zu beschreiben.

Die Operationalisierung des zentralen Konstruktes: „Wie lassen sich Narziss, Teiresias und Ödipus messbar machen?“ und die Durchführung der Untersuchung

Zur Beantwortung der Frage nach der Eignung des Konstruktes vom Selbstbezug zur Beschreibung von Veränderungen, die im Rahmen stationärer Psychotherapie erreicht werden können, wurde eine groß angelegte Studie durchgeführt. Es galt, die folgenden zwei zentralen Hypothesen³ zu prüfen:

1. Im Beobachtungszeitraum einer stationären Psychotherapie ist eine Veränderung in der Struktur des Selbstbezuges von der unreflektierten zur selbstreflexiven Stufe zu beobachten.
2. Veränderungen in der Struktur des Selbstbezuges gehen mit Veränderungen in der Symptomatik des Patienten einher.

Um die möglichen Veränderungen - von der Position des Narziss zu der des Ödipus - messen zu können, brauchte man ein dafür geeignetes Instrumentarium. Deshalb waren im Sinne einer Operationalisierung des zentralen Konstruktes Instrumente konstruiert worden - das „Klinische Reflexivitäts-Rating“ (KRR) und das Instrument „Veränderungen des

³ Es wird hier nur auf die beiden Haupthypothesen der Studie eingegangen. Die Fülle weiterer Hypothesen finden sich mit ihren Antworten in Seidler, 1999

Beziehungserlebens“ (BZE). Beide waren in einer Vorstudie auf Praktikabilität und Reliabilität geprüft worden, mit ermutigenden Ergebnissen (Seidler, 1997). Diese Instrumente dienen dazu, Merkmale des Konstruktes numerisch zu erfassen und manualgeleitet reliabel einzuschätzen. Im Rahmen dieser Studie wurden sie überdies erneut auf bestimmte Gütekriterien hin geprüft.

Die beiden Abbildungen 1 und 2 enthalten Ausschnitte aus den beiden genannten Instrumenten.

**BEURTEILUNGSBOGEN
„KLINISCHES REFLEXIVITÄTS-RATING (KRR)“**

Identifizierung des Indexpatienten (PIZ; Initialien; lfd. Nr.):
 Datum der Klinikaufnahme:
 Datum der Videoaufnahme:
 Datum des Ratings: Messpunkt:
 Identifizierung des Raters:
 Identifizierung der Dateneingabe:
 Datum der Dateneingabe:

1. Der Indexpatient verletzt Grenzen und Intimitätsräume anderer Gruppenteilnehmer:				
keine Anhaltspunkte bzw. nein	eher nicht	unentschieden	eher ja	ja

2. Der Indexpatient befürchtet, dass andere auf ihn aufmerksam werden:				
keine Anhaltspunkte bzw. nein	eher nicht	unentschieden	eher ja	ja

16. Der Indexpatient befürchtet, andere zu verletzen, ihnen „zur Last zu fallen“ oder „die Gruppe“ zu stören:				
keine Anhaltspunkte bzw. nein	eher nicht	unentschieden	eher ja	ja

23. Der Indexpatient übernimmt - z.B. in Erschrecken, Bestürzung, Bedauern, Anerkenntnis - Verantwortung für eigene Äußerungen und Handlungen:				
keine Anhaltspunkte bzw. nein	eher nicht	unentschieden	eher ja	ja

Abbildung 1: Beispielitems des Beurteilungsbogens „Klinisches Reflexivitäts-Rating (KRR)“

Für das Instrument **KRR** (Klinisches Reflexivitäts-Rating) wurden theoriegeleitet drei Skalen mit jeweils 10 Items gebildet, die die drei postulierten Dimensionen unreflektiert, außenreflektiert und selbstreflexiv abbilden. Die Antwortkategorien umfassen jeweils fünf Stufen („keine Anhaltspunkte bzw. nein/ eher nicht/ unentschieden /eher ja/ ja“). Zusätzlich gab es vier weitere Items, die globale Einschätzungen des Selbstbezuges verlangen.

**BEURTEILUNGSBOGEN „VERÄNDERUNGEN
DES BEZIEHUNGSERLEBENS (BZE)“**

Identifizierung des Indexpatienten (PIZ; Initialien; lfd. Nr.):
 Datum der Klinikaufnahme:
 Datum der Videoaufnahme:
 Datum des Ratings:
 Identifizierung des Raters:
 Identifizierung der Dateneingabe:
 Datum der Dateneingabe:

5. Der Indexpatient berichtet davon, bei anderen Menschen ihm bislang nicht vertraute Wahrnehmungen zu machen:				
keine Anhaltspunkte bzw. nein	eher nicht	unentschieden	eher ja	ja

6. Der Indexpatient berichtet davon, mit ihm bislang nicht vertrauten Gefühlen in Berührung gekommen zu sein:				
keine Anhaltspunkte bzw. nein	eher nicht	unentschieden	eher ja	ja

7. Der Indexpatient berichtet davon, dass er - im Unterschied zu „früher“ (= vor der Therapie) - jetzt häufig nicht so recht wisse, welchem der widerstrebenden Impulse er folgen solle:				
keine Anhaltspunkte bzw. nein	eher nicht	unentschieden	eher ja	ja

Abbildung 2: Beispielitems des Beurteilungsbogens „Veränderungen des Beziehungserlebens (BZE)“

Das Instrument **BZE** (Veränderungen des Beziehungserlebens) - besteht aus sieben Items. Die Skala wurde entwickelt für die Patienten, die über die Fähigkeit zur Selbstreflexivität als der dritten Stufe des Selbstbezuges weitgehend verfügen und bei denen konflikthafte Einschränkungen der Selbstwahrnehmungs- und Erlebnismöglichkeiten im Vordergrund stehen. Skalierung und Anwendung sind analog der dem KRR.

Diese neu konstruierten Instrumente zur Einschätzung struktureller Veränderungen wurden zu vier Messzeitpunkten an videografierte Gruppensitzungen angelegt. Eine stationäre Psychotherapie dauert auf der Station der Abteilung Psychosomatik der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg in der Regel zwölf Wochen, und Einschätzungen fanden unmittelbar nach der Aufnahme, nach vier Wochen, nach acht Wochen und nach 12 Wochen statt. Für jeden Patienten - insgesamt 76 - musste dabei das Videoband vollständig - das heißt eine Stunde lang - angesehen und zu jedem der im KRR 34 Items und im BZE 7 Items durch jeden der beiden Rater eine Einschätzung vorgenommen werden. Zusätzlich zu diesen neu entwickelten Instrumenten wurden einige etablierte Einschätzungsinstrumente mit verwendet.

Nun bezog sich die zweite der Hypothesen auf den Zusammenhang von Veränderungen im Selbstbezug und Veränderungen in der Symptomatik. Es war also auch notwendig, die Symptomatik reliabel einzuschätzen.

Auch hierzu wurde ein neues Instrumentarium entwickelt, das mittlerweile schon an verschiedenen Stellen zur Einschätzung kommt. Hier wurde die Linie verfolgt, dass krankheitswertige Symptome drei Bereichen zugeordnet werden können: dem körperlichen, dem sozialen und dem psychischen Bereich. Außerdem kann man Symptome haben, ohne an ihnen zu leiden, oder an etwas leiden, was sich aus einer Außenperspektive als eher geringfügig darstellt. Um diese drei Bereiche der Symptomatik in ihrer Bedeutung für den Patienten und aus einer quasi „objektiven“ Außenperspektive einschätzen zu können, wurde ein Einschätzungsinstrumentarium mit insgesamt 10

Items entwickelt. Die Einschätzungen mit diesem Instrument zur Symptomatik - SUK - wurde in einer speziell zu diesem Zweck eingerichteten „Befindlichkeitsvisite“ realisiert. Zwei Rater besuchten zu den vier Messzeitpunkten den jeweiligen Patienten nach entsprechender Terminmitteilung. Das Gespräch mit dem Patienten wurde gemeinsam geführt, die Codierungen getrennt voneinander vorgenommen. Die unterschiedlichen Ratings wurden instrumentenbezogen jeweils von anderen Projektmitarbeitern durchgeführt. Ihnen waren die Ergebnisse der jeweils anderen Ratings nicht bekannt.

Um Gelegenheit zu haben, eine hinsichtlich der therapeutischen Einflussfaktoren relativ gleichförmige Gruppe zu untersuchen, wurden für die Dauer eines Jahres alle die Patienten in die Untersuchung einbezogen, für die initial eine Therapiedauer von 12 Wochen verabredet worden war und die die initial verabredete Therapiedauer nicht vorzeitig beendeten. Insgesamt erfüllten 76 Patienten beide Bedingungen.

Die Diagnosen der in die Studie einbezogenen 76 Patienten - 75, 3 % Frauen, 24, 7 % Männer, mittleres Alter: 30 Jahre - sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Insgesamt ist die untersuchte Stichprobe durch einen sehr hohen Anteil junger Patienten gekennzeichnet. Sie sind überwiegend ledig und kinderlos. Der Großteil verfügt über eine höhere Schulbildung und ist berufstätig. Über die Hälfte aller Patienten hat bereits vor dem Aufenthalt in der Klinik psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen. Im Hinblick auf die Diagnosen zeigt sich ein deutlicher Schwerpunkt bei den Persönlichkeitsstörungen.

Diagnose	Kodierung nach ICD-10	Häufigkeit	% ¹
Phobische/ Angst-/Zwangsstörungen	F40 - F42	21	27,6
Affektive Störungen/ Belastungsreaktionen	F30 - F39/ F43	33	43,4
dissoziative/ somatoforme Störungen/ psychisch beeinflusste körperliche Störungen	F44 - F45	25	32,3
Eßstörungen	F50	21	27,6
Persönlichkeitsstörungen	F60	49	64,5
weitere Kategorien	F48.1 - F48.9/ F51.0 - F 51.9 F68.0 - F69.9 ²	3	3,9

¹ Der prozentuale Anteil bezieht sich auf die gesamte untersuchte Stichprobe von N=76. Es wurden auch - zusätzlich zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung - weitere Doppeldiagnosen vergeben; dadurch erklärt sich die Summe der Prozente

² F48.1 - F48.9: Depersonalisations-/Derealisationssyndrom, andere/nicht näher bezeichnete Neurosen; F51.0 - F51.9: Schlafstörungen; F68.0 - F69.9: andere/nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung

Die Untersuchung wurde in einem naturalistischen Design auf der 22-Betten-Station der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg durchgeführt. Die Studie stellt eine nicht kontrollierte Verlaufsbeobachtung an einem stationären Patientensample dar.

Im Rahmen der Auswertung wurden zunächst die Veränderungen in den einzelnen Skalen berechnet und dann die Zusammenhänge zwischen den Veränderungen der einzelnen Skalen herausgearbeitet. Was den KRR, das zentrale Instrument, angeht, wurden auch hier die Veränderungen in den einzelnen Skalen berechnet, also die Veränderung in der Unreflektiertheit, in der Außenreflektiertheit und in der Fähigkeit zur Selbstreflexion. Zusätzlich wurde aber noch zu jedem der Messzeitpunkte ein Gesamtwert „G“ gebildet. Dieser Wert setzt die Ergebnisse der Skalen „Unreflektiertheit“ und „Selbstreflektiertheit“ zueinander in Beziehung. Es wurde nämlich vermutet, dass sich eine Zunahme an Selbstreflexivität in zwei Aspekten widerspiegelt: Einerseits wurde erwartet, dass sich die Patienten auf der Skala Selbstreflexivität verbessern, zum anderen, dass parallel dazu unreflektiertes Verhalten, wie es mit der Skala Unreflektiertheit gemessen wird, abnehmen würde. Der Gesamtwert „G“ drückt diese Überlegungen mathematisch aus: Der globale Kennwert „G“ des KRR wird ermittelt als Summe der Werte für die selbstreflexiven Verhaltensweisen abzüglich der Summe der Werte für die unreflexiven Verhaltensweisen. Er dient als Indikator, inwieweit ein Patient als selbstreflexiv zu bezeichnen ist. Die Differenz dieses Gesamtwertes „G“ von t_1 nach t_4 wird dann als Maß der Zunahme der Selbstreflexivität verwendet, da er ansteigt, wenn die selbstreflexiven Verhaltensweisen zunehmen und die unreflexiven Verhaltensweisen abnehmen.

Ergebnisse der empirischen Untersuchung: „Selbstreflexivität macht nicht glücklich, aber ‘ohne’ wird man auch nicht froh“

Im Rahmen dieser Studie wurden die Gütekriterien der neu entwickelten Fremdeinschätzungsinstrumente erneut geprüft; sämtliche Instrumente erfüllen die gängigen Gütekriterien. Die Daten und Werte finden sich in Seidler (1999).

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse der Studie beziehen sich auf die oben erwähnten zwei Haupthypothesen.

In der ersten Haupthypothese wurde postuliert, dass im Beobachtungszeitraum einer stationären Psychotherapie eine Veränderung in der Struktur des Selbstbezuges festzustellen sei im Sinne einer Entwicklung von der unreflektierten zur selbstreflexiven Stufe.

Diese Hypothese kann als bestätigt angesehen werden.

Die Begründung ergibt sich aus dem Nachweis eines signifikanten Anstieges der Selbstreflexivität, sowohl als Einzeldimension, insbesondere aber belegt durch den Anstieg des Gesamtkennwertes „G“.

Abbildung 3 zeigt Veränderungen auf der Dimension der Selbstreflexivität. Deren Zunahme ist signifikant ($n = 75$; $t = 2.31$; $df = 74$; $p = .02$). Auf die grafische Darstellung der anderen Werte wird hier verzichtet. Auch die Zunahme im Ge-

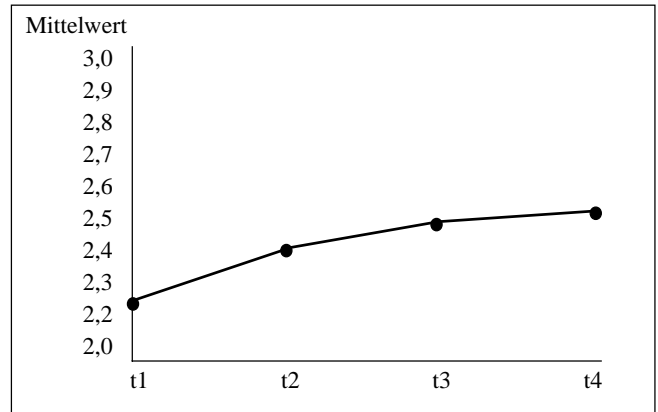


Abb. 3: Veränderungen im Ausmass der Selbstreflexivität

samtwert „G“ ist signifikant, ebenso die Werte in der Zunahme der Beziehungsfähigkeit und die der Abnahme in jedem der drei Symptombereiche.

Interessanter aber als diese Einzelergebnisse sind die korrelativen Befunde. Hier werden nur die von ihnen vorgestellt, die eine Beantwortung der zweiten Haupthypothese ermöglichen. In ihr wurde postuliert, dass eine Zunahme der Selbstreflexivität korreliert ist mit einer Abnahme der Symptomatik.

Auch diese Hypothese kann aufgrund der Korrelation beider Merkmale als weitgehend bestätigt angesehen werden. Es zeigte sich aber eine unerwartete Differenzierungsnotwendigkeit, auf die mit der Überschrift zu diesem Abschnitt angespielt wird.: „Selbstreflexivität macht nicht glücklich, aber ‘ohne’ wird man auch nicht froh“. Es wurde nämlich festgestellt, dass sowohl der Rückgang der somatischen als auch der der sozialen Symptomatik mit der Zunahme der Werte für die Selbstreflexivität einhergeht. Die Korrelationen sind der folgenden Tabelle zu entnehmen. Für die Einschätzung der psychischen Symptomatik konnte dagegen kein Zusammenhang ($r = -.06$, n. s.) nachgewiesen werden!

Die Höhe der Korrelationen ist durchaus als zufriedenstellend zu bezeichnen. Ob die Zunahme der Selbstreflexivität dabei eine notwendige oder sogar hinreichende Bedingung für den Symptomrückgang im körperlichen und sozialen Bereich darstellt, lässt sich innerhalb eines korrelativen Ansatzes empirisch nicht überprüfen.

SUK-Dimension	somatisch	sozial	psychisch
Veränderung der SUK Dimension ($t_1 - t_4$)	$p = .00^{**}$	$p = .00^{**}$	$p = .00^{**}$
Korrelation zur Zunahme im KRR	$r = -.28^*$ $p = .02$	$r = -.33^{**}$ $p = .00$	$r = -.06^{n.s.}$ $p = .62$

Tabelle 2: Zusammenhang von Veränderungen im SUK und im KRR

Wie bereits erwähnt, gibt es einen signifikanten Rückgang in jedem der drei Symptombereiche gibt. Jetzt geht es aber um die Korrelationen zu dem Anstieg in der Fähigkeit, sich selbst zum Gegenstand von Wahrnehmung, Beobachtung und Beurteilung zu nehmen, also zum Anstieg in der Selbstreflexivität. Dazu zeigt die Tabelle 2, dass sowohl der Rückgang der somatischen als auch der der sozialen Symptomatik mit der Zunahme der Werte für die Selbstreflexivität einhergeht. Ein Rückgang der psychischen Symptomatik korreliert hingegen nicht mit einer Veränderung in der Selbstreflexivität! Mit anderen Worten: In der gesamten Gruppe der untersuchten Patienten ist die Symptomatik in jedem der drei Bereiche rückläufig. Ebenfalls ist in der gesamten Gruppe eine deutliche Zunahme der Selbstreflexivität zu beobachten. Dabei zeigt eine Untersuchung der Zusammenhänge, dass ein Anstieg im Niveau des Selbstbezuges einhergeht mit einer Abnahme der Symptomatik im körperlichen und sozialen Bereich. Die Patienten, bei denen es auch eine Abnahme der psychischen Symptomatik gibt, sind aber andere als die, bei denen es einen Zuwachs an Selbstreflexivität gibt; diese beiden Merkmale hängen nicht zusammen. Man kann also auf jedem Niveau psychische Symptome haben, obwohl diese nach einer stationären Psychotherapie weniger stark ausgeprägt sein werden als vorher.

Die Befunde geben Anlass zu der Überlegung, dass die Fähigkeit zur Selbstreflexivität für den Patienten *nicht* zu einer psychischen Entlastung und damit zum Rückgang der psychischen Symptomatik aus seiner Binnensicht beiträgt. Aus der Perspektive der zugrunde liegenden theoretischen Orientierung ist dies durchaus einleuchtend, da anzunehmen ist, dass zusammen mit dem Anstieg der Selbstreflexivität vormals körperlich erlebte und/oder sozial ausagierte Probleme jetzt psychisch darstellbar werden. Diese Formulierung berührt die Vermutung einer mit dem Anstieg der Selbstreflexivität einhergehenden Zunahme symbolisierender Fähigkeiten, welche als solche nicht direkt untersucht wurde.

Die Ergebnisse bestätigen die Eignung des Konstruktes vom Selbstbezug zur Erfassung von Veränderungen, die im Rahmen stationärer Psychotherapie erzielt werden können. Dabei ist insbesondere das Feld der dort realisierten Gruppenpsychotherapie zur Beobachtung derartiger Veränderungen geeignet.

Literatur

- Heigl-Evers, A., Heigl, F. (1983). Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 29, 1-14.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. (1988). Zum Prinzip „Antwort“ in der psychoanalytischen Therapie. In: R. Klußmann, W. Mertens, F. Schwarz (Hrsg.): Aktuelle Themen der Psychoanalyse (S. 85-97). Berlin: Springer.
- Kerényi, K. (1956). Die Mythologie der Griechen. Bd. 1: Die Götter- und Menschheitsgeschichten (4. Aufl.). München 1979: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Kerényi, K. (1958). Die Mythologie der Griechen. Bd. 2: Die Heroen-Geschichten (4. Aufl.). München 1979: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Ovidius Naso, P. (1992). Metamorphosen. Lateinisch und deutsch. In: Deutsche Hexameter, übertragen und herausgegeben von Erich Rösch. Mit einer Einführung von N. Holzberg (13. Aufl.). Zürich: Artemis & Winkler.
- Ranke-Graves, R. v. (1955a). Griechische Mythologie. Quellen und Deutung, Bd. 1. Reinbek 1979: Rowohlt's Taschenbuch Verlag.
- Ranke-Graves, R. v. (1955b). Griechische Mythologie. Quellen und Deutung, Bd. 2. Reinbek 1979: Rowohlt's Taschenbuch Verlag.
- Rose, H. J. (1928). Griechische Mythologie. Ein Handbuch (7. Aufl.). München 1988: Beck.
- Seidler, G. H. (1994). Der Sog in die Monade: Die Elimination der Dritten Position. In: G. H. Seidler (Hrsg.): Das Ich und das Fremde. Klinische und sozialpsychologische Analysen des destruktiven Narzißmus (S. 9-23). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Seidler, G. H. (1995a). Der Blick des Anderen. Eine Analyse der Scham. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Seidler, G. H. (1995b). Narziß, Teiresias und Ödipus: Internalisierungsschritte von der „Interaktionellen Unbewußtheit des Gegenübers“ zur „Verinnerlichung der Urszene“. In: G. Schneider & G. H. Seidler (Hrsg.): Internalisierung und Strukturbildung. Theoretische Perspektiven und Klinische Anwendungen in Psychoanalyse und Psychotherapie (S. 95-115). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Seidler, G. H. (1997). Das Klinische Reflexivitäts-Rating. Ein Instrument zur Einschätzung struktureller Veränderungen schwer gestörter Patienten während stationärer Psychotherapie. In: Ch. Mundt, M. Linden & W. Barnett (Hrsg.): Psychotherapie in der Psychiatrie (S. 409-413). Wien: Springer.
- Seidler, G. H. (1999). Stationäre Psychotherapie auf dem Prüfstand. Intersubjektivität und gesundheitliche Besserung. Bern: Huber.

Priv.-Doz. Dr. med. Günter H. Seidler

Ltd. OA der Abteilung Psychosomatik der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg, 69115 Heidelberg, Thibautstraße 2, Tel.: 06221/56 5801, Fax: 06221/ 56 5330, e-mail: Guenter_Seidler@med.uni-heidelberg.de.