

REPORT **P** PSYCHOLOGIE 5-6 · 2000



Klinische Kinder- und Jugendlichen- psychologie in Deutschland

aus: Mein erstes Kinderbuch über Spieltherapie (dpv)

Originalia

Bioenergetische
Charakterkonzepte
aus persönlich-
keitspsycholo-
gischer Sicht

Informationen aus der Praxis

Therapeutische
Arbeit mit
Kultmitgliedern
bzw. -aussteigern

erschienen: Report Psychologie 5-6, 2000

Bioenergetische Charakterkonzepte aus persönlichkeitspsychologischer Sicht

Theo Fehr

Bioenergetische Charakterkonzepte aus persönlichkeits- psychologischer Sicht

Am Anfang stand der Versuch, ein Verfahren zur objektiven Bestimmung der bioenergetischen Typen konstruieren, das Körpertherapeuten einen verlässlichen Bezugspunkt in ihrer praktischen Arbeit bieten sollte. Dies führte zwangsläufig zur Frage der persönlichkeitspsychologischen Relevanz der Charaktere in der bioenergetischen Analyse.

Und es setzte eine Auseinandersetzung mit der bioenergetischen Analyse in Gang, die Ausgangspunkt neuer Denkmodelle und Thesen darstellt, andererseits auch traditionelle psychodynamische Sichtweisen der Kindheitsentwicklung bestätigt.

Theo Fehr

Dimensional oder kategorial ?

Die Entwicklung der Konstrukte psychodynamischer Charaktere im klinischen Bereich und die Erforschung der grundlegenden Persönlichkeitsdimensionen in der Persönlichkeitspsychologie erfolgte bis heute auf relativ getrennten Wegen. Während es ein Anliegen der persönlichkeitspsychologischen Forschung ist, grundlegende und allgemein verbindliche Persönlichkeitsdimensionen zu finden und zu beschreiben, ist die Erfassung von Charakterstrukturen beim Kliniker traditionell phänomenologisch ausgerichtet und resultiert vor allem aus der klinischen Empirie. Schwerpunktmäßig überwiegen daher in der persönlichkeitstheoretischen Forschung multifaktoriell ausgerichtete statistische Verfahren, die auf an mehr oder minder großen Stichproben gewonnenen Daten angewendet werden, wohingegen im klinischen Bereich in der Regel begrenzte Stichproben, Einzelfallanalysen und phänomenologische Herangehensweise das Feld beherrschen.

Seit einigen Jahren ist z.B. bei der Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen verstärkt ein Bemühen zu beobachten, der kategorial erfolgenden Diagnostik eine dimensional begründete an die Seite zu stellen oder womöglich die erste durch die zweite ganz oder teilweise zu ersetzen. Anstelle der Frage, *ob* eine Persönlichkeitsstörung vorliegt *oder nicht*, träte die Frage nach der Stärke der Ausprägung einer Persönlichkeitsdimension – was dann mit Fragebögen erfaßt werden könnte. Costa und andere (1993) demonstrieren dies mit dem weiter unten ausführlicher dargestellten Fünf-Faktoren Modell der Persönlichkeit, indem sie klassische Kategorien von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-III-R aus der Perspektive fünf grundlegender Persönlichkeitsdimensionen und deren je 6 Facetten (insgesamt also 30 Facetten) zu beschreiben versuchen (s. dazu auch Fiedler 1998).

Widiger und Frances heben als drei Vorteile des dimensionalen Ansatzes hervor, daß er zur Auflösung einer Vielzahl klassifikatorischer Dilemmas beitrage (1), daß er mehr Information zur Verfügung stelle (2) und daß er flexibler sei (3). Studien wie z. B. von McGlashan (1987) lassen vermuten, daß der dimensionale Ansatz mit dem Problem der Komorbidität besser zurechtkommen könnte als die DSM-III-R Kriterien. Dem Vorteil der klinisch notwendigen Entscheidungsfindung, den die kategorialen DSM-Systeme für sich beanspruchen können, kann von seiten des dimensionalen Ansatzes durch „cut-off-points“ entsprochen werden.

Der folgende Beitrag versucht, den dimensionalen Ansatz auf das Konzept psychodynamisch fundierter Grundtypen, wie sie in den von A. Lowen formulierten Charakterstrukturen (Lowen, 1980) vorliegen, anzuwenden. Auf diese Weise möchte ich eine Brücke zwischen den Typen traumatischer Strukturen der traditionellen bioenergetischen Analyse und dem dimensionalen Ansatz der Persönlichkeitspsychologie schlagen. Die von Lowen formulierten Typen – schizoid, oral, psychopathisch, masochistisch, rigid, phallisch, hysterisch - stammen aus der psychodynamischen Tradition S. Freuds via W. Reich, jeder dieser Begriffe steht im entwicklungspsychologischen Kontext einer spezifischen Reifungsphase der Kindheit (s. dazu weiter unten).

Ein dimensionales Konzept der bioenergetischen Analyse

Es werden folgende Anpassungen und Modifikationen des Modells der bioenergetischen Charaktertypen von Lowen vorgeschlagen:

1. *Charakterdimensionen statt Charaktertypen*: Anstelle der kategorialen Einstufung (Beispiel: „jemand ist entweder oral geprägt oder nicht“) schlage ich eine linear-dimensionale Klassifizierung vor, derzufolge jeder Mensch auf einer (hier zum Beispiel oralen) Skala gemäß der Stärke seiner oralen Prägung klassifiziert werden kann.
2. *Zu jedem traditionellen bioenergetischen „Charakter“ (Beispiel: „oral“) ist sein polares Gegenstück (in diesem Beispiel: „kompensiert oral“) zu bestimmen*. Eine bioenergetische Charakteranalyse ergibt folglich ein Profil von Werten auf mehreren Skalen (schizoid, oral, psychopathisch ...). Jede Skala spannt dabei eine Dimension zwischen zwei Extremen (Beispiel: „oral – kompensiert oral“) auf, deren eines Ende durch einen der klassischen bioenergetischen Charaktere markiert wird.
3. *Es bedarf einer Beschreibung, Einordnung und Ortsbestimmung der so konstruierten bioenergetischen Charakterdimensionen in Beziehung zum persönlichkeitspsychologischen Modell*. Hieran werden sich in Zukunft auch die neueren spekulativen Systeme – wie z.B. Johnson (1994) zu messen haben.

Charaktertypen in der bioenergetischen Analyse und die „Big Five“

Die hier mitgeteilten Befunde ergaben sich in einfacher Konsequenz meines Versuches, ein Instrument zur objektiven Erfassung bioenergetischer Charaktertypologie („Bioenergetische Prozess-Analyse“, BPA, FEHR, 1998) zu konstruieren. Der Vorgang der statistisch geleiteten Erarbeitung dieses bioenergetischen Inventares im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit in der eigenen Praxis nahm einige Jahre in Anspruch und fand parallel zur laufenden körperorientierten Psychotherapie statt. Nach diversen Schritten statistischer Vorprüfung filterte sich aus einem Gesamt von 144 Items, die zunächst in enger Anlehnung an Bäuerle (1990) und Lowen (1980) formuliert worden waren, durch statistisch geleitete Selektion ein Itempool von 86 Fragen zur Erfassung der bioenergetischen Charaktere A. Lowens heraus, die ich in seiner ursprünglichen eigenen Formulierung vorab kurz in Erinnerung rufen möchte:

„schizoid“:

Die schizoide Charakterstruktur ist nach Lowen zum einen durch eine Tendenz zur Spaltung der ganzheitlichen Funktion der Persönlichkeit gekennzeichnet – z.B. durch die Neigung, Denken und Fühlen zu trennen. Was der Schizoide denkt, scheint keinen Zusammenhang damit zu haben, was er fühlt oder wie er sich verhält. Zum anderen fällt beim Schizoiden ein Rückzug nach innen auf, der mit einer Unterbrechung oder einem Verlust des Kontaktes

zur Außenwelt oder zur Realität einhergeht. Die schizoide Persönlichkeit verfügt nur über ein begrenztes Selbst-Gefühl, ein schwaches Ich und einen deutlich reduzierten Kontakt zum Körper und dessen Gefühlen. Schizoide haben eine schwache Ich-Abgrenzung, sind dementsprechend überempfindlich und meiden gefühlsbetonte Beziehungen.

„oral“:

Menschen mit einer oralen Struktur weisen nach Lowen viele Merkmale der oralen Lebensphase (Babyalter) auf: Mangelnde Selbständigkeit; Neigung des Anklammerns an andere; verminderte Aggressivität und die Erwartung, von anderen gehalten, gestützt und behütet zu werden. Orale Menschen leiden unter innerer Leere und haben starke innere Sehnsuchts- und Wunschgefühle. Sie leiden oft unter starken Schwankungen der Stimmungslage zwischen Depression und grundloser Freude. In der kompensierten Form verhalten sich diese Menschen übertrieben selbständig.

„psychopathisch“:

Lowen beschreibt als typisches Merkmal der psychopathischen Struktur das Leugnen von Gefühlen, insbesondere sexueller Gefühle. Der psychopathische Charakter strebt nach Macht und möchte andere Menschen steuern oder beherrschen. Als Mittel setzt er dabei Druck (Tyrannei) oder Manipulation (Verführung) ein. - Diese Probanden sind also auffallend bemüht, „alles im Griff“ und „alles unter Kontrolle“ zu haben. Meist verdrängen, leugnen und kompensieren sie mehr oder weniger erfolgreich ihre ungestillten starken oralen Bedürfnisse sowie ihre Erlebnisse der Machtlosigkeit und Hilflosigkeit, durch die sie sich latent bedroht fühlen.

„masochistisch“:

Diese Patienten leiden unter erheblichen Minderwertigkeitsgefühlen, geben sich anspruchslos und sind jederzeit unterwürfig um Anpassung und Unterordnung bemüht, zeigen jedoch eine starke latente trotzig und beharrliche passive Abwehr, die sie bei genügend äußerem Druck offenbaren; im Inneren hegt der masochistische Charakter Haß-, Negativismus- und Überlegenheitsgefühle. Die drohende emotionale Explosion wird durch eine starke Muskelstruktur eingedämmt. Selbstdurchsetzung und Aggression sind bei diesem Typ stark gehemmt. Stattdessen beherrschen Klagen und Jammern und die Neigung zu Opferrollen das Bild. Nahrungsaufnahme und Defäkation spielen eine hervorgehobene Rolle.

„Rigidität“:

Rigidität ist nach Lowen gekennzeichnet durch eine steife, stolze Haltung, die Unnahbarkeit signalisieren soll. Der rigide Charakter ist ständig auf der Hut, nicht ausgenutzt oder manipuliert zu werden. Diese Patienten kennzeichnet ein kämpferisches, mitunter aggressiv-verletzendes Verhalten, sie sind kompetitiv, egozentrisch, willensbetont und widerstandsfreudig, lieben das Kräfteressen und wollen sich um jeden Preis durchsetzen. Zu diesem Typus gehören der phallische und der hysterische Charakter.

„phallisch“:

Dies beschreibt vor allem die aggressiv-verletzende und herausfordernde, rivalisierend-dominante, ungeduldig-erregbare Art des phallischen Typs, bei dem sich viel um die (sexuelle) Potenz dreht.

„hysterisch“:

Das Seelenleben und Verhalten dieser Patienten ist emotional übertrieben, schauspielernd, aufmerksamkeitsheischend und dramatisch. Dieser Charakter neigt zu übersteigerten gefühlsmäßigen Reaktionen, deren Aufruhr sich im vegetativen Körpergeschehen stark widerspiegelt. Sex wird als Abwehr gegen tiefes Sich-Einlassen benutzt.

Die im folgenden berichteten Ergebnisse beruhen auf einer Anwendung der BPA auf eine Stichprobe von 216 Patienten einer klinisch-psychologischen Praxis, die sich in längerfristiger Körperpsychotherapie befanden. Die Patienten füllten den Fragebogen mit wenigen Ausnahmen in den ersten Wochen der Psychotherapie aus, meist nach der ersten oder zweiten Sitzungsstunde. Die alters- und geschlechterbezogene Verteilung ist aus Tab. 1 zu entnehmen. Für die Verteilung der Störungsbilder, die Teilstich-

proben der Gesamtstichprobe darstellen, verweise ich auf den Abschnitt über das bioenergetische Symptomprofil.

	<21	21-30	31-40	41-50	51-60	>60	?
weiblich	3	33	56	30	14	0	136
männlich	1	15	32	22	9	1	80
gesamt	4	48	88	52	23	1	216

Tabelle 1: Zusammensetzung der Stichprobe nach Geschlecht und Alter

Multiple Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalysen mit Varimaxrotation) zeigten bei Lösungen mit fünf und mehr Faktoren fünf stabile Persönlichkeits-Faktoren, die dem Fünf-Faktoren-Modell von *fünf hauptsächlich Persönlichkeitsdimensionen*, den „Big Five“, entsprachen, wie sie etwa von McCrae und Costa (1987), Goldberg (1993) und anderen formuliert wurden (s. Tab. 2).

Die „Big Five“ (nach dem NEO-FFI, BORKENAU und OSTENDORF, 1993)	
Neurotizismus	emotionale Stabilität versus emotionale Labilität („Emotionalität“)
Extraversion	Extraversion versus Introversion
Offenheit für Erfahrungen	Bildung, Idealismus, unkonventionell versus Konvention, Konservatismus, Zähigkeit
Verträglichkeit	Umgänglichkeit, Passivität, Fügsamkeit versus Unabhängigkeit, Antagonismus, Widerspruchsgeist
Gewissenhaftigkeit	Gewissenhaftigkeit, Pedanterie versus Nachlässigkeit, Impulsivität

Tabelle 2: Die „Big Five“

Da die im Laufe des Selektionsprozesses der Testkonstruktion ausgewählten Items typische Merkmale der Lowen'schen Charaktere widerspiegeln, konnten mithilfe der Items die bioenergetischen Charaktere im Fünf-Faktoren Modell relativ zuverlässig lokalisiert werden. Die in dieser Untersuchung gefundenen Faktoren können als Pendant der Big Five angesehen werden, zeigen aber aufgrund der besonderen Perspektive und Ausgangslage unserer Fragestellung teils mehr, teils weniger gute Übereinstimmung mit ihnen. Hiermit bestätigte sich die Erfahrung anderer Forscher (Fiedler 1998), daß die endgültige und „allgemeinverbindliche“ Formulierung und Etikettierung der „Big Five“ noch erst zu leisten sein wird.

Faktor	Varianz %	Beschreibung der „BPA-Big Five“
1	9.38	Emotionale Belastbarkeit, Stabilität versus subjektive Unzulänglichkeit und Insuffizienz, Neurotizismus („emotional stability - neuroticism“)
2	4.86	Antagonistisch-rigides versus altruistisch-tolerantes-verträgliches (selbstloses, nachgiebiges und zurückhaltendes) Sozialverhalten („antagonism - agreeableness“)
3	3.71	Gewissenhaftigkeit, Pedanterie versus Nachlässigkeit, Unzuverlässigkeit, Risikofreude („conscientiousness - undirectedness“)
4	4.57	Kontakt- und Kommunikationsfreudigkeit versus Zurückhaltung und Hemmung („Extraversion - Introversion“)

5	5.02	bildungs- und statusbetonter Geltungsdrang, Ehrgeiz, Beweglichkeit versus masochistische Unterwürfigkeit, Unbeweglichkeit, Trägheit, Minderwertigkeitsgefühl („openness“; „Offenheit für Erfahrung versus konventionell, traditionell, konservativ, konformistisch; emotional gedämpft reagierend“)
---	------	---

Tabelle 3: Die BPA-Big-Five

Die auf fünf Faktoren beschränkte Lösung erklärte nur knapp 28% der gesamten Varianz. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, daß die Streubreite der ausgewählten Items primär auf möglichst vollständige Abdeckung des Konstruktraumes der bioenergetischen Charakteranalyse abzielte.

Die bioenergetischen Charaktere ließen sich an den Polen der „Big Five“ wie folgt lokalisieren (Korrelationen s. Tab. 4):

Faktor 1 (Neurotizismus) repräsentiert am *neurotischen* Pol Oralität, Schizoidität und am *emotional stabilen* entgegengesetzten Pol Psychopathie. Faktor 2 (Antagonismus) ist das Big-Five-Pendant zu Lowen's Rigidität, Faktor 5 (Offenheit für Erfahrung, Beweglichkeit) entspricht dem masochistischen Typus am *unbeweglich-konformistisch-konservativen* Pol und der psychopathische Typ ist mit stärker als bei Faktor 1 am *offen-beweglichen* Pol von Faktor 5 vertreten. Weitere nennenswerte Bezüge des psychopathischen Typs finden sich zu den Faktoren Gewissenhaftigkeit und Extraversion. Im Unterschied zu den anderen bioenergetischen Charakteren ist damit der psychopathische Typ im persönlichkeitspsychologischen Raum faktorenanalytisch am wenigsten einheitlich bzw. prägnant repräsentiert, sondern vorwiegend eine „Mixtur“ aus den Faktoren *Neurotizismus, Beweglichkeit (Offenheit für Erfahrung), Gewissenhaftigkeit* und *Extraversion*. Gleichwohl gibt zu denken, daß die *psychopathischen Fragen* in der Clusteranalyse perfekt einheitlich in einem eigenen Cluster fusioniert waren.

Die Faktoren Gewissenhaftigkeit und Extraversion sind in der bioenergetischen Analyse anscheinend nicht adäquat eigenständig vertreten. Eine Neigung zum sozialen Rückzug (Introversion) kann bei masochistischen, oralen und schizoiden Personen, zu Extraversion bei psychopathischen, rigiden und phallischen Personen festgestellt, eine Tendenz zu Nachlässigkeit (Faktor Gewissenhaftigkeit) bei hysterischen, masochistischen, rigiden, schizoiden und oralen Personen und zu Gewissenhaftigkeit beim psychopathischen Typ beobachtet werden.

Die Größe der Varianzen der bioenergetischen Faktoren in FA-Lösungen mit 6 und mehr Faktoren überschritten kaum 6%, sie lagen beim:

- „oralen Faktor“ bei maximal 6.6%,
- „schizoiden Faktor“ bei maximal 5.7%,
- „antagonistischen (rigiden) Faktor“ bei maximal 5.5%,
- „masochistischen Faktor“ bei maximal 5.5%.

Bei einer insgesamt aufgeklärten Varianz von etwa 28% bei 5 Faktoren, 36% bei 8 Faktoren - ab hier beginnen sich ja erst den bioenergetischen Typen entsprechende Faktoren auszugliedern, bis hin zu 44% bei 12 Faktoren fällt der Prozentsatz, den bioenergetisch-typologische „Faktoren“ vom Gesamt der Persönlichkeitsstruktur („Charakter“) aufklären, mit schätzungsweise 50% der *aufgeklärten* Varianz (also circa 17% bis 25% der *Gesamt-varianz* = aufgeklärte Varianz plus Fehlervarianz plus spezifische Varianz) vergleichsweise gering aus. Von daher scheint es nicht gerechtfertigt, ein Konzept, mit dem ein so geringer Teil des „Charakters“ erfaßt wird, zum alleinigen oder vorwiegenden Koordinatensystem der Charakteranalyse zu erheben. Zum anderen läßt sich daraus herleiten, daß eine derart durchgeführte klinische Beurteilung zwangsläufig mit erheblichen Fehlern behaftet sein muss, da ihrem Instrumentarium ein erheblicher Teil des Gesamts der Persönlichkeit verborgen bleiben muss. Hier dürfte es sich vor allem um die unzureichende Repräsentanz der Hauptdimensionen „Extraversion-Introversion“ und „Gewissenhaftigkeit-Nachlässigkeit“ als *eigenständige Faktoren* in der Bioenergeti-

schen Analyse handeln. Diese Dimensionen tauchen bislang lediglich „versteckt“ auf, z.B. in der Zuschreibung des schizoiden Persönlichkeitsstils als vorwiegend introvertiert oder des psychopathischen Typs als eher extravertiert. -

Eine derartige Persönlichkeitsbeurteilung ist etwa so, als würde man das Volumen eines Kubus ausschließlich nach zwei Dimensionen - Länge und Breite, unter Ausser Acht Lassen der Höhe, bestimmen: Dies kann nur zu mangelbehafteten Resultaten führen.

Bei der Wahl zwischen der Konstruktion eines Inventares zur Erfassung bioenergetischer Strukturen nach Lowen *oder* der Zusammenfassung der Items zu Skalen entsprechend der Fünf-Faktoren-Lösung, entstand als gemeinsame Lösung ein Inventar mit insgesamt 10 Skalen zur Erfassung der Big Five *und* der bioenergetischen Charaktere. Die Reliabilitätskoeffizienten dieser Skalen (Cronbachs ?) sind in Tabelle 4 mit aufgeführt (erste Spalte).

Drei Entwicklungsphasen der Kindheit

Die Interkorrelationsmatrix der zehn Skalen der BPA (Tab. 4) gibt einen detaillierten Überblick über die Stärke der Zusammenhänge (Höhe der Korrelation) zwischen „Big Five“-Faktoren und bioenergetischen Skalen. Die bioenergetischen Skalen wurden dabei zeitlich in ungefähre Entsprechung zur bisherigen klinischen Tradition angeordnet. Dabei werden schizoide und orale Themen vorwiegend Einflüssen des *ersten Lebensjahres* zugerechnet, Psychopathie, Masochismus und Gewissenhaftigkeit denen *des zweiten bis etwa dritten Lebensjahres* und Extraversion, Antagonismus, phallische und hysterische Prägung denen *des etwa vierten bis etwa sechsten Lebensjahres*.

Big Five		?	Neurotizismus	schizoid	oral	psychopathisch	masochistisch	Gewissenhaftigkeit	Extraversion	Rigidität	phallisch
1	Neurotizismus	87									
	schizoid	77	78								
	oral	82	90	66							
	psychopathisch	72	-57	-52	-59						
5	masochistisch	77	55	59	53	-64					
3	Gewissenhaftigkeit	71	-36	-37	-33	65	-43				
4	Extraversion	70	-28	-29	-30	66	-40	07			
2	Rigidität	77	29	24	25	01	12	-39	34		
	phallisch	68	20	16	19	21	-06	-12	47	65	
	hysterisch	67	61	44	52	-32	39	-44	02	74	46

Tabelle 4: Konsistenzkoeffizienten und Interkorrelationen der phasenspezifisch angeordneten Skalen

Aus der Höhe der Korrelationen zwischen je zwei Skalen ist die Enge der ‚Verwandtschaft‘ zwischen ihnen ablesbar. Die Anzahl relativ hoher Korrelationen (Zusammenhänge) in der Matrix war Zeichen dafür, daß eine geringere Anzahl von Faktoren ausreichen würde, um das Wechselspiel der Zusammenhänge aufzuklären. Hierzu führte ich eine weitere Faktorenanalyse (FA) durch.

Die FA der Interkorrelationsmatrix - statistisch wegen der Doppelauswertung einiger Items für mehrere Skalen nicht korrekt - führte zu drei Faktoren 2. Ordnung, die insgesamt 79,87% (34,12%, 26,19% und 19,56%) der Varianz klären. Sie entsprechen mit Korrelationen über .90 gut den drei „basic factors“, die eine FA des *gesamten Itempools* - abgestellt auf nur drei Faktoren (hier als „basic factors“ bezeichnet, s. weiter unten) - erzielte.

Tabelle 5 stellt die Faktorladungsmatrix für die drei Faktoren 2. Ordnung dar. Die Matrix demonstriert den engen Zusammenhang von *Neurotizismus*, *schizoider* und *oralen* Struktur - in zweiter Linie *psychopathischer* und *masochistischer* Struktur - mit Faktor 1. *Psychopathische* und *masochistische* Struktur und *Gewissenhaftigkeit* sind vorwiegend Faktor 3 zuzuordnen und *Extraversion*, *Antagonismus (Rigidität)*, *phallische* und *hysterische* Struktur Faktor 2.

Das Interessante daran ist nun, daß die Struktur der Matrix die traditionelle psychodynamische Auffassung *dreier grundlegender Entwicklungsphasen innerhalb der Kindheit* bestätigt.

Skalen	Faktoren 2. Ordnung		
	1 <i>sensory attachment</i> ca. 1. Lj.	3 <i>sensorimotor-autonomy</i> ca. 2.-3. Lj.	2 <i>intracortical-initiative</i> ca.4.-6. Lj
Neurotizismus	95	14	13
schizoid	91	13	10
oral	80	25	05
psychopathisch	-53	-71	32
masochistisch	55	55	-18
gewissenhaft	-13	-90	-26
extravertiert	-41	-26	70
antagonistisch	11	25	88
phallisch	13	-14	86
hysterisch	50	32	63

Tabelle 5: Faktorladungen der einzelnen BPA-Skalen auf den Faktoren 2. Ordnung

Sie weist bei näherem Hinsehen eine deutliche Entsprechung mit den drei grundlegenden Entwicklungsstadien der Kindheit im Diathese (Vulnerabilitäts)-Streß-Modell von MILLON (1981) auf. Millon, der 1994 das auf DSM IV abgestellte Clinical Multiaxial Inventory-III veröffentlichte, unterscheidet unter Betonung der Wichtigkeit früher kindlicher - vor allem zwischenmenschlicher - Erfahrungen grob drei neuropsychologische Entwicklungsstufen, die er mit Ergebnissen der neuropsychophysiologischen Erforschung der Kleinkindentwicklung begründet:

Die *sensory-attachment stage* zwischen Geburt und etwa 18. Lebensmonat. Hier geht es um eine ungestörte Kind-Eltern-Beziehung mit einer Ausgewogenheit zwischen Über- und Unterstimulation und der Gefahr der Begründung von Unausgewogenheiten im Bereich der interpersonellen Abhängigkeit und Unabhängigkeit.

Die *sensorimotor-autonomy stage* etwa zwischen 12. Lebensmonat und dem 6. Lebensjahr ist gekennzeichnet durch Lernübergänge von der grobmotorischen zur feinmotorischen Regulation. Unterforderungen und zu wenig Anregung führen hier zu unzureichendem Neugierverhalten und mangelnder seelisch-körperlicher Beweglichkeit mit der Folge erhöhter Selbstunsicherheit, Passivität und Unterwürfigkeit. Überforderungen, übermäßiges Gewährenlassen steigern die Neigung zu übersteigter Selbstrepräsentation und sozialer Unangepaßtheit.

Die *intracortical-initiative stage* des Alters von 4 Jahren bis zur Adoleszenz ist die Zeit gesteigerten Zuwachses an höheren kortikalen Hirnfunktionen. Unterforderungen in dieser Phase können die Entwicklung eigener Lebensziele behindern und zu einem Mangel an Disziplin oder gesteigerter Impulsivität führen. Überforderung oder zuviel Gewährenlassen schränken die Entwicklung von Spontaneität, Flexibilität und Kreativität ein und begünstigen ein eher rigides, selbstbeschränkendes Persönlichkeitsmuster.

Von den Faktoren 2. Ordnung würde Faktor 1 dementsprechend den durch das *sensory-attachment stage* hervorgerufenen Anteil an Varianz, Faktor 2 den durch das *intracortical-initiative stage* hervorgerufenen Anteil und Faktor 3 den durch das *sensorimotor-autonomy stage* bedingten Varianzanteil.

teil erklären. Eine jedem dieser Faktoren entsprechende Skala sollte demnach hypothetisch Traumatisierungen in jeweils einer dieser Phasen erfassen.

In der auf drei „basic factors“ abgestellten FA des *gesamten Itempools* klärten die Faktoren 1 bis 3 jeweils Varianzanteile von 10.6%, 5,5% und 5,5%; die Konsistenzkoeffizienten (Cronbachs Alpha) lagen bei 90, 76 und 73. Dabei sind weder der relativ geringe Prozentsatz aufgeklärter Varianz noch die Konsistenzen des zweiten und dritten Faktors zufriedenstellend, was auf die große Streuung der Items innerhalb des mehrdimensionalen psychischen Raumes zurückzuführen ist. Es werden durch den gesamten Itempool eine Anzahl spezifischer Persönlichkeitsfacetten erfaßt (s.u.), was den Varianzanteil der generellen Faktoren schmälert. Mit einer gezielteren Auswahl von Items wäre es möglich gewesen, die statistischen Kennwerte hochzutreiben, was allerdings nicht Absicht der Untersuchung war.

Eine spekulativer Klassifikationsversuch integriert die verschiedenen Aspekte - Entwicklungsphasen, „Big Five“, psychodynamische Charaktere - unter der Perspektive einer zeitlichen Zuordnung, wobei die Polungen soweit möglich entsprechend den Korrelationen ausgerichtet wurden. (Tabelle 6). Die dort gegebene Skalenanordnung hat sich zwar in der therapeutischen Praxis unter pragmatischen Gesichtspunkten als recht brauchbar erwiesen und hat ihren heuristischen Reiz. Ich möchte jedoch betonen, daß die Zuordnung beim derzeitigen Stand rein hypothetisch erfolgt, da die Daten zum einen querschnittlich und zum anderen an Erwachsenen gewonnen wurden.

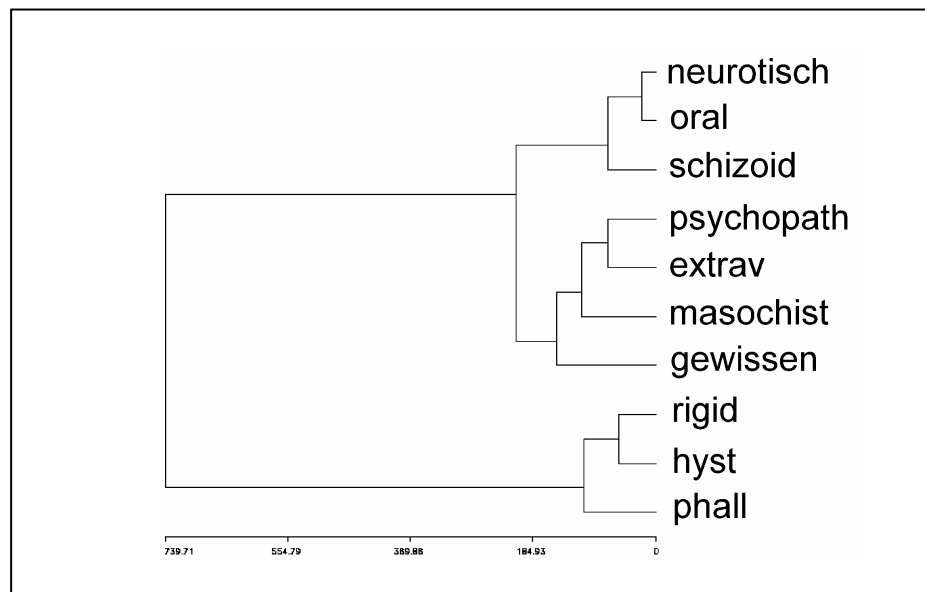
Skala	Skalen „Big Five“-Faktoren <i>kursiv</i>	Skalen „Big Five“-Faktoren <i>kursiv</i>	Stage	Alter	Faktor
1	<i>Neurotizismus</i>	<i>Emotionale Stabilität</i>			
2	<i>schizoid</i>	<i>kompensiert schizoid</i>	Sensory attachment	1. Lj.	1
3	<i>oral</i>	<i>kompensiert oral</i>			
4	<i>Machtlosigkeit, Ohnmacht</i>	<i>psychopathisch</i>			
5	<i>masochistisch</i>	<i>Geltungsdrang, Ehrgeiz, Beweglichkeit, Offenheit Für Erfahrung</i>	Sensorimotor-autonomy	2. / 3. Lj.	3
6	<i>Nachlässigkeit, Unzuverlässigkeit</i>	<i>Gewissenhaftigkeit, Pedanterie</i>			
7	<i>Introversion</i>	<i>Extraversion</i>			
8	<i>Verträglichkeit, Altruismus</i>	<i>Antagonismus, Rigidität</i>	Intracortical-initiative	4.- 6. Lj.	2
9	<i>Toleranz</i>	<i>Aggressive Rivalität (phallisch)</i>			
10	<i>Emotionale Zurückhaltung</i>	<i>Dramatik (hysterisch)</i>			

Tabelle 6: Gemeinsames hypothetisches entwicklungspsychologisches Modell der grundlegenden psychodynamischen Konstrukte und der fünf grundlegenden Persönlichkeitsdimensionen

Die entsprechend den Ladungen auf den 3 Faktoren 2. Ordnung erfolgte Gruppierung der Skalen wird von der Clusteranalyse (Minimum variance nach Ward, Distanzmaß squared Euclidean distances) im wesentlichen bestätigt. Allerdings taucht Extraversion dabei unerwartet gemeinsam mit Psychopathie, Masochismus und Gewissenhaftigkeit in einem Cluster auf. Davon abgesehen werden aber die Skalen in der Clusteranalyse in Reihenfolge und Anordnung identisch gruppiert wie in Tabelle 5 anhand ihrer Ladungen auf den Faktoren 2. Ordnung. Wir erhalten wieder drei Gruppen aus neurotisch-schizoid-oral, psychopathisch-extravertiert-masochistisch-gewissenhaft und rigid-hysterisch-phallisch. Wie nun Extraversion letztlich zuzordnen ist, müssen weitere Untersuchungen zeigen.

Die Clusteranalyse weist auf eine gewisse Nähe zu Theorien *dreier* grundlegender Faktoren, wie sie von Eysenck (1991), und anderen wie Zuckermann (1991) und Gray (1991) vertreten werden. Diesen Theorien ist das Bemühen gemeinsam, grundlegende Persönlichkeitsdimensionen und Verhaltenssys-

teme biologisch zu fundieren, indem sie mal enger, mal weiter zu bekannten physiologischen Strukturen – z.B. Neurotransmittern - in Beziehung gesetzt werden. Dabei spielen so grundlegende Konstrukte wie *Annäherung und Belohnung, Vermeidung, Hemmung und Bestrafung, Aggression und Fluchtverhalten* eine Rolle (s. Revelle, 1995). Unter diesem Aspekt ist das ‚neurotisch-oral-schizoide‘ Cluster Eysenck’s Neurotizismus und Gray’s Komplex „Angst, negativer Aspekt, Verhaltenshemmung > AVOIDANCE“ zuzuordnen; das zweite größere Cluster ‚psychopathisch-extravertiert-masochistisch (und zwar dessen Gegenpol: Unabhängigkeit, Bestimmtheit, Beweglichkeit) – gewissenhaft‘ entspräche Extraversion bei Eysenck und ‚verhaltensmäßiger Aktivierung, Impulsivität, positiver Affekt > APPROACH“ bei Gray. Das dritte Cluster ‚rigid, hysterisch, phallisch‘ schließlich entspräche Eysenck’s Psychotizismus-Faktor und bei Gray ‚FIGHT/FLIGHT, AGGRESSION“.



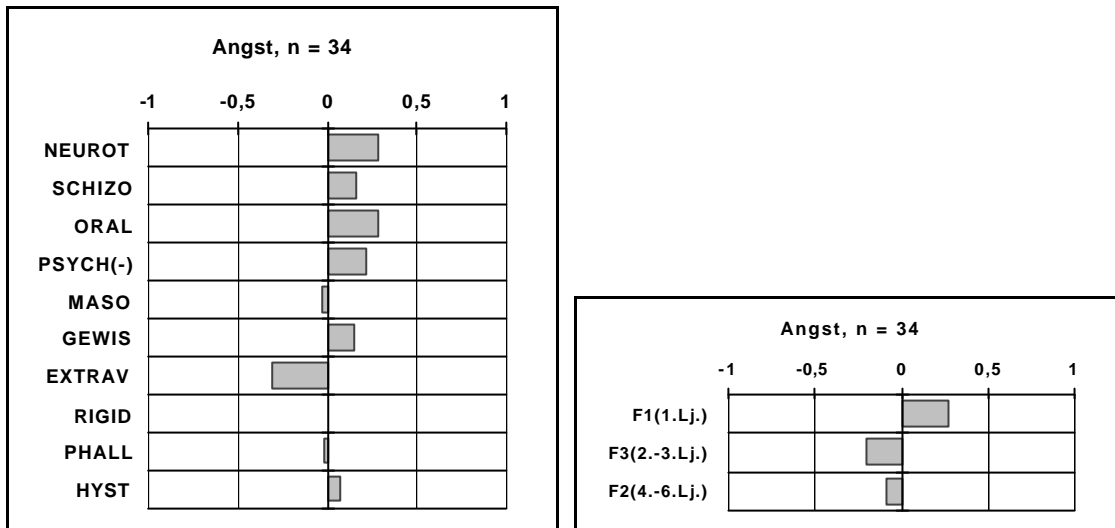
Clusteranalyse der 10 Skalen

Das bioenergetische Symptomprofil

Bei hinreichender Stichprobengröße ist die Darstellung verschiedener Beschwerdebilder als *Profil* möglich. Die folgenden Diagramme demonstrieren psychodynamische Profile von 34 Angstpatienten, 20 Panikpatienten, 13 phobischen, 16 Patienten mit oppressiven Beschwerden (Enge- und Beklemmungsgefühle im Brustbereich) und 20 Patienten mit Eßstörungen. Die begleitenden *Interpretationen* stützen sich ausschließlich auf Abweichungen, die mindestens das 5%-Signifikanzniveau erreichen.

Die Polung der zehn Skalen wurde gegenüber dem in Tabelle 6 dargestellten entwicklungspsychologischen Modell aus Gründen der Übersichtlichkeit und begrifflichen Prägnanz angepaßt. Bei der Psycho- pathie- und bei der masochistischen Skala wurde die Polung gegenüber dem Modell in Tabelle 2 umgekehrt. Der rechte positive Pol der „psychopathischen“ Skala kennzeichnet hier also „Macht-, Hilflosigkeit, Ohnmacht“ (Gegenpol zu „psychopathisch“), der rechte positive Pol der „masochistischen“ Skala kennzeichnet hier „masochistisch, konservativ, zäh, unbeweglich“ (als Gegenpol zu „Geltungsdrang, Ehrgeiz, Beweglichkeit“).

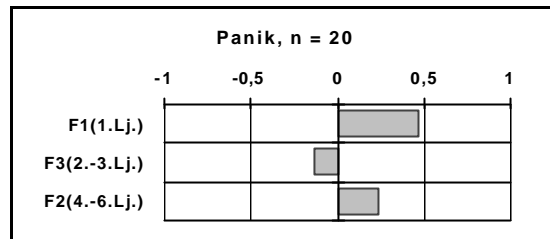
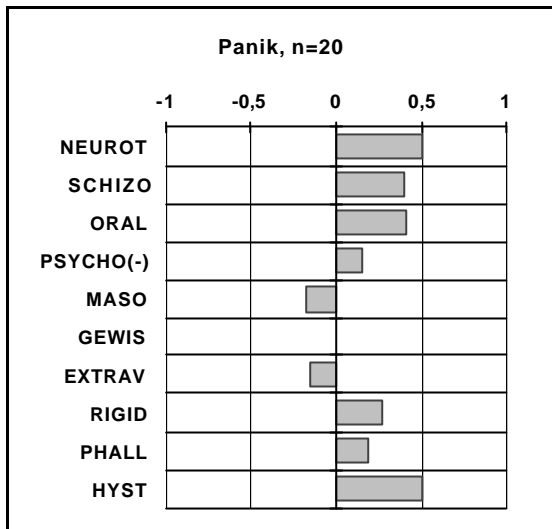
In dem rechten Diagramm aus drei Balken sind zusätzlich die Werte der drei „basic factors“ als Maß der hypothetischen Traumatisierung in jeder der drei Entwicklungsphasen dargestellt. Ich habe diese Werte entsprechend den *Entwicklungsphasen* von oben nach unten angeordnet: Oben basic factor 1 mit seinem hypothetischen Bezug zur frühkindlichen Phase, darunter folgt der basic factor 3 für die Entwicklungsphase 2. – 3. Lebensjahr und schließlich der basic factor 2 für die Phase ab etwa dem 4. Lebensjahr.



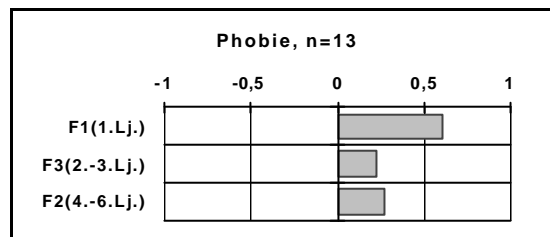
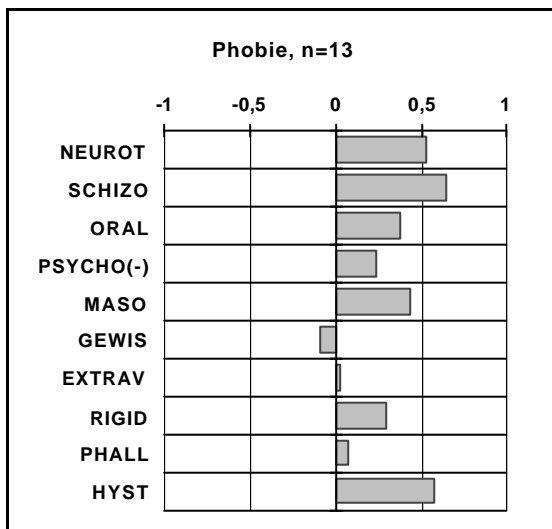
Durchschnittswerte von Angstpatienten in den Skalen der Bioenergetischen Prozess-Analyse. Skala Psycho(pathie) negativ gepolt: psychopathisch ? hilf-/machtlos; rechtes Diagramm: F1/2/3 = basic factors 1/2/3, Ausmaß der Traumatisierung in jeder hypothetischen Entwicklungsphase.

Für Angstpatienten kann eine frühkindliche Disposition mit Schwerpunkt innerhalb der ersten Entwicklungsphase (basic faktor 1) und hier im oralen Bereich (Themen Abhängigkeit, Unselbständigkeit, Ungeborgenheit) vermutet werden, die Tendenz zum sozialen Rückzug (soziale Angst, Extraversion vermindert) ist als Folge zunehmenden Vermeidungsverhaltens zu sehen.

Bei 20 Panikpatienten zeigt sich die frühe Traumatisierung - nun mit zusätzlich schizoidem (derealisierendem, depersonalisierendem) Einfluß - verstärkt, jedoch tritt hier im Gegensatz zu den Angstpatienten der zusätzliche negative Einfluß während der dritten Entwicklungsphase (basic faktor 2) deutlicher hervor. Es ist eine Betonung der antagonistischen (rigiden) Struktur mit Schwerpunkt auf dem hysterischen (dramatisierend - gefühlsübertreibenden) Anteil zu erkennen. Die frühkindliche Störung (basic faktor 1) ist deutlich stärker ausgeprägt als bei den reinen Angststörungen. Andererseits wird ein latent aggressives und widerstandsorientiertes Potential der Patienten sichtbar und die Funktion der Panik als zu einem erheblichen Teil zuwendungsprovozierende unbewußte Inszenierung unterstrichen.



Durchschnittswerte von Panikpatienten in den Skalen der Bioenergetischen Prozess-Analyse. Skala Psycho(pathie) negativ gepolt: psychopathisch ? hilf-/machtlos; rechtes Diagramm: F1/2/3 = basic factors 1/2/3, Ausmaß der Traumatisierung in jeder Entwicklungsphase.



Durchschnittswerte von phobischen Patienten in den Skalen der Bioenergetischen Prozess-Analyse. Skala Psycho(pathie) negativ gepolt: psychopathisch ? hilf-/machtlos; rechtes Diagramm: F1/2/3 = Basic factors 1/2/3, Ausmaß der Traumatisierung in jeder Entwicklungsphase.

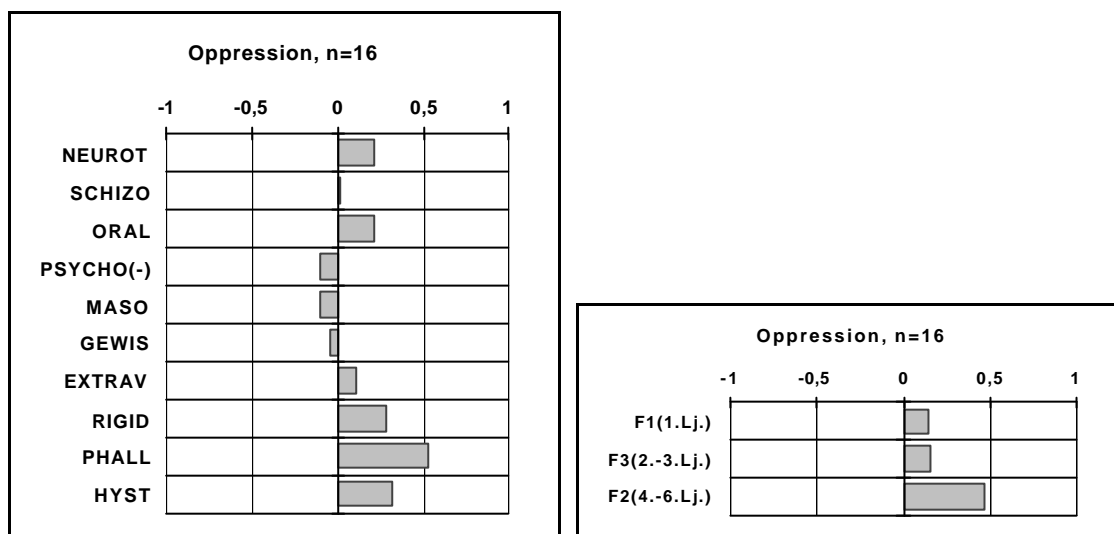
Die Werte der phobischen Patienten unterscheiden sich von denen der Panik- und der Angstpatienten dadurch, daß in der ersten Entwicklungsphase (basic factor 1) der schizoide Einfluß verglichen mit den ebenfalls deutlichen Abweichungen in Richtung Neurotizismus und Oralität dominiert, in der zweiten Entwicklungsphase (basic factor 3) imponiert die masochistische Polung („Opferrolle“), in der dritten Entwicklungsphase (basic factor 2) der - wie bei Panikpatienten - auffallend erhöhte hysterische Wert. Die frühkindliche Störung ist hier noch stärker ausgeprägt, es ist eine Steigerung des Wertes von den Angstpatienten über die Panikpatienten bis zu den phobischen Störungen zu erkennen.

Die schizoide Betonung deutet auf eine stärkere Beteiligung von abgespaltenen seelischen Bereichen hin. Ein Gefühl tieferer Verunsicherung, des Getrenntseins vom Körper und von der äußeren Realität, der Desintegration und Selbst-Fragmentierung („Angst vor dem Auseinanderfallen“) ist typisch für die Patienten (Diamond 1987). Viele Phobiker zeigen bereits als Kinder ein typischerweise scheues, ängst-

liches und zurückhaltendes Verhalten, das sich später stabilisiert und nach der Adoleszenz in phobischem Verhalten äußert (s. Turner und Beidel, 1989).

In der zweiten Entwicklungsphase (basic factor 3) vertieft sich dieses Muster. Das Selbstwertgefühl ist erheblich gestört, die Patienten fühlen sich unterlegen, minderwertig, leiden unter Schuld- und Schamgefühlen, neigen zu Opferrollen. Die Mutter wurde möglicherweise so erfahren, daß sie wenig individuell sensibel auf die Bedürfnisse des Kindes einging und dem Kind unter Druck (Strenge oder Überbehütung) die Routinen der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidung (Reinlichkeitserziehung) vermittelte.

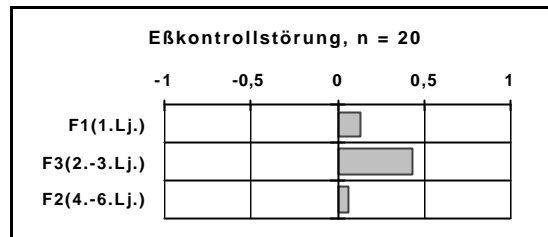
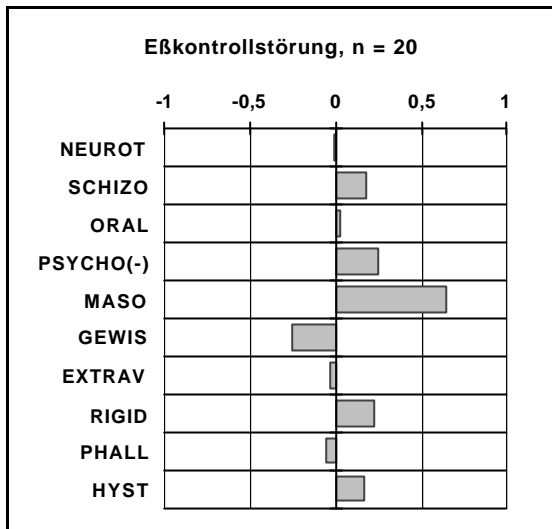
In der dritten Entwicklungsphase (basic factor 2) schließlich sah das Kind nur die Möglichkeit, die Lautstärke zu erhöhen und starken Gefühlsausdruck nach außen hin zu inszenieren, um hinreichende Zuwendung der Eltern zu erhalten, es kommt also eine aufmerksamkeitsheischende Komponente hinzu.



Durchschnittswerte von Patienten mit oppressiven Beschwerden in den Skalen der Bioenergetischen Prozess-Analyse. Skala Psycho(pathie) negativ gepolt: psychopathisch ? hilf-/machtlos; rechtes Diagramm: F1/2/3 = Basic factors 1/2/3, Ausmaß der Traumatisierung in jeder Entwicklungsphase.

Die unter Oppression (Lowen's „Blockade im Herzbereich, Herzpanzerung“ bei rigiden Persönlichkeiten) leidenden 16 Patienten schließlich bieten nur im antagonistischen (rigiden) Bereich, und hier vor allem in der phallischen Skala, kennzeichnend für die dritte Phase der Entwicklung (basic factor 2), signifikant erhöhte Werte. Offensichtlich stellt eine stärker entwickelte antagonistisch - phallische Komponente die hauptsächliche Disposition für oppressive Beschwerden dar. Einflüsse aus den anderen Entwicklungsphasen spielen demgegenüber keine nennenswerte Rolle.

Eine Gruppe von 20 Patienten mit Eßkontrollstörungen, meist Drangesser nach SCL-90-R, zeigt erwartungsgemäß die deutlichsten Abweichungen vom Durchschnitt in der masochistischen Skala. Diese Patienten neigen eher zum konservativen, zähen, unbeweglichen und unterwürfigen Pol der Skala und zu Minderwertigkeitsgefühlen. Der maximale traumatische Bezug wird für die zweite Entwicklungsphase angezeigt. Typisch für diese Patienten ist das Problem, im Essen Maß zu halten. Diese Patienten sind oft Gefangene eines Teufelskreises: Sie essen zuviel, haben daher ein schlechtes Gewissen und fühlen sich deprimiert wegen ihrer „Haltlosigkeit“, was wiederum dazu führt, daß sie den Drang verspüren, etwas zu essen.



Durchschnittswerte von 20 eßkontrollgestörten Patienten in den Skalen der Bioenergetischen Prozess-Analyse. Skala Psycho(pathie) negativ gepolt: psychopathisch ? hilf-/machtlos; rechtes Diagramm: F1/2/3 = basic factors 1/2/3, Ausmaß der Traumatisierung in jeder Entwicklungsphase.

Einzelaspekte

Differenzierbarkeit von Neurotizismus, Oralität und Schizoidität

Ab der 8-Faktoren-Lösung des Itempools beginnen sich Items schizoider Thematik aus dem *neurotischen Faktor* als eigenständiger Faktor auszugliedern. Bis zu dieser Lösung bleiben typisch *orale* Items - Angst, Angst vor Verlassenwerden, Angst vor Alleinsein, leichte Ermüdbarkeit, viele Sorgen - im Verband mit typischen *somatoformen vegetativen Symptomen* - wie leichtes Zusammenzucken, Herzjagen, Brustenge, Stechen in der Brust – zusammen mit den *schizoiden* Items in diesem gemeinsamen *neurotischen* Itempool. In den folgenden faktorenanalytischen Lösungen mit 9, 10, 11 und 12 Faktoren reduziert sich die Itemanzahl dieses Neurotizismus-Faktors auf typische Markiervariable der somatoformen Störung (s. Tabelle 7).

La- dung	Nr.	Wortlaut
.59	32	Manchmal habe ich Herzjagen oder unregelmäßigen Herzschlag
.55	63	Ich habe zuweilen aufsteigende Hitzegefühle und das Blut steigt mir zum Kopf
.54	82	Mein Körper zuckt leicht zusammen, wenn sich etwas plötzlich bewegt oder wenn jemand mich unvermutet anspricht
.52	54	Ab und zu habe ich in der Brust ein Gefühl von Enge, als würde ich keine Luft mehr bekommen
.50	48	Ich ermüde leicht
.49-	27	Ich habe eigentlich nie oder selten Angst
.44	4	In aufregenden Situationen bleibt mir leicht die Luft weg, dann muß ich erst ganz tief Atem holen
.42	13	Manchmal habe ich ein Stechen in der Brust
.42	34	Mich stört sehr, wenn ich das Gefühl habe, von etwas ausgeschlossen zu sein
.41	50	Ich habe häufiger das Gefühl, daß ich mein Leben nicht richtig führe
.37	7	Manchmal mache ich mir ziemlich viel Sorgen über Dinge, die wirklich nicht wichtig sind
.36	66	Ab und zu jammere ich schon mal

Tabelle 7: Skalenbeispiel für Somatoforme Störung, 12 Markiertevariable
 Faktor 1 aus 9 Faktoren, Varianz: 5.39, Cronbach's Alpha = .78

Die Konsistenz dieses Faktors bleibt dabei mit .82 (8-Faktoren-Lösung) bis .75 (12-Faktoren-Lösung) relativ hoch. Ab der 11-Faktoren-Lösung sammeln sich einige orale Kern-Items - „nicht gerne allein“, „Angst davor, allein zu sein“, „Sorgen über unwichtige Dinge“, „Angst, verlassen zu werden“, „etwas aufschieben, was sofort zu tun wäre“ - in einem separaten Faktor mit nur 5 Items und einer Konsistenz von immerhin $\alpha = .60$.

Clusteranalytisch ließen sich orale und schizoide Items nicht separieren. Jedoch tauchten 5 von 13 hysterischen Items im oralen/schizoiden Cluster auf. Über den Zusammenhang von Hysterie und Oralität s. auch weiter unten.

Schizoid versus kompensiert schizoid („Scheinbare -Integration“)

Der erst von Lösungen mit 8 bis 12 Faktoren an separat erscheinende schizoide Faktor beinhaltete zwischen 10 und 16 Items und wies relativ hohe Konsistenzen zwischen .80 und .85 auf. Dieser Faktor tauchte in beiden Polungen auf.

La- dung	Nr.	Wortlaut
.64-	81	Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere
.60-	19	Ich habe öfter ein Gefühl der inneren Leere
.60-	57	Es fällt mir oft schwer, meinem Herzen zu folgen
.53-	33	Meine Gedanken und Gefühle sind ziemlich getrennt
.52-	11	Manchmal habe ich den Eindruck, nicht zu wissen, wer ich bin
.50-	69	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Körper zu spüren
.46	78	Den Schwierigkeiten des Lebens fühle ich mich eigentlich recht gut gewachsen
.43-	2	Ich komme mir ab und zu unerwünscht vor
.41-	61	Ich fühle oft, daß ich mein Leben falsch führe
.39	41	Ich bin selten in niedergedrückter, unglücklicher Stimmung
.38-	58	Ich habe mich oft als unschuldiges Opfer gefühlt
.38-	50	Ich habe häufiger das Gefühl, daß ich mein Leben nicht richtig führe
.38-	17	Manchmal denke ich, daß niemand für mich da ist
.37-	5	Ich fühle mich häufig gedrängt und herumgeschubst
.37-	16	Mein Verhältnis zu meinem Vater ist schwierig
.28-	47	Ich drohe öfter mal anderen, indem ich bestimmte Dinge sage, meine das aber nicht ernst

Tabelle 8: Kompensiert-schizoider Charakter: 16 Markierte Variable
 Faktor 7 aus 8 Faktoren, Varianz: 5.64, Konsistenzkoeffizient Cronbach's α = .85

Fett: Kompensiert-schizoider Charakter: 10 Kernitems
 Faktor 7 aus 11 Faktoren, Varianz: 5.22, Konsistenzkoeffizient Cronbach's α = .81

Der *kompensiert-schizoide*, „*scheinbar integrierte*“ Charakter ist durch Negation fast aller der in Tabelle 7 gegebenen („schizoiden“) Items gekennzeichnet.

Negation von Gefühlen der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere; von Schwierigkeiten, dem Herzen zu folgen; der Trennung von Gedanken und Gefühlen; des Eindrucks, manchmal nicht zu wissen, wer man ist; von Schwierigkeiten, den Körper zu fühlen; von Gefühlen der Unerwünschtheit; von Niedergedrücktheit und unglücklicher Stimmung; von Gefühlen seiner selbst als unschuldiges Opfer; von Gefühlen falscher Lebensführung; von Gedanken, daß niemand für eine da sei; von Gefühlen des sich häufig gedrängt und herumgeschubst-Fühlens; eines schwierigen Verhältnisses zum Vater; (-), anderen öfter mal zu drohen, indem man bestimmte Dinge sagt, von denen man behauptet, daß sie nicht ernst gemeint seien. – Behauptung, sich den Schwierigkeiten des Lebens eigentlich gut gewachsen zu fühlen;

Im Zusammenhang mit den bei den Patienten tatsächlich vorhandenen Beschwerden (36% dieser Patienten waren depressiv) ist davon auszugehen, daß das Ausmaß der Negation der Items eine in dieser Stärke nicht gegebene (daher „Schein-“) Integration indiziert, die eine teilweise Kompensation bzw. Verdrängung der durch die Items angesprochenen Erlebnisbereiche nahelegt. Dies ermöglicht den Patienten einen stabil, effektiv und belastbar scheinenden Realkontakt. Anstelle der Sensibilität / Empfindsamkeit des schizoiden Poles tritt bei überhöhten Werten Richtung „scheinbare Integration“ des kompensiert-schizoiden Poles der Skala eine eher forciert zur Schau getragene Robustheit - mitunter als betonter „Realitätsbezug“ („Ich bin *Realist*“), jedoch brüchig - zutage.

„oral“ versus „kompensiert oral“ (Scheinbare Selbständigkeit)

Ausgehend von den oben erwähnten 5 oralen Kernitems der 11-Faktoren-Lösung konnten durch schrittweises Hinzufügen von Items unter den Aspekten der Konsistenzmaximierung und der bioenergetisch-inhaltlichen Stimmigkeit Skalen der Achse „oral – kompensiert oral“ konstruiert werden. Tabelle 9 stellt eine typische Skala mit akzeptabler Konsistenz vor; es sind zu jeder Frage die Item-Total-Korrelationen (anstelle der Ladungen bei rein faktorenanalytisch geleiteter Konstruktion) angegeben.

Als Gegenpol zum oralen Charakter findet sich der *kompensiert Orale*, „*scheinbar Selbständige*“:

Negation von von Gedanken, daß niemand für einen da wäre; des Gefühls, abgelehnt zu werden oder nicht willkommen zu sein; von Angst vor dem Alleinsein; von Schuldgefühlen bei Handeln nach eigenem Gutdünken; von Gefühlen der inneren Leere; der Angst, verlassen zu werden; Negation von niedergedrückter oder unglücklicher Stimmung; Behauptet, sich den Schwierigkeiten des Lebens gewachsen zu fühlen. Negation, jemals Angst zu haben; Verneinung von körperlichen Reaktionen wie Zusammenzucken auf Erschrecken oder Stocken des Atems bei Aufregung; Negation von Sorgen über unwichtige Dinge; Verneinung des nicht-gerne-allein-Seins; Negation, leicht zu ermüden; der Störung, wenn man sich von etwas ausgeschlossen fühlt; Negation von Verlegenheit in Anwesenheit höhergestellter Personen; Verneinung, ab und zu zu jammern.

Diese Probanden demonstrieren betonte Selbständigkeit und Unabhängigkeit. Im FPI beschreiben sie sich als ziemlich selbstsicher und sehr selbstbewußt, als psychosomatisch sehr stabil, als recht wenig gehemmt; weiter noch als eher selbstbeherrscht und ruhig statt aggressiv, als tolerant, emotional stabil und robust, wenig gestresst, dabei ziemlich verschlossen in ihrem Antwortverhalten. Die bei ihnen erhobenen Symptome dürften daher bei ähnlich offener Anworthaltung wie bei den oralen Probanden prozentual deutlich höher, also weniger positiv liegen. Immerhin klagen 41% der betont „Selbständigen“ über Depressionen, 48% über vegetative Störungen, 25% hatten mit Drogen zu tun. Dementsprechend ist anzunehmen, daß die Negation der in dieser Skala gegebenen Items bei den Patienten mit sehr niedrigen Werten ihre Situation nicht zutreffend und vollständig schildert. Die durch die Items angesprochenen Erfahrungen dürften in dem inneren Erleben der Probanden eine wichtigere Rolle spielen, als sie zuzugeben bereit sind. Sehnsucht nach Geborgenheit, Gefühle der Hilflosigkeit, der Angst vor dem Alleinsein spielen hier in ihrer abgewehrten, geleugneten oder verdrängten Form eine Rolle.

Item- Total- Korr.	Nr.	Wortlaut
53	17-	Manchmal denke ich, daß niemand für mich da ist
53	29-	Ich habe öfter das Gefühl, abgelehnt zu werden oder nicht willkommen zu sein
51	9-	Ich habe am meisten Angst davor, alleine zu sein
49	67-	Wenn ich nach eigenem Gutdünken handle, plagen mich rasch Schuldgefühle
48	19-	Ich habe öfter ein Gefühl der inneren Leere
47	75-	Ich habe Angst, verlassen zu werden
43	41	Ich bin selten in niedergedrückter, unglücklicher Stimmung
43	78	Den Schwierigkeiten des Lebens fühle ich mich eigentlich recht gut gewachsen
42	27	Ich habe eigentlich nie oder selten Angst
41	82-	Mein Körper zuckt leicht zusammen, wenn sich etwas plötzlich bewegt oder wenn jemand mich unvermutet anspricht
40	4-	In aufregenden Situationen bleibt mir leicht die Luft weg, dann muß ich erst ganz tief Atem holen
40	7-	Manchmal mache ich mir ziemlich viel Sorgen über Dinge, die wirklich nicht wichtig sind
40	31-	Ich bin nicht gerne allein
40	48-	Ich ermüde leicht
38	34-	Mich stört sehr, wenn ich das Gefühl habe, von etwas ausgeschlossen zu sein
36	56-	Ich fühle mich in Gegenwart von höhergestellten Personen oder Vorgesetzten leicht verlegen
30	66-	Ab und zu jammere ich schon mal

Tabelle 9: Kompensiert-oraler Charakter: Item-Total-Korrelation, Nr. der Frage mit Antwortrichtung;
Konsistenzkoeffizient $r = .83$

Neurotizismus, Oralität und Hysterie

Wie aus der Interkorrelationsmatrix abzulesen ist, besteht zwischen Oralität - als einem Teilaspekt von Neurotizismus - und Hysterie ein stärkerer korrelativer Zusammenhang. Eine „orale“ Prägung in der ersten Entwicklungsphase erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer „hysterischen“ Struktur in der dritten. Umgekehrt liegt einer hysterischen Struktur mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine Traumatisierung auf oraler Stufe zugrunde.

In der Tat wurde ähnliches in der Behandlung des Themas Hysterie mehrmals beschrieben. Kernberg (1991) sieht bei der *histrionischen Störung* hysterischer PatientInnen Regression als Abwehrmaßnahme gegen das tiefere sich-Einlassen. Diese Patienten sind durchaus zu stabilem und emotional-warmem Kontakt und zu einer Bindung fähig. Nur bei der sexuellen Beziehung kommt es zur Regression auf eine frühere Stufe, zur „klammernden Abhängigkeit“. Nach Meinung Kernbergs bezieht sich die Beschreibung der histrionischen Persönlichkeit im DSM-III-R vor allem auf die *infantile* Persönlichkeit, sie entspricht dem „hysterisch-regressiven Pol des hysterisch-infantilen Spektrums“. Oft sind traumatische Verlustereignisse in der Kindheit vorhanden.

Chodoff (1982) glaubt an eine frühe orale Störung der Mutter-Tochter-Interaktion. Nach Wölk (1992) beinhalten hysterische Störungen oft orale und narzisstische Fixierungen und können bei Ich-starken Menschen dann unter belastenden kritischen Lebensereignissen ausbrechen. Nach Eysenck (1982) sind Hysteriker in den Dimensionen „Extraversion-Introversion“ und „Neurotizismus“ als extravertiert und *neurotisch* zu beschreiben. Auch das enorm gesteigerte Bedürfnis des Hysterikers nach Beachtung und Zuwendung verweist auf die orale Phase.

Schlußfolgerungen

Der Einsatz von Fragebogenverfahren eröffnet mithilfe statistischer Methodik eine neue Ebene der Überprüfung und Weiterentwicklung der bioenergetischen Analyse. Außer der neuen Perspektive der *Dimensionalität der Charakterzüge* - anstelle der Bestimmung der Zugehörigkeit zu einem Typ oder der Dominanz eines Typs - als Folge ihrer Skalierung ergeben sich neue Beurteilungsmöglichkeiten der Validität, Bedeutung, Stimmigkeit und Einheitlichkeit bioenergetischer Charakterzüge aus persönlichkeitspsychologischer Sicht und neue Einsichten in prinzipielle entwicklungspsychologische Zusammenhänge und Hintergründe seelischer Syndrome.

Zusammenfassung

Bioenergetische Charaktertypen - schizoid, oral, psychopathisch, masochistisch, rigid (phallisch, hysterisch) nach A. LOWEN – werden vor dem Hintergrund des persönlichkeitspsychologischen Modells fünf grundlegender Persönlichkeitsdimensionen – der „Big Five“ – abgebildet, somit eine Brücke zwischen klinisch-phänomenologisch und persönlichkeitspsychologisch-statistisch fundierten Strukturmodellen schlagend. Faktorielle und Clusteranalysen liefern Modellentsprechungen zu den entwicklungspsychologischen Phasen des Vulnerabilitäts-Streß-Modells von MILLON. Dimensionale anstelle typologischer Betrachtung erfordert die Bestimmung von Gegenpolen zu den bioenergetischen Charaktertypen und ermöglicht eine skalierende statt einer dichotomen Einschätzung.

Der Informationsgewinn der teststatistisch fundierten charakterstrukturellen Analyse und Darstellung klinischer Symptome wird am Beispiel mehrerer Symptome veranschaulicht. Die Differenzierbarkeit von „schizoiden“ von „oralen“ Typen, Zusammenhänge zwischen hysterischer Prägung und oraler Traumatisierung werden separat diskutiert.

Literatur:

- BÄUERLE, R. (1990). *Körpertypen*. Berlin: Simon und Leutner.
- BORKENAU P., F. OSTENDORF. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar*. Göttingen: Hogrefe.
- CHODOFF, P. (1982). The hysterical personality disorder: A psychotherapeutic approach. In A. Roy (Hrsg.), *Hysteria*. New York: Wiley.
- COSTA, P. T., T. A. WIDIGER. (1993). *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- DIAMOND, D. (1987). Psychotherapeutic approaches to the treatment of panic-attacks, hypochondriasis and agoraphobia. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 85-90.
- EYSENCK, H.J. (1982). A psychological theory of hysteria. In A. Roy (Hrsg), *Hysteria*. New York: Wiley.
- EYSENCK, H. J. (1991). Dimensions of Personality: 16, 5 or 3? Criteria for a Taxonomic Paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773-90.
- FEHR, T. (1998). *BPA. Screening-Verfahren zur Persönlichkeitsstruktur*. Frankfurt a.M.: Swets Test Services.
- FIEDLER, P. (1998). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- GOLDBERG, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.
- GRAY, J.A. (1991). The Neuropsychology of Temperament. In J. Strelau & A. Angleitner (Eds.), *Explorations in Temperament: International Perspectives on Theory and Measurement* (105-128). London: Plenum.
- JOHNSON, S. (1994). *Character Styles*. New York: Norton&Company.
- KERNBERG, O.F. (1991). *Schwere Persönlichkeitsstörungen - Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- LOWEN, A. (1980). *Bioenergetik*. Reinbek: Rowohlt.
- McCRAE R.R., P.T. COSTA. (1987). Validation of the Five-Factor Model of Personality Across Instruments and Observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1, 81-90.
- McGLASHAN, T. (1987). Borderline personality disorder and unipolar affective disorder: Long-Term effects of comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 467-473.
- MILLON, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- REVELLE, W. (1995). Personality Processes. *Annual Review of Psychology*, 46, 295-328.
- TURNER, S. M., D. C. BEIDEL. (1989). Social Phobia: Clinical Syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3 - 18.

WÖLK, W. (1992). Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts. *Nervenarzt*, 63, 149-156.

ZUCKERMANN, M. (1991). *Psychobiology of personality*. Cambridge: Cambridge University Press.

Theo Fehr, geb. 1945, Dipl.-Psych. 1974, Meditationslehrerausbildung in Indien 1969, Diplom-Psychologe seit 1974 (Universität Köln), Heilpraktiker-Erlaubnis 1977, Psychologischer Psychotherapeut in freier Praxis seit 1979, Forschung und Veröffentlichungen zur Meditation seit 1972, zu Körperpsychotherapie und Bioenergetik seit 1983, zu Persönlichkeitspsychologie und den Big Five seit 1994; Veröffentlichung des Fragebogenverfahrens der Bioenergetischen Prozess-Analyse 1998.

Anschrift: Klinisch-Psychologische Praxis, Erftweg 6, 46487 Wesel.