

Margit Koemeda-Lutz, Pierre-Alain Emmenegger und Hans Peter

Vorschlag zur systematischen Nutzung von visuellen Informationen in der (körper-)psychotherapeutischen Diagnostik

Ein empirisch abgeleitetes Screening-Raster

Suggesting the Systematic Use of Visual Information in (Body) Psychotherapeutic Diagnostics – An Empirically Derived Screening Device

Abstract In a previous study we demonstrated that bioenergetic therapists were able to sort photographs (whole body) of patients as to their relative psychosomatic health and to match the correct description out of three verbal symptom descriptions. They did so significantly above chance level and outperformed laypersons lacking knowledge of body-psychotherapy.

In this study we wanted to explore – again by using photographs – which categories bioenergetic therapists use in order to describe visible and presumed problems as well as changes between the beginning and the end of psychotherapeutic treatment. Using a computerized program for text analysis 30 basic and 4 superordinate categories were derived.

Qualitative and quantitative analyses were carried out and correlations with character structure diagnoses according to Lowen (1958) were computed. Some of the latter, however, need additional data from larger samples in order to furnish reliable results. The paper concludes by affirming the use of the derived categories for regular screening in clinical body-psychotherapy but warns clinicians of the danger to psychopathologize or uncritically infer personality traits merely from visual information. Lastly a further exploration of the relationships among pertaining variables is recommended.

Wir widmen diese Studie unseren Patientinnen und Patienten und sind uns bewusst, dass jeder einzelne Mensch unendlich viel mehr ist, als Zahlen und Berechnungen jemals darstellen können.

Einleitung

Im Prinzip täten PsychotherapeutInnen gut daran, das göttliche Gebot (2. Mose 20, 4) „Du sollst dir kein Bildnis ... machen“ zu befolgen. Daran erinnert uns Eckert (2001) im Editorial zum Themenheft „Diagnostik“ der Zeitschrift „Psychotherapeut“. Andererseits brauchen wir im klinischen Alltag, um effektiv arbeiten zu können, gewisse diagnostische Klassifizierungen, d.h. Abstraktionen vom Einzelfall und Verallgemeinerungen, um spezifische Behandlungsstrategien auswählen und anwenden zu können.

Auch im täglichen Leben scheint das menschliche Gehirn ganz automatisch mehr oder weniger zutreffende Bilder aus der Flut von eintreffenden Sinnesdaten „hochzurechnen“, neurovegetativ auf eingehende Reize zu reagieren und Bezüge zu Gedächtnisinhalten herzustellen. Wir identifizieren z.B. mehrere in einer Keramikschale liegende, mit einer glänzenden, grünlich-gelben oder rot-gelben Schale umgebenen „Gegenstände“ als Äpfel. Wir halten sie für rund und vermuten je nach äußerem Erscheinungsbild einen eher mehligem oder säuerlichen Geschmack usw. Ähnliches geschieht bei der Begegnung mit Menschen. Es entsteht ein erster Eindruck, aus dem wir uns – weit über die visuelle Information hinausgehend –

Bilder konstruieren. Vegetative Reaktionen finden statt, spontane emotionale Stellungnahmen. Häufig geschieht dies, ohne dass wir uns dessen bewusst werden. Bereits Lorenz (1935), Tinbergen (1951), Leyhausen (Lorenz und Leyhausen, 1968) und in neuerer Zeit Ledoux (1996) hatten auf hoch selektive Mechanismen bei der Verarbeitung von visuellen Reizen hingewiesen, die im subkortikalen Bereich lokalisiert sind und unwillkürliche Verhaltensreaktionen auslösen.

Es gibt eine lange wissenschaftliche Tradition von Bemühungen, Schlüsse vom äußeren Erscheinungsbild eines Menschen auf Persönlichkeitsmerkmale bzw. Charakterzüge zu systematisieren (z.B. Aristoteles, 330 v. Chr.; Lavater, 1775–78; Kant, 1798; Kretschmer, 1921; Sheldon, 1940, 42). Eine kritische Würdigung dieser „Jahrtausende“ alten Tradition von Physiognomie und Ausdruckspsychologie liefert Frey (1999) in seiner spannend zu lesenden Monographie „Die Macht des Bildes“. Der Autor wundert sich darüber, dass die warnenden Hinweise von Lichtenberg im 18. Jahrhundert (1972, 1980) und Helmholtz in der Mitte des 19. Jahrhunderts

Korrespondenz: Dr. Margit Koemeda, Fruthwiler Strasse 70, Breitenstein, CH-8272 Ermatingen, Schweiz, E-mail: koemeda@bluewin.ch

Keywords:

Body-psychotherapy; Diagnostics;
Bioenergetic analysis; Personality;
Character structure; Visual perception.

Zusammenfassung

Eine frühere Studie hatte gezeigt, dass von Ganzkörperaufnahmen die psychosomatische Gesundheit einzelner PatientInnen abgelesen und von je drei verbalen Symptombeschreibungen die passende zugeordnet werden konnte, beides mit signifikant über der Rate-wahrscheinlichkeit liegender Treffsicherheit. Bioenergetische AnalytikerInnen waren körperpsychotherapeutischen Laien darin überlegen. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, welche Kategorien bioenergetische AnalytikerInnen verwenden, um sichtbare und vermutete Probleme, sowie Veränderungen zwischen Therapiebeginn und -ende anhand der erwähnten Ganzkörperaufnahmen zu beschreiben. Mittels eines computergestützten Textanalyseprogramms wurde ein 30 Grund- und 4 übergeordnete Kategorien umfassendes Screening-Raster abgeleitet.

Qualitative und quantitative Auswertungen wurden vorgenommen. Für letztere werden weitere Untersuchungen an größeren Stichproben erforderlich sein, um verlässliche Ergebnisse zu erzielen.

Es wird die Verwendung des abgeleiteten Screening-Rasters für eine systematische Nutzung von visuellen Informationen in der körperpsychotherapeutischen Diagnostik empfohlen, gleichzeitig vor unkritischen Schlüssen aus dem visuellen Eindruck gewarnt und schließlich werden weitere Untersuchungen über den Zusammenhang von (Psycho-) Pathologie, Persönlichkeit und visuell wahrnehmbaren Körpermerkmalen angeregt.

Schlüsselwörter:

Bioenergetische Analyse; Diagnostik;
Persönlichkeit; Charakterstruktur;
Körperpsychotherapie; visuelle Wahrnehmung.

(1867) gegen eine unbedachte Gleichsetzung von Eindruck (des Betrachters) mit dem Ausdruck (des Betrachteten) so lange unbeachtet geblieben waren und weist auf deren Gefahren hin, die insbesondere unter der Herrschaft des Nationalsozialismus zu den bekanntesten Entgleisungen geführt haben. Ausgehend von den pionierhaften Arbeiten Lippmanns (1922) und anderen zur Vorurteilsforschung berichtet die Monographie über neue Ansätze der Wirkungsforschung von Bildern, insbesondere die Untersuchung menschlicher Bewegungsaktivität unter dem Blickwinkel kommunikativer Verständigungsprozesse (Frey et al., 1981, 1983).

So zeichneten z.B. Zeitreihenprotokolle mimische respektive andere körperliche Bewegungen von Personen auf; parallel dazu wurden physiologische Reaktionsparameter und Eigenschaftszuschreibungen der BetrachterInnen zur gesehenen Person erfasst. Frey und Mitarbeiter versuchten durch Attrappenversuche zu ermitteln, welche spezifischen Merkmale des Betrachteten zu dezidierten kognitiven und affektiven Stellungnahmen führten. Die Betrachter selbst waren oft außerstande anzugeben, worauf ihre Urteile gründen. Auch fanden sich zwischen den Kennwerten der elektrodermalen, elektrokardialen, respiratorischen Aktivität und Eindrucksurteilen nur sehr geringe Kovariationen.

Keihen wir aber zur klinischen Diagnostik zurück: Hier gibt es inzwischen eine Vielzahl erprobter Instrumente, deren Einsatz sich unter gewissen Voraussetzungen als nützlich erwiesen hat. Diese Instrumente basieren in der Regel auf Informationen, die sprachlich vermittelt werden. PatientInnen geben entweder mündlich oder schriftlich Auskunft über sich, und die Behandelnden ziehen Schlüsse auf zugrunde liegende Störungsbilder. Obwohl der „klinische Eindruck“ vermutlich immer in die Urteilsbildung mit einfließt, sind den Autoren nur wenige Studien bekannt, die beobachtbares Verhalten (z.B. Schiepek et al., 1995a, b; Regli et al., 2000), insbesondere die Mimik von TherapeutIn und PatientIn (Krause und Lütolf, 1989; Hufnagel et al., 1991; Krause et al., 1992; Anstadt et al., 1997; Bänninger-Huber und Widmer, 1997, 1999) systematisch erfassen und analysieren, um interaktive Prozesse in

Psychotherapien zu beschreiben und diagnostische wie auch prognostische Informationen daraus abzuleiten.

Wohl liegen empirisch gesicherte Ergebnisse vor, dass klar beschreibbare Zusammenhänge zwischen motivationalen bzw. emotionalen Zuständen und bestimmten Körperhaltungen bestehen (z.B. Heckhausen und Roelofsen, 1962; sowie De Rivera et al., 1989). Dies bezieht sich aber auf momentane und vorübergehende Zustände (states) und nicht auf zeitüberdauernde Persönlichkeitsmerkmale (traits). Das charakterstrukturelle Persönlichkeitsmodell der Bioenergetischen Analyse nimmt aber an, dass wiederholte Interaktionserfahrungen und eventuelle Abwehrmechanismen, sowie habituelle Denk-, Fühl- und Verhaltensdispositionen einen sichtbaren Niederschlag in habituellen Körperhaltungen finden.

Obwohl es inzwischen eine Reihe von körperpsychotherapeutischen Richtungen gibt, sind uns nur wenige diagnostische Instrumente bekannt, die sich explizit auf den Körper (z.B. Strauss und Richter-Appelt, 1996) bzw. auch somatisch fundierte Persönlichkeitsstrukturen (z.B. Fehr, 2000) beziehen. Sie suchen dies allerdings mittels verbaler Selbstauskünfte der PatientInnen zu eruieren.

Den Autoren bisher nicht bekannt sind standardisierte diagnostische Verfahren im klinisch-psychotherapeutischen Bereich, die in systematischer Weise visuelle Informationen und ihre Eignung für diagnostische und interventionsleitende Zwecke untersuchen. Ein diesbezüglich reiches Erfahrungswissen beinhalten die Schriften von Reich (1933), Lowen (1958), Hilton (1980, 1997), Kurtz (1983), Kurtz und Prester (1976), Keleman (1985), sowie Johnson (1994).

In der vorliegenden Untersuchung sollte ein Segment des gesamten im klinischen Alltag zur Verfügung stehenden Informationsspektrums genauer unter die Lupe genommen werden, und zwar statisch-morphologische Merkmale (wie sie auf Fotografien abgebildet sind), von denen sich allenfalls auf Bewegung schließen lässt, weil in jeder Haltung potentielle Bewegung bereits angelegt resp. blockiert ist. Wir wollten prüfen, ob und ggfs. wie Bioenergetische AnalytikerInnen von diesen beobachtbaren Merkmalen Schlüsse auf nicht beobachtbare Persönlichkeits-

merkmale vornehmen. Oder ob sie dies eben gerade aufgrund ihres Trainings unterlassen und sich dadurch von Alltagsmechanismen zu einem gewissen Grad unabhängig machen konnten.

In einer vorangegangenen Studie (Koemeda-Lutz und Peter, 2001) war gezeigt worden, dass der visuelle Eindruck von Ganzkörperaufnahmen zu überzufällig richtigen Urteilen über die relative psychosomatische Gesundheit der abgebildeten Menschen führte und dass ExpertInnen, die im „Körperlesen“ (Lowen, 1958; Kurtz und Prester, 1976; Keleman, 1985) geschult sind, treffsicherer urteilten als – nach sonstigem Bildungsstand vergleichbare – Laien. Außerdem ergab sich, dass diese Überlegenheit der ExpertInnen insbesondere dann zum Tragen kam, wenn die Gesichter der PatientInnen nicht sichtbar waren, d.h. Informationen aus dem übrigen Körper gewonnen und den Urteilen zugrunde gelegt werden mussten. Unter der zuletzt genannten Bedingung urteilten Laien nur auf dem Zufallsniveau. ExpertInnen und Laien konnten allerdings aus drei Texten, die die vorgetragenen Beschwerden der PatientInnen zu Beginn der Therapie wiedergaben, mit einer Signifikanz über dem Zufallsniveau liegenden Wahrscheinlichkeit denjenigen auszuwählen, der zu den 4 Fotos eines Patienten passte.

In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, (1) welche visuellen Beurteilungskriterien Bioenergetische AnalytikerInnen verwenden, um statisch-morphologische Veränderungen am Körper der PatientInnen zwischen Therapiebeginn und -ende zu beschreiben, (2a) ob diese Kriterien beliebig oder mit relativ hoher Übereinstimmung bezogen auf einzelne PatientInnen Anwendung finden, (2b) ob sich dem bioenergetischen Persönlichkeitsmodell entsprechende Merkmalskonfigurationen auch in unserem relativ kleinen Datensatz nachweisen lassen, ob (2c) die Beurteilungen zwischen PatientInnen zu unterscheiden erlauben und (2d) ob Zusammenhänge zwischen diesen Kriterien und der Korrektheit der raschen Zuordnungen in der vorangegangenen Studie nachgewiesen werden können.

Zuletzt (2e) sollte überprüft werden, wie reliabel die Vergabe von Charakterstrukturdiagnosen bei einem zeitlichen Abstand von ca. einem Jahr war bzw. ob

„Die Veränderungen am Körperbild dieses Probanden sind frappant: Das Bild am Anfang der Therapie zeigt einen regungslosen Körper voller Angst, der kaum Atembewegung zulässt. Dies zeigt sich in der abgehobenen Art des Stehens, in den starken Kontraktionen des Kiefer-Schulter-Nackensbereichs, des Gesäßes, der Oberschenkel und des ganzen Rumpfes. Mir fällt der Begriff „holding together“ ein; ich denke also an eine schizoide Charakterstruktur. Der Rücken scheint auf Brustwirbelhöhe „gebrochen“, die Arme hängen herab, als gehörten sie nicht zu diesem Körper. Die Augen wirken distanzierend und haben eine Rechts-Links-Spaltung.“

Das Bild am Ende der Therapie zeigt insgesamt einen gefüllteren, rundlicheren, weicheren Körper, der atmen kann. Die Spannung in Schultern, Brust, Bauch, Rücken, Gesäß, Beinen ist weitgehend zu einem normalen Tonus gereift, die Arme sind mit Rumpf und Schulter verbunden, die Augen sind weit weniger gespalten und lassen viel mehr Kontakt zu. Was bleibt, ist eine Art „Cephalic Shock“, indem der Patient den Kopf schräg nach hinten spannt und Kiefer bzw. Kinn kontrahiert hält“.

Textbeispiel: Experte C über Patient AO

die ExpertInnen aufgrund von raschen Urteilen zu denselben Diagnosen kommen wie aufgrund von länger dauernden, sprachlich vermittelten Analysen der Bilder.

Durchführung und Methode

Die 90 PatientInnen der vorangegangenen Studie wurden nach Geschlecht in zwei Gruppen geteilt. Aus diesen wurden per Zufall je 10 Männer und 10 Frauen ausgewählt. Zu jeder/jedem dieser PatientInnen lagen 8 Ganzkörper-Aufnahmen vor, 4 vom Beginn einer wöchentlich 2 1/2-stündigen ambulanten bioenergetischen Gruppentherapie und 4 vom Ende dieser Behandlung. Die Gruppentherapie dauerte 2 Jahre. Die Fotos (Abb. 1) zeigten die PatientInnen jeweils von frontal, dorsal und lateral, sowie vornüber gebeugt von lateral. Die Fotos waren ursprünglich aufgenommen worden, um Fragen wie „Was sagt mein Körper über mich?“, „Was sage ich über meinen Körper?“, „Wie nehmen andere mich wahr?“ in der Gruppe zu thematisieren und anschließend zu einer bioenergetischen Einzelarbeit (Patient und Therapeut) vor der Gruppe zu kommen.

Für die vorliegende Studie wurden 7 Bioenergetische AnalytikerInnen (ExpertInnen, 3 Frauen, 4 Männer),¹ sowie der seinerzeit behandelnde Therapeut (BT) gebeten, auf maximal einer halben

Schreibmaschinenseite schriftlich zu formulieren, welche somatischen und/oder psychischen Probleme sie aufgrund der Fotos bei den PatientInnen sehen resp. vermuten und welche Veränderungen sie zwischen Therapiebeginn und -ende feststellen. Die ExpertInnen sollten außerdem, wie schon in Teil I der Studie eine Charakterstrukturdiagnose (nach Lowen, 1958) stellen.

Die so gewonnenen Texte (s. Beispiel im Kasten) wurden anschließend mittels eines Computer-gestützten Textanalyse-Programms (Nagl, 1999) zunächst qualitativ ausgewertet. Es wurden Kategorien von Symptomnennungen gebildet (Tabelle 1), mit deren Hilfe auch quantitative Analysen möglich wurden.

Ergebnisse²

1. Qualitative Auswertung und einfache Häufigkeiten

Bei der Sichtung der Experten-Aussagen ergab sich ein im Wesentlichen zweiteiliges Kategorien-Raster. Die Problemnennungen ließen sich zum einen lokalisatorisch zuordnen. Dies entspricht auch den in der Literatur (z.B. Reich, 1933; Lowen, 1958; Dietrich und Pechtl, 1999) beschriebenen Körpersegmenten (Symptomlokalisierung: LOK). Zum anderen wurden qualitative Aussagen gemacht (z.B. eine Auffälligkeit der Symmetrie, ein Durchblutungsproblem etc.), die entweder spezifischen

¹ An dieser Stelle möchten wir uns sehr herzlich bei unseren Kolleginnen und Kollegen L. Carle, I. Michel, G. Mohr, H. Steinmann und C. Ventling bedanken, ohne deren engagierte Arbeit die Durchführung dieser Studie nicht möglich gewesen wäre.

² Die Autoren danken Herrn Dr. W. Nagl, Akademischer Rat am Fachbereich Statistik der Universität Konstanz, für seine wertvolle Unterstützung in allen Fragen der Datenauswertung.

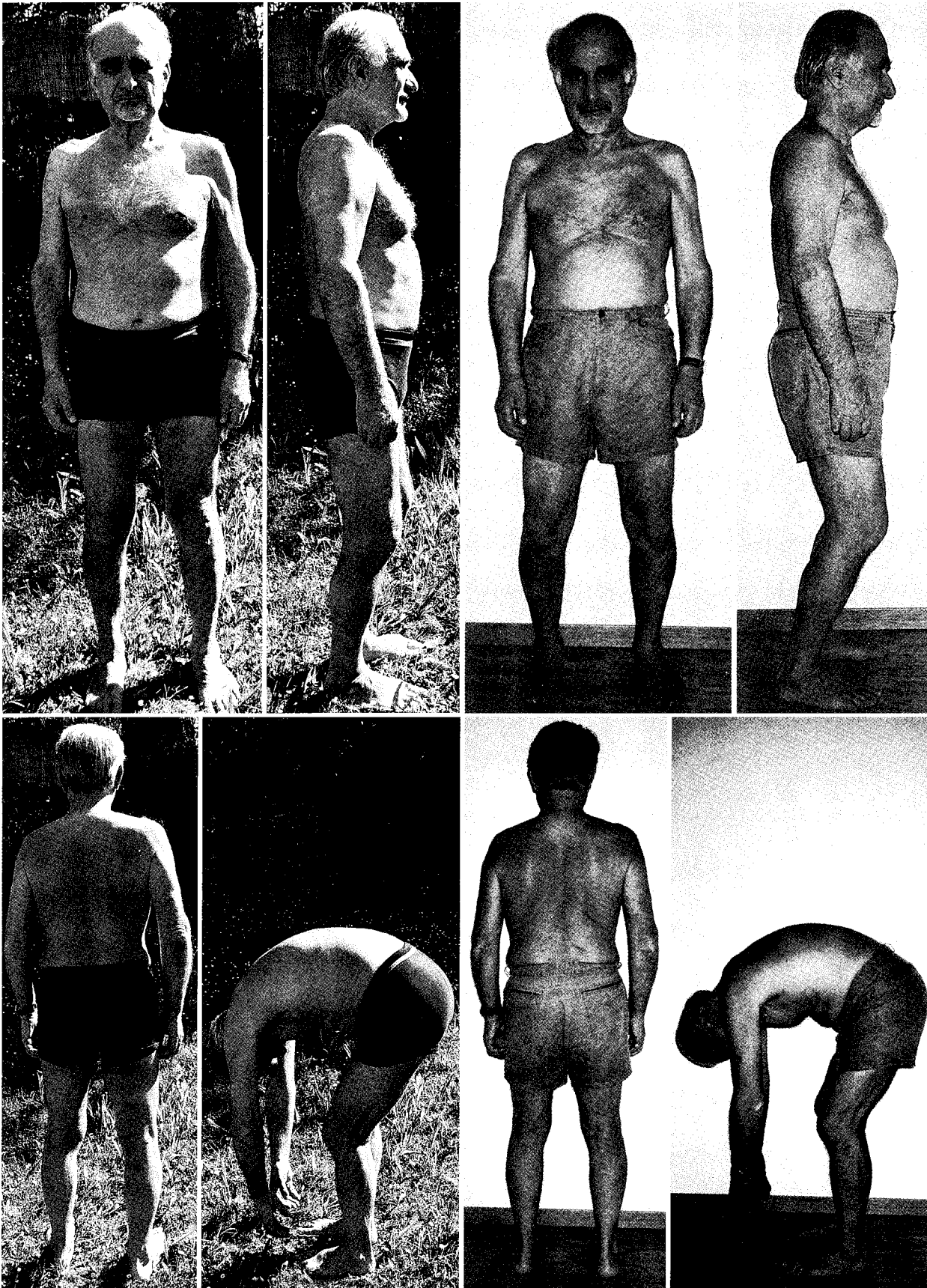


Abb 1. Ganzkörperaufnahmen vom Therapiebeginn (links) und vom Therapieende (rechts). Aus Gründen der Anonymitätswahrung für die PatientInnen handelt es sich bei diesen Fotos nicht um Originalaufnahmen, sondern um eine Person, die bereit war, sich im Abstand von 2 Jahren in den erwähnten Positionen fotografieren zu lassen und die mit einer Publikation dieser Bilder einverstanden war. Die abgebildete Person hat in diesem Zeitraum an keiner Therapie teilgenommen, ihr sei an dieser Stelle ganz herzlich gedankt

Proposition pour une utilisation systématique d'indices visuels dans le cadre du diagnostic psychothérapeutique (corporel) – Une grille d'analyse empiriquement fondée

Résumé Une précédente étude avait démontrée que des photographies de l'ensemble du corps permettent de tirer des conclusions sur la santé psychosomatique de certains patients. En utilisant trois descriptions verbales des symptômes, il est possible de choisir celle qui se rapporte au patient sur la photo. Les jugements dépassent de beaucoup le niveau aléatoire. Les thérapeutes formés à l'approche bioénergétique ont de meilleures capacités sur ce plan que ceux qui n'utilisent pas la thérapie corporelle. Nous avons cherché à savoir quelles sont les catégories utilisées par les bioénergéticiens pour décrire des problèmes visibles ou supposés ainsi que les changements enregistrés entre le début et la fin de la thérapie. A l'aide d'un programme informatisé d'analyse de texte nous avons établi une grille d'analyse contenant 30 catégories de base et 4 catégories globales.

L'évaluation des experts concordait de manière considérable, surtout si l'on considère que les catégories n'étaient pas déterminées à l'avance et qu'ils devaient formuler librement leurs textes. Concernant 37.5% de toutes les désignations possibles (680 selon la grille extraite plus tard), au moins 7 des 8 experts étaient d'accord pour attribuer une catégorie spécifique de problème.

Le taux d'inter-corrélation des différentes catégories de symptômes était un peu plus élevé pour la comparaison entre experts que pour celle entre patients. Nous considérons ce résultat comme indicatif de la présence de styles cognitifs spécifiques selon la théorie de base et la formation. Les échantillons examinés (8 experts, 20 patients) étaient trop petits pour permettre d'identifier avec certitude une structure dans les données. Nous mentionnons des inter-corrélations entre les différentes catégories de symptômes et entre ces catégories et les diagnostics de caractère (selon Lowen 1958). Compte tenu du petit nombre de données, ils doivent être interprétés avec prudence et se sont avérés insuffisants pour valider ou infirmer le concept de structure caractérielle. Les diagnostics établis à ce niveau et la comparaison de leur fiabilité sur une période d'une année (première impression spontanée versus analyse détaillée formulée verbalement) sont peu fiables. Il reste toutefois que dans l'ensemble, nous pouvons recommander l'emploi de la grille, mais rendons les éventuels utilisateurs attentifs au risque de conclusions trop hâtives. Enfin nous suggérons que d'autres études soient menées quant aux liens entre (psycho-)pathologie, personnalité et caractéristiques corporelles.

Körperteilen zugeordnet wurden (Augen, Knie etc.) oder sich auf übergeordnete Segmente (Kopf, Rumpf, Beine) oder den Körper insgesamt bezogen. Es erschien sinnvoll, diese qualitativen Problemnennungen (Symptomqualitäten: QUAL) in drei Themenbereiche einzuteilen, wobei dies noch keiner in der körperpsychotherapeutischen Literatur etablierten Konvention entspricht: Struktur, Funktionelle Dynamik, Interaktionelles Feld. Der Kategorie „Brustsegment“ (LOK) wurden Begriffe wie *Brust, Thorax, Brustwirbelsäule, Rippen, Brustkorb, Sternum* etc. zugeordnet. Begriffe wie *Spannung, verspannt, Rigidität, schlaff, locker, verkrampft, weich, Tonus, kontrahiert, erstarrt* usw. wurden der Kategorie „Muskeltonus“ (QUAL) zugeordnet.

Nachfolgend sind die Aussagen der 7 ExpertInnen und des behandelnden Therapeuten zu zwei Körpersegmenten (Augen, Beine) bezüglich zweier PatientInnen (AO, AX) aufgelistet. Neben der lokalisatorischen Problemnennung beinhalten diese Aussagen natürlich auch qualitative Problemaussagen. Der erste Satz: „Die Augen sind nicht im Kontakt, wirken abgelöscht, verächtlich.“ wurde also einmal in der Kategorie „Augen“, des weiteren in den Kategorien „Kontakt nach außen“, „Energie/Belebtheit“ und „Vorherrschende Emotion“ gewertet.

Patient AO

Augensegment:

Bei Therapiebeginn:

EXP1: Die Augen sind nicht im Kontakt, wirken abgelöscht, verächtlich.

EXP2:

EXP3: Die Augen wirken distanzierend und haben eine Rechts-/Links-Spaltung.

EXP4:

EXP5: Die Augen sind vor Angst geweitet und wirken entrückt.

EXP6: Misstrauischer, distanzierter Blick, Rechts-/Links-Spaltung in den Augen.

EXP7: Augen ängstlich, misstrauisch.

BT:

Bei Therapieende:

Exp1: Der Blick kommt aus einer persönlichen Tiefe.

EXP2: Der Augenausdruck ist klarer und lebendiger geworden.

EXP3: Die Augen sind weit weniger gespalten und lassen viel mehr Kontakt zu.

EXP4: Der Augenausdruck ist weniger oral.

EXP5: Keine Veränderung in den Augen.

EXP6: Klarer Blick, mehr Kontakt. Die Rechts-/Links-Spaltung ist nicht mehr vorhanden.

EXP7: Keine Veränderung in den Augen.

BT: Die Augen sind jetzt präsent.

Beine / Ober-, Unterschenkel, Knie, Knöchel, Füße:

Bei Therapiebeginn:

EXP1: Die Beine wirken wie Stelzen, leblos, brüchig.

EXP2:

EXP3: Die Art des Stehens wirkt abgehoben, starke Kontraktionen in den Oberschenkeln.

EXP4:

EXP5: Die Beine sind verspannt. Füße und Knie sind steif. Die Beine sind ohne Beziehung zum Rumpf.

EXP6: Der Patient wirkt wie auf Stelzen stehend.

EXP7: Das rechte Bein ist mehr belastet als das linke (Asymmetrie). Verkrampfte Vogelfüße, hoher Spann. Beine und Knie wirken ungelent, stockartig.

BT: Füße ungleich. Extremitäten etwas abgesetzt.

Bei Therapieende:

EXP1: Die Beine stehen breiter und gelassener auf dem Boden.

EXP2:

EXP3: Die Spannung in den Beinen ist weitgehend zu einem normalen Tonus gereift.

EXP4: Die Knie lassen sich leichter beugen; die Füße stehen in einem spitzeren Winkel zueinander.

EXP5: Die Beine sind weniger verspannt. Die Füße wirken nach wie vor steif, die Knie etwas flexibler. Der hohe Spann der Füße ist leicht verbessert. Die Beine sind etwas besser mit dem Rumpf verbunden.

EXP6: Der Patient steht auf dem Boden.

EXP7: Der Patient belastet beide Beine gleichmäßiger. Die Haltung der Füße ist kaum verändert. Beine und Knie wirken nach wie vor ungelent und stockartig.

BT: Weniger ungleiche Füße. Extremitäten wirken nicht mehr abgesetzt.

Patientin AX

Augensegment:

Bei Therapiebeginn:

- EXP1: Der Augenausdruck ist erschreckt, haltlos, schutzlos, unstrukturiert.
- EXP2:
- EXP3: Der Blick drückt Angst, Entsetzen und Hilflosigkeit aus.
- EXP4:
- EXP5: Die Augen wirken jammernd.
- EXP6: Die Patientin schaut hilflos und angestrengt.
- EXP7: Der Blick wirkt jämmerlich.
- BT:

Bei Therapieende:

- Exp1:
- EXP2:
- EXP3: Das Entsetzen in Mimik und Blick hat sich zu mehr Selbstbehauptung gewandelt.
- EXP4: Das Gesicht ist weicher, präsenter, lebendiger, einschließlich der Augen.
- EXP5: Die Augen wirken frischer.
- EXP6: Die Patientin schaut immer noch hilflos.
- EXP7: Der Blick ist fester, stärker präsent.
- BT:

Beine / Ober-, Unterschenkel, Knie, Knöchel, Füße:

Bei Therapiebeginn:

- EXP1:
- EXP2: Die Beine imponieren als „Stamper“. Die Person lehnt nach hinten.
- EXP3: Die Patientin stemmt sich mit steifen Knien gegen die „Welt“.
- EXP4:
- EXP5: Die Füße haben einen etwas unsicheren Kontakt zum Boden. Die Knie sind etwas starr, die Füße flach, unlebendig.
- EXP6: Die Patientin hat starke Beine. Das Fußgewölbe ist platt.
- EXP7: Das rechte Bein ist stärker betont als das linke (Asymmetrie). Der Bodenkontakt der Füße ist schlecht, die Füße sind platt; Beine und Knie wirken oben gestaut.
- BT: Rücklage, Fechterstellung. Kleine Füße, abgeflacht; Knie durchgestreckt.

Bei Therapieende:

- EXP1: Es gibt einen eigenen Standpunkt.
- EXP2: Die Haltung ist jetzt tendenziell eher nach vorne lehrend.
- EXP3: Die Patientin steht besser da. Die Beine erscheinen belebt, stark, durchlässig, in der Lage, sich zu behaupten.
- EXP4: Die Knie sind gebeugter.
- EXP5: Der Bodenkontakt der Füße ist etwas besser, die Knie sind weniger starr. Die Füße sind nach wie vor flach und wirken unlebendig.
- EXP6: Die Beine wirken gestreckter. Das Fußgewölbe ist unverändert platt.

- EXP7: Die Beine werden symmetrischer belastet. Der Bodenkontakt der Füße ist besser; weniger Stauung in Knien und oberen Beinen; die Füße sind besser integriert.
- BT: Asymmetrie schwächer; weniger schlaff, beweglicher.

In Tabelle 1 finden sich neben der Punkte-Konfiguration, die sich aus dem Text von Experte C zu Patient AO ergab, die Häufigkeiten der Symptomnennungen über alle PatientInnen und ExpertInnen hinweg. Dabei fällt auf, dass einige Kate-

gorien („Unterschenkel“, „Oberschenkel“, „Grenzen“) recht selten (f = 8; 8; 9), andere dagegen („Muskeltonus“, „Grounding“) sehr häufig (f = 139; 107) verwendet wurden. Möglicherweise ist der Grad leibseelischer Gesundheit fast immer mit einer Anomalie des Muskeltonus (zu *verkrampft*, zu *schlaff*) verbunden, sowie mit der Art, wie jemand da steht (*unsicher*, *abgehoben*, *steif*). Diese Kategorien wären eventuell geeignet, Gesunde von Kranken zu unterscheiden. Die selten verwendeten Kategorien

Tabelle 1
Symptome nach Lokalisation (LOK)

		Nennungen Exp C – Pat AO	ΣNennungen (über Exp + Pat)	Veränderungen Exp C – Pat AO	ΣVeränderungen (über Exp + Pat)	
Körper insgesamt	Kopf 58 43	Augen	1	96	+2	67
		Mund	1	46	0	10
		Hals	1	64	0	29
	Rumpf 1 29 17	Schultern	1	59	+1	38
		Arme + Hände	1	29	+1	15
		Brust	1	79	+1	47
		Diaphragma		20		10
		Bauch	1	66	+1	44
		Becken	1	67	+1	41
	Beine 66 57	Oberschenkel	1	8	+1	5
		Unterschenkel		8		2
		Knie		54		32
		Füße + Knöchel		58		40
Haut		30		15		

Qualitative Symptomatik (QUAL)

Struktur	Spaltung	1	27	+1	23.5
	Symmetrie		84		39.5
	Entwicklung/ Differenzierung		41		35
	Leere/Fülle	1	56	+1	42.5
	Muskeltonus	1	139	+1	101.5
	Grenzen		9		8
	Blockaden	1	55		36
	Kraft		21		17.5
Funktionelle Dynamik	Energie		75		64
	Beweglichkeit	1	82		54
	Kontakt nach innen		67		59
	Atem	1	10	+1	5
	Durchblutung		12		7.5
Interaktionelles Feld	Grounding	1	107		85
	Kontakt nach außen	1	52	+2	36
	Vorherrschende Emotion	1	66		30

Nennung: 1 = wurde im Text erwähnt; leer = wurde im Text nicht erwähnt; Bereich der Summenwerte: 0 ≤ x ≤ 160. **Veränderung:** +2 = starke Verbesserung; +1 = milde Verbesserung; 0 = keine Veränderung; -1 = milde Verschlechterung; -2 = starke Verschlechterung; Bereich der Summenwerte pro Kategorie: (max.Verschlechterung) -320 ≤ x ≤ 320 (max. Verbesserung)

könnten eher dazu dienen, Spezifika von einzelnen PatientInnen zu erfassen.

Tabelle 1 enthält schließlich noch die Summenwerte (über ExpertInnen und PatientInnen hinweg) der konstatierten Veränderungen zwischen Therapiebeginn und -ende. In einigen wenigen Fällen wurden Verschlechterungen festgestellt, in manchen Problembereichen keine Veränderung, so dass die Werte durchgehend niedriger ausfallen als die Summe der Problemnennungen bei Therapiebeginn, sich aber deutlich im positiven Bereich bewegen. Da man allerdings davon ausgehen muss, dass die befragten ExpertInnen von der Wirksamkeit ihrer eigenen Methode überzeugt sind, dürften ihre Urteile hinsichtlich der Veränderungen zwischen Therapiebeginn und -ende einen deutlichen Bias in Richtung positiver Veränderung aufweisen. Wir verzichteten deshalb darauf, diesen Teil der Ergebnisse weiter auszuwerten und zu interpretieren.

Es zeigt sich, dass die ExpertInnen und der behandelnde Therapeut (über alle PatientInnen hinweg) unterschiedlich viele Problemaussagen machen. Von den tatsächlich vorgenommenen Problemnennungen entfallen 13.29% auf EXP A, 6.08% auf EXP B, 11.95% auf EXP C, 7.86% auf EXP D, 14.69% auf EXP E, 12.43% auf EXP F, 19.16% auf EXP G, 14.53% auf BT.

Des Weiteren treffen alle der Befragten eine Auswahl aus der Gesamtheit der möglichen Symptommennungen. Von dem Total der möglichen Problemkategorien machten die ExpertInnen zu folgenden Prozentsätzen Gebrauch: EXP A: 30.88%, EXP B: 14.13%; EXP C 27.75%, EXP D: 18.25%; EXP E: 34.13%; EXP F: 28.88%; EXP G: 44.5%; BT: 33.75%. Die Variation der Prozentsätze kann auf ein unterschiedlich ausgedehntes Screening zurückgeführt werden, da ja kein einheitliches Raster vorgelegt hat.

2. Quantitative Auswertung

a) Zur Übereinstimmung der ExpertInnen

Die Übereinstimmung der ExpertInnen untereinander bezüglich Lokalisation und Qualität der Symptome beträgt $.28 \leq r \leq .87$

Die Übereinstimmung der ExpertInnen mit dem behandelnden Therapeuten beträgt $.46 \leq r \leq .76$

In den 680 möglichen Problemnennungen (34 Kategorien \times 20 PatientInnen) zeigten die ExpertInnen eine Übereinstimmung von 100% (keine oder 8 Nennungen pro Kategorie) in 127 Fällen, also in 18.68% aller möglichen Problemnennungen.

- 87.5% Übereinstimmung (7 oder eine Nennung) gab es in 128 Fällen, also 18.82%.
- 75% Ü (6 oder 2 Nennungen): 161 Kategorien = 23.68%
- 62.5% Ü (5 oder 3 Nennungen): 162 Kategorien = 23.82%
- 50% Ü (4 Nennungen): 102 Kategorien = 15%

Fastet man die Fälle von 100% und 87.5% Übereinstimmung zusammen, so stellt man fest, dass in 37.5% aller möglichen Symptommennungen mindestens 7 der 8 ExpertInnen in ihrer Beurteilung übereinstimmen.

Um dieses Ergebnis etwas besser abzusichern, wurde außerdem ein Maß für die Experten-Übereinstimmung gebildet, das die erwarteten Symptommennungen mit berücksichtigte: Die Übereinstimmung errechnete sich aus: Anzahl tatsächlicher Symptommennungen / Anzahl möglicher Symptommennungen \times Anzahl ExpertInnen (unabhängige Ziehungen) / Max (erwartete Übereinstimmung oder 8 - erwartete Übereinstimmung). In 262 von 680 möglichen Kategorien (38.53%) zeigte sich eine hohe Übereinstimmung unter den ExpertInnen.

Bezogen auf die Binomialverteilung waren die Übereinstimmungswerte in 17.06% der 34 untersuchten Kategorien bei 20 PatientInnen (d.h. in 116 von 680 Möglichkeiten) auf dem 5%-Niveau signifikant.

Aus dem Berichteten lässt sich schließen, dass nicht nur bei $\frac{1}{6}$ bis über $\frac{1}{3}$ der möglichen Problemkategorien (je nach Prüfmaß) eine sehr hohe Experten-Übereinstimmung erzielt wurde. Man kann auch vermuten dass sich jede/r der 20 untersuchten PatientInnen durch eine je spezielle Symptomkonfiguration auszeichnete, bei der sich die ExpertInnen in besonders hohem Maße einig waren.

b) Korrelationen

Die Charakterstrukturen nach Lowen (1958; s. auch Johnson, 1994) stellen

ein typologisches Persönlichkeitsmodell dar. Ein solches postuliert für die einzelnen Charaktere eine je typische Merkmalskonfiguration, ein Muster also von hoch korrelierenden Eigenschaften. An dieser Stelle muss in Erinnerung gerufen werden, dass die vorliegende Studie nicht zum Ziel hatte, das bioenergetische Persönlichkeitsmodell empirisch zu überprüfen, sondern lediglich einen stark begrenzten Ausschnitt von „Persönlichkeitsmerkmalen“ untersuchte, nämlich statisch-morphologische visuell wahrnehmbare - unter Außerachtlassung von verbalen, akustischen, bewegungsdynamischen Informationen. Da sich die bioenergetische Persönlichkeitstheorie aber gerade dadurch auszeichnet, dass sie Körperstrukturmerkmale mit entwicklungspsychologisch bedingten Konflikten und Neuroseformen in Beziehung setzt, wollten wir überprüfen, ob bezogen auf einzelne PatientInnen oder in der Sichtweise der ExpertInnen der Theorie und der klinischen Erfahrung entsprechende Merkmalskonfigurationen auch in unserem Datensatz sichtbar werden.

Einschränkend muss betont werden, dass das vorliegende Datenmaterial auf einer mit 20 PatientInnen und 8 ExpertInnen recht kleinen Stichprobe beruht und dass allfällige Befunde an größeren Stichproben erneut überprüft werden sollten.

α) Auf der Suche nach Merkmalskonfigurationen wurden paarweise Korrelationen zwischen den *Patienten-Summenwerten* bezüglich der einzelnen Kategorien (summiert über alle ExpertInnen hinweg), wie auch mit den zusammengefassten Problemkategorien, den Charakterstruktur- und ICD-10 Diagnosen gerechnet (letztere waren sehr homogen, streuten lediglich im F6-Bereich, weshalb wir auf sie nicht weiter eingehen werden). Es handelte sich um 47 Variable, was zu 1081 Korrelationspaaren führte. Allein aufgrund von Zufall wären hierbei 54 auf dem 5%-Niveau signifikante Korrelationen zu erwarten. Tatsächlich fanden wir - nach Abzug von 14 Artefakt-Signifikanzen, Einzelkategorien mit Summenscores - 71 mindestens auf dem 5%-Niveau signifikante Korrelationen, also ein paar wenige (17) mehr als der Zufall erwarten ließe. Wendet man die sehr strenge Bonferroni-Adjustierung an (0.05 : 1081), müsste der Wahrscheinlichkeitswert ≤ 0.00046 betragen, um eine signifikante

te Korrelation anzuzeigen. Dies wurde in keinem Fall erreicht.

Es zeichnen sich also lediglich Tendenzen zu Merkmalskonfigurationen ab, z.B. wenn jemand ein Problem im Schulterbereich hat, so handelt es sich dabei mit 44%iger Wahrscheinlichkeit um ein Grenzproblem und mit etwa 37%iger Wahrscheinlichkeit um eine Blockade, usw. Keinesfalls legt ein Schulterproblem Symptome im Augenbereich nahe ($r = -.02$; $p = .92$).

Trotz aller gebotenen Vorsicht bei der Interpretation sollen nachfolgend (ohne Adjustierung) die signifikanten Korrelationen zwischen einzelnen Kategorien des Screening-Rasters mit den Charakterstrukturdiagnosen berichtet werden (Tabelle 2).

Je häufiger also jemandem ein Problem mit Grenzen zugeschrieben wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Person als masochistisch ($r = .69$) oder als psychopathisch ($r = .61$) diagnostiziert wird, und umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er/sie als schizoid ($r = -.47$) oder gar als oral ($r = -.71$) diagnostiziert wird. Probleme mit „Grounding“ (Bezug zur Erde) korrelieren signifikant positiv mit Schizoidität und Oralität, mit den anderen drei diagnostischen Kategorien nicht.

Um diese und weitere Zusammenhänge allerdings wirklich abzusichern, müssten weitere Studien in diese Richtung durchgeführt werden. Die vorliegenden Ergebnisse deuten eine beste-

hende Tendenz an und stimmen in den angeführten Fällen gut mit der klinischen Erfahrung überein.

β) Die gleiche Fragestellung sollte auch bezogen auf die Struktur von Expertenurteilen untersucht werden. Das heißt, zeichnen sich Merkmalskonfigurationen nicht so sehr patientenbezogen, sondern als kognitive Stile einzelner ExpertInnen ab? Zu diesem Zweck wurden paarweise Korrelationen zwischen den Experten-Summenscores bezüglich der einzelnen Kategorien (summiert über alle PatientInnen hinweg), wie auch mit den zusammengefassten Problemkategorien, den Charakterstruktur- und ICD-10 Diagnosen berechnet. Hier gelten dieselben Einschränkungen wie oben erwähnt. Interessanterweise fanden sich hier 119 signifikante Korrelationen (ebenfalls nach Abzug der Artefakt-Korrelationen); nach Bonferoni-Adjustierung bleibt hier eine einzige Korrelation signifikant, nämlich „Kontakt nach innen“ \times „Hals“ ($r = .98$; $p < 0.00005$). Trotzdem sollen die 119 erwähnten Signifikanzen kurz kommentiert werden. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die ExpertInnen eine leichte Tendenz zeigen, aufgrund von theoretischen Erwartungen bzw. „kognitiven Mustern“ Zusammenhänge zu sehen, wo vielleicht keine sind. Das betreffende Surplus beträgt aber lediglich 4.4%.

Nachfolgend die signifikanten Korrelationen zwischen Symptomnennun-

gen und Charakterstrukturdiagnosen (Tabelle 3).

Insgesamt ist die Vergabe von bestimmten Problemnennungskonfigurationen innerhalb einzelner ExpertInnen höher als bezogen auf einzelne PatientInnen über alle ExpertInnen hinweg. Dies kann als Hinweis auf dem Modell entsprechende kognitive Strukturen der ExpertInnen gedeutet werden. Darüber hinaus weisen aber diese kognitiven Stile der ExpertInnen auch andere Zusammenhänge auf als wenn intersubjektive Urteilssummen auf einzelne PatientInnen bezogen miteinander korreliert werden. Besonders deutlich zeigt sich dies bei der Korrelation Grenzen \times Masochismus. Bei einzelnen ExpertInnen wird es umso unwahrscheinlicher, dass er/sie die Diagnose „Masochismus“ stellt, je häufiger er Probleme mit Grenzen feststellt. Je mehr verschiedene ExpertInnen aber einer Patientin Probleme mit Grenzen attestieren, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese Patientin die Diagnose „Masochismus“ (evtl. neben anderen) erhält. Dasselbe trifft für Schizoidität und „Probleme mit dem ganzen Körper“ zu.

Weil aus all den genannten Gründen die berichteten Korrelationen nur mit Vorsicht zu interpretieren sind, soll auf weitere Einzelheiten vorerst nicht eingegangen werden.

Faktorenanalysen ergaben keine mit theoretischen Konstrukten (z.B. der Charakterstrukturen) konforme oder unseren übergeordneten Kategorien (Kopf, Rumpf, Beine, Struktur, Funktionelle Dynamik, Interaktionelles Feld) entsprechende oder anderweitig sinnvoll interpretierbare Lösungen.

Hierarchische Clusteranalysen konnten (vermutlich aus denselben, bereits genannten Gründen: zu kleine Stichproben, eine eher homogene PatientInnengruppe) die Charakterstrukturen nicht mit nach der Literatur zu erwartenden Symptomnennungen gruppieren.

Die vorliegende Untersuchung im Verbund mit der vorangegangenen Studie (Koemeda-Lutz und Peter, 2001) möchte speziell der psychosomatischen Orientierung des bioenergetischen Modells gerecht werden und zusätzlich zur üblichen Gewinnung verbaler Informationen eine systematische Analyse von visuellen Daten und deren Einbezug in die Diagnostik vorschlagen. Wie brauchbar die aus den spontan produzierten Texten der ExpertInnen abgelei-

Tabelle 2. Korrelationen zwischen Charakterstrukturdiagnosen und Symptomkategorien (Patienten-Summenwerte)

Schizoidität \times Grounding:	$r = .53^*$
Schizoidität \times Grenzen	$r = -.47^*$
Schizoidität \times Entw / Diff	$r = -.49^*$
Schizoidität \times Körper	$r = .60^{**}$
Oralität \times Grounding	$r = .44^*$
Oralität \times Grenzen	$r = -.71^{**}$
Oralität \times Beine	$r = -.57^{**}$
Oralität \times Unterschenkel	$r = .46^*$
Masochismus \times Grenzen	$r = .69^{**}$
Masochismus \times Entw / Diff	$r = .62^{**}$
Psychopathie \times Vorh. Emotion	$r = -.47^*$
Psychopathie \times Grenzen	$r = .61^{**}$
Psychopathie \times Muskeltonus	$r = -.45^*$
Psychopathie \times Haut	$r = -.53^*$
Psychopathie \times Beine	$r = .47^*$
Rigidität \times Oberschenkel	$r = -.52^*$
Rigidität \times Unterschenkel	$r = .56^*$

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Tabelle 3. Korrelationen zwischen Charakterstrukturdiagnosen und Symptomkategorien (Experten-Summenwerte)

Schizoidität x Körper	$r = -.83^*$
Schizoidität x Beweglichkeit	$r = -.77^*$
Oralität x Diaphragma	$r = -.83^*$
Oralität x Blockaden	$r = -.82^*$
Oralität x Energie	$r = -.87^*$
Oralität x Kontakt n. außen	$r = -.75^*$
Oralität x Summe-Int-Feld	$r = -.83^*$
Masochismus x Rumpf	$r = -.83^*$
Masochismus x Spaltung	$r = -.87^{**}$
Masochismus x Leere / Fülle	$r = -.94^{**}$
Masochismus x Grenzen	$r = -.95^{**}$
Masochismus x Vorh.Emotion	$r = -.72^*$
Psychopathie x Kopf	$r = .84^{**}$
Psychopathie x Augen	$r = -.75^*$
Psychopathie x Körper	$r = -.73^*$
Psychopathie x Beweglichkeit	$r = -.88^{**}$
Psychopathie x Grounding	$r = -.74^*$
Psychopathie x Summe-Funkt. Dyn.	$r = -.74^*$
Rigidität x Haut	$r = -.75^*$
Rigidität x Beweglichkeit	$r = -.75^*$
Rigidität x Summe-Kopf	$r = -.77^*$

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

teten Kategorien sind, werden zukünftige Forschungsarbeiten untersuchen müssen. Auch die Frage, ob statisch-morphologische körperliche Merkmale zu mehr als einem spontanen Eindruck bezüglich der psychosomatischen Gesundheit des Betroffenen (vorangegangene Studie) taugen und im Einzelfall erlauben, interventionsrelevante Hypothesen zu generieren, die unter Einbezug weiterer, insbesondere verbaler Informationen im therapeutischen Prozess zu überprüfen sind, werden weitere Studien klären müssen. Die klinische Praxis macht seit jeher Gebrauch von visuellen Informationen. Man könnte behaupten: KörperpsychotherapeutInnen explizieren die Art des Gebrauchs. Inwiefern dieser Gebrauch korrekt und nützlich ist, bedarf weiterer empirischer Überprüfung.

c) Mittelwert-Vergleiche zwischen Gruppen von PatientInnen (Orale versus Nicht-Orale)

Des Weiteren interessierte die Frage, ob die vorgeschlagenen Kategorien geeignet sind, zwischen Gruppen von PatientInnen zu unterscheiden.

Die ICD-10-Diagnosen bewegten sich bei den ausgewählten PatientInnen

fast ausschließlich im F6-Bereich und streuten derartig gering, dass eine Einteilung für Gruppenvergleiche nach ICD-10 unmöglich war.

Bei den Charakterstrukturdiagnosen nach Lowen ließ sich eine Gruppe von 11 PatientInnen mit über 10 Oralitätsdiagnose-Nennungen einer Gruppe von 9 PatientInnen gegenüberstellen, bei denen andere Strukturdiagnosen im Vordergrund standen.

Die beiden Gruppen unterschieden sich statistisch signifikant (lediglich) in folgenden (von 34) Variablen (t-Werte nach Größe geordnet):

Körper insgesamt:

$t = -2.27$; $df = 18$; $p = 0.04^*$;
 $\bar{X}_{\text{Orale}} = 5.56$; $std = .32$; $\bar{X}_{\text{Nicht-Orale}} = 6.55$;
 $std = .29$

Summe-Beine:

$t = -2.50$; $df = 18$; $p = 0.02^*$
 $\bar{X}_{\text{Orale}} = 8.67$; $std = .60$; $\bar{X}_{\text{Nicht-Orale}} = 10.55$;
 $std = .51$

Beine:

$t = -2.98$; $df = 18$; $p = 0.008^{**}$
 $\bar{X}_{\text{Orale}} = 2.33$; $std = .44$; $\bar{X}_{\text{Nicht-Orale}} = 4.09$;
 $std = .40$

Kraft:

$t = 3.01$; $df = 18$; $p = 0.006^{**}$
 $\bar{X}_{\text{Orale}} = 1.78$; $std = .32$; $\bar{X}_{\text{Nicht-Orale}} = .45$;
 $std = .29$

Grounding:

$t = -3.03$; $df = 18$; $p = 0.007^{**}$
 $\bar{X}_{\text{Orale}} = 4.56$; $std = .35$; $\bar{X}_{\text{Nicht-Orale}} = 6.00$;
 $std = .40$

Orale werden bezüglich „Kraft“ signifikant mehr Probleme zugeschrieben als den übrigen PatientInnen. Den Nicht-Orale werden signifikant mehr Probleme bezüglich „Grounding“, im Bereich der Beine und im gesamten Körper attestiert als den Oralen. In den übrigen Problemkategorien variiert der Betrag der T-Werte zwischen .13 (Arme) und 1.7 (Spaltung), die entsprechenden p-Werte zwischen .90 und .12. Bei Anwendung der Bonferoni-Adjustierung läge für eine Signifikanz auf dem 5%-Niveau der erforderliche Wahrscheinlichkeitswert bei 0.0015 (0.05/Anzahl der Tests [34]). Auch hier deuten die Ergebnisse also lediglich eine Richtung an.

d) Korrelationen mit Ergebnissen der vorangegangenen Studie

Von den Bildern, die in Teil 1 der Studie dargeboten wurden, wurden diejenigen Fotos extrahiert, die den für diesen Teil 2 der Studie ausgewählten PatientInnen entsprachen. Die Treffsicherheit der Zuordnungen der Fotos zum Therapiebeginn wurde korreliert mit den Kategorien dieser Studie, wie auch mit dem Summenwert der Problemnennungen bei jedem einzelnen Patienten:

Wer in der 1. Studie mit hoher Treffsicherheit dem Therapiebeginn zugeordnet werden konnte (man kann annehmen, dass dies einem hohen Schweregrad der Störung entspricht), bekam in der vorliegenden Studie hohe Werte im „Interaktiven Feld“ und bei „Beweglichkeit“ ($r = .43$; $p = .06$; $r = .45$; $p = .04$).

Bei Mittelwertvergleichen zwischen treffsicher Zugeordneten in Teil 1 (TZ: $N = 12$) und nicht zuverlässig Zugeordneten (NTZ: $N = 8$) ergaben sich bei 34 Vergleichen lediglich ein signifikanter und drei tendenziell signifikante Unterschiede:

Mund:

$t(18) = -2.45$; $p = .02^*$; $M(TZ) = 2.83$;
 $std = 0.34$; $M(NTZ) = 1.50$; $std = 0.42$

Kopf:

$t(18) = 1.94$; $p = .07$; $M(TZ) = 2.50$;
 $std = 0.33$; $M(NTZ) = 3.50$; $std = 0.40$

Augen:

$t(18) = -1.85$; $p = .08$; $M(TZ) = 5.33$; $std = 0.56$; $M(NTZ) = 4.00$; $std = 0.45$

Arme:

$t(18) = -1.85$; $p = .08$; $M(TZ) = 1.92$; $std = 0.40$; $M(NTZ) = 0.75$; $std = 0.49$

Den treffsicher zugeordneten PatientInnen der 1. Studie wurden in der 2. Studie signifikant mehr Probleme im Mundbereich, tendenziell mehr Probleme im Augen- und Armbereich und weniger im Kopfbereich attestiert. Die übrigen Symptomkategorien erlaubten es nicht, zwischen den treffsicher und den nicht treffsicher zugeordneten PatientInnen zu unterscheiden.

Die Korrelation zwischen der Summe aller Symptomnennungen pro Patient mit der Summe der Richtigen in Teil 1 beträgt $r = .34$; $p = .15$. Sie ist also nicht besonders hoch. Dies legt den Schluss nahe, dass das abgeleitete Screening-Raster nur sehr begrenzt die raschen Urteile der 1. Studie zu erklären hilft, was nicht weiter überrascht, da an der Lösung der Aufgaben in Studie 1 und Studie 2 recht unterschiedliche zerebrale Verarbeitungsprozesse beteiligt gewesen sein dürften.

e) Reliabilität der Charakterstrukturdiagnosen:

Bezüglich der Charakterstrukturdiagnosen lagen von 6 ExpertInnen Urteile (Haupt- und Nebendiagnosen) von zwei Zeitpunkten (Studie I und II; Abstand ca. 1 Jahr) vor. Zählt man die einzelnen diagnostischen Nennungen aus, so hatten die 6 ExpertInnen 59, 75, 69, 75, 72 bzw. 70 Übereinstimmungen von 100 möglichen (20 PatientInnen \times 5 diagnostische Kategorien) zwischen Erst- und Zweit-Diagnose. Wenn sie eine Patientin beide Male als „rigid“ einstufen oder beide Male als „nicht rigid“, so wurde beides als Übereinstimmung gewertet.

Die Reliabilität der Charakterstrukturdiagnosen zwischen Teil 1 (rasche Urteile) und Teil 2 der Studie (Urteile aufgrund gründlicher Analyse) lagen bei den einzelnen ExpertInnen zwischen .19 und .60. Der Median der Kappa-Koeffizienten betrug .38.

Dies stimmt gut mit den Ergebnissen von d) überein, dass nämlich Urteile, die auf einer gründlichen, kognitiv und sprachlich vermittelten Analyse visuellen Materials basieren, nicht besonders

eng mit den Ergebnissen sehr viel rascher Spontanurteile zusammenhängen.

Diskussion

In einer vorangegangenen Studie (Koemeda-Lutz und Peter, 2001) war gezeigt worden, dass Bioenergetische AnalytikerInnen von menschlichen Ganzkörperaufnahmen den Grad leibseelischer Gesundheit mit einer Treffsicherheit ablesen können, die statistisch signifikant über dem Zufallsniveau liegt. Sie waren körperpsychotherapeutischen Laien besonders dann überlegen, wenn die Gesichter der Fotografierten abgedeckt waren, die Urteile sich also auf den Eindruck des restlichen Körpers stützen mussten. Wir hatten dies als Bestätigung für die bioenergetische Praxis des Einbezugs visueller Informationen aus der körperlichen Erscheinung unserer PatientInnen gewertet und als Beleg für den Erfolg bioenergetischer Ausbildung, entsprechende Fähigkeiten speziell zu schulen.

In der vorliegenden Studie wurde nun untersucht, welche Kategorien Bioenergetische AnalytikerInnen (ExpertInnen) verwenden, wenn sie visuelle Informationen vom körperlichen Erscheinungsbild von PatientInnen ablesen und sichtbare Veränderungen zwischen Anfang und Ende einer Therapie beschreiben.

Durch ein computergestütztes Textanalyseverfahren (Nagl, 1999) ergab sich ein Screening-Raster mit 14 + 4 lokalisatorischen und 16 qualitativen Symptomkategorien, die zu je drei übergeordneten Kategorien (LOK: Kopf, Rumpf, Beine; QUAL: Struktur, Funktionelle Dynamik, Interaktionelles Feld) zusammengefasst werden konnten. Diese Kategorien entsprachen den theoretischen (körperbezogenen) Konzepten der Bioenergetischen Analyse, wie sie von Reich (1933), Lowen (1958) und anderen aufgrund reicher klinischer Erfahrung erarbeitet wurden. Sie erlauben eine den „Postulaten für die Praxisforschung“ von Rudolf (1998) gemäße „theoriegeleitete und individualisierte Beschreibung von Persönlichkeit und Störung“ in einem körperpsychotherapiepezifischen Segment, nämlich der visuellen Information aus körperlichen Erscheinungsbildern. Damit war der Hauptzweck dieser zweiten Studie erfüllt.

Die quantitativen Analysen des erhobenen Datenmaterials dürfen aus

mehreren Gründen nur als tentativ angesehen werden: 1) Wir haben kleine Stichproben untersucht (8 ExpertInnen, 20 PatientInnen). 2) Den ExpertInnen lag kein verbindliches Screening-Raster vor. Es wurde in dieser Untersuchung ja erst eines abgeleitet. Die spontanen Beschreibungen waren also lückenhaft in dem Sinn, dass einzelne ExpertInnen nur die für sie augenfälligsten Merkmale benannten. 3) Wir haben uns für unsere Analyse – verglichen mit dem Informationsspektrum der klinischen Arbeit – auf ein stark eingeschränktes Segment beschränkt: statisch-morphologische Aspekte der körperlichen Erscheinung. Aus all diesen Gründen kann die vorliegende Untersuchung weder als Bestätigung noch als Widerlegung des bioenergetischen Persönlichkeitsmodells aufgefasst werden.

Eine weitere Erforschung somatischer Aspekte bei sogenannten psychischen Erkrankungen erscheint aber nach wie vor lohnend. Denn auch schon in den hier erhobenen Daten ergaben sich einige deutliche Zusammenhänge zwischen körperlich sichtbaren Merkmalen und den diagnostizierten Charakterstrukturen, die sich gemäß dem bioenergetischen Persönlichkeitsmodell um entwicklungsbiologisch vorgegebene Grundkonflikte kristallisieren: z.B. ein Neugeborenes muss sein Existenzrecht behaupten, auch wenn seine Ankunft unerwünscht ist; ein Säugling braucht ein gewisses Maß an Nahrung, Halt und Liebe, auch wenn seine Pflegepersonen wenig zu geben haben. Einige Symptomkategorien waren geeignet, beispielsweise zwischen oral strukturierten und anders strukturierten PatientInnen statistisch signifikant zu trennen. Eine Untersuchung der Frage, ob die hier extrahierten Variablen sich schließlich zu einer dimensional Struktur ordnen lassen und ob diese in einem relevanten Zusammenhang zu in der breiten Fachöffentlichkeit anerkannten Störungsbildern (z.B. nach DSM-IV oder ICD-10) und anderen Persönlichkeitsmodellen stehen, muss weiteren Studien vorbehalten bleiben. Bioenergetische AnalytikerInnen werden vermutlich gut beraten sein, wenn sie entsprechend der Entwicklung auf dem größeren Feld der empirischen Persönlichkeitsforschung (z.B. Amelang und Bartussek, 1981) das Charakterstrukturmodell von einem kategorialen in ein dimensionales Persönlichkeitsmodell überführen, wie Fehr (2000) dies

aufgrund seiner Fragebogenerhebung (verbale Selbstauskünfte) an einer sehr viel größeren Stichprobe bereits vorschlägt. PatientInnen würden also nicht mehr einer bestimmten Charakterstruktur zugeordnet, sondern in einem mehrdimensionalen Raum positioniert, je nach Ausprägung ihrer schizoiden, oralen, narzisstischen, masochistischen und rigiden Anteile. Fehr zeigt in seiner Studie, dass diese Dimensionen mit denen anderer Persönlichkeitsmodelle weitgehend in Einklang zu bringen sind.

Auf lange Sicht sollten körperlich sichtbare Merkmale (statische und wünschenswerterweise auch bewegungsdynamische) gemeinsam mit verbalen Selbstauskünften untersucht werden.

Die vorangegangene und die vorliegende Studie zeigen immerhin, dass körperpsychotherapeutische ExpertInnen von Ganzkörperaufnahmen den Grad an psychosomatischer Gesundheit mit einer signifikant über der Ratewahrscheinlichkeit liegenden Treffsicherheit ablesen können und dass sie mit relativ hoher Übereinstimmung (Median der Kappa-Koeffizienten = .71) eine Diagnose stellen, die ihnen Hinweise auf eine vermutete Grundproblematik liefert: Wir sehen beispielsweise einen im Brustbereich kollabierten Rumpf, eine schwach entwickelte Muskulatur, vermuten eine orale Problematik, damit verbunden eine tendenziell depressive Grundstimmung, ein relativ niedriges Energieniveau, einen Mangel an Erfüllung usw. Die Zuordnungen der Fotos zu Therapiebeginn und -ende in Studie 1 waren allerdings nicht fehlerfrei. Deshalb soll, um Missverständnisse zu vermeiden, nochmals betont werden, dass auch wir als KörperpsychotherapeutInnen, den Einbezug zusätzlicher, insbesondere verbaler Informationsquellen in unsere diagnostischen Bemühungen für unerlässlich halten. Außerdem dürfen wir keineswegs unseren theoriegeleiteten und/oder subkortikal dominierten (Lorenz, 1935; Ledoux, 1996) Wahrnehmungsmustern unhinterfragt folgen, sondern sollten die Bilder und Urteile, die wir aus visuellen Wahrnehmungen ableiten, in kontinuierlicher Kommunikation mit unseren PatientInnen verhandeln und zu deren Erleben in Beziehung setzen. Die gegenwärtige Studie hat ergeben, dass Bioenergetische AnalytikerInnen in manchen Aspekten mit hoher Übereinstimmung Auffälligkeiten bzw. Probleme bei den

fotografierten PatientInnen feststellten, sowohl die Lokalisation als auch die Qualität der Symptome betreffend. In ca. 37,5% aller möglichen Symptommennungen stimmten mindestens 7 der 8 ExpertInnen in ihrer Beurteilung überein. Die Übereinstimmung der ExpertInnen mit dem behandelnden Therapeuten betrug immerhin $.46 \leq r \leq .76$.

Dass die Intra-Rater-Reliabilität der Charakterstrukturdiagnosen bei einem zeitlichen Abstand von ca. 1 Jahr, einmal aufgrund eines raschen ersten Eindrucks, beim zweiten Mal auf der Basis einer ausführlichen, in Einzelheiten verbalisierten Analyse eher gering ausfiel (Median der Kappa-Koeffizienten = .38), zeigt, dass die Bilder, die wir uns machen, veränderlich sind – von einem Zeitpunkt zum nächsten, und je nachdem, ob wir dem spontanen Eindruck vertrauen oder uns auf kognitiv vermittelte analytische Verarbeitungsprozesse stützen. Alle Bilder, die aus Wahrnehmungsdaten konstruiert werden, enthalten einen mehr oder weniger hypothetischen Anteil. Trotz aller Einschränkungen scheint ein nennenswertes Potential in der systematischen Verarbeitung von visuellen Informationen und deren Einbezug in die psychotherapeutische Diagnostik zu liegen, dessen weitere Erforschung eine lohnende Aufgabe sein sollte.

Autoren

Dr. Dipl. Psych. Margit Koemeda-Lutz, Studium der Psychologie, Soziologie und Linguistik in Konstanz und Zürich, mehrjährige Mitarbeit an einem neuropsychologischen Forschungsprojekt der DFG an der Universität Konstanz, Gründungsmitglied und im Leitungsteam der Breitensteiner Psychotherapiewochen (1981–2000); Psychotherapeutin SPV, Bioenergetische Analytikerin, Lehrtherapeutin und Supervisorin SGBAT in freier Praxis; Vorstandsmitglied SGBAT (1994–2001).

Dr. med. Pierre-Alain Emmenegger, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Bioenergetischer Analytiker und Therapeut in freier Praxis; Lehrtherapeut und Supervisor SGBAT. Interessiert an neuropsychologischen und psychosomatischen Prozessen.

Dr. med. Hans Peter, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychoanalytiker und Bioenergetischer Therapeut in eigener Praxis – im Ruhestand. Ehemaliger Local Trainer SGBAT, Gründungsmitglied SGBAT. Interessiert am Zusammenspiel von

Gleichgewicht und Veränderung auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene.

Literatur

- Amelang M, Bartussek D (1981) *Differenzielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Kohlhammer, Stuttgart
- Anstadt T, Merten J, Ullrich B, Krause R (1997) Affective dyadic behavior, core conflictual relationships and success of treatment. *Psychotherapy Research* 7: 397–417
- Aristoteles (330 v. Chr.) *Physiognomica*. In: Flashar H (Hrsg) *Aristoteles. Werke in deutscher Übersetzung*, Bd 18, Opuscula Teil VI, 11–31. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, Lizenzausgabe: Akademie Verlag, Berlin 1999
- Bänninger-Huber E, Widmer C (1997) Affektive Beziehungsmuster. Was kann die differenzierte Betrachtung der Beziehungsmuster zum Verständnis psychotherapeutischer Veränderungen beitragen? *Psychotherapeut* 42: 356–361
- Bänninger-Huber E, Widmer C (1999) Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research* 9: 74–87
- Dietrich R, Pechtl W (1999) *Energie durch Übungen*. Eigenverlag Dr. R. Dietrich, Salzburg
- Eckert J (2001) Vom schwierigen Geschäft des Diagnostizierens. Editorial. *Psychotherapeut* 46/2: 87–89
- Fehr T (2000) Bioenergetische Charakterkonzepte aus persönlichkeitspsychologischer Sicht. *Report Psychologie* 25/5–6: 344–355
- Frey S, Hirsbrunner HP, Pool J, Daw W (1981) Das Berner System zur Untersuchung nonverbaler Interaktion I: Die Erhebung des Rohdaten-Protokolls. In: Winkler P (Hrsg) *Methoden zur Analyse von Face-to-Face-Situationen*. Metzler, Stuttgart, S 203–236
- Frey S, Hirsbrunner HP, Florin A, Daw W, Crawford R (1983) A unified approach to the investigation of nonverbal and verbal behavior in communication research. In: Doise W, Moscovici S (eds) *Current issues in European social psychology*. Cambridge University Press, Cambridge, pp 143–199
- Frey S (1999) Die Macht des Bildes. Der Einfluss der nonverbalen Kommunikation auf Kultur und Politik. Hans Huber, Bern
- Heckhausen H, Roelofsen I (1962) Anfänge und Entwicklung der Leistungsmotivation: I. Im Wetteifer des Kleinkindes. *Psychologische Forschung* 26: 313–397
- Helmholtz H (1867) *Handbuch der physiologischen Optik*. In: Karsten G (Hrsg) *allgemeine Encyclopädie der Physik*, Bd 9. Voss, Leipzig

- Hilton R (1980) General dynamics of character structure development. In: Cassius J (ed) *Horizons of bioenergetics*. Promethian Publications, Memphis
- Hilton R (1997) Countertransference: an energetic and characterological perspective. In: Hedges LE, Hilton R, Wink Hilton V, Brand Caudil O (eds) *Therapists at risk*. J Aronson, Northvale, pp 251–260
- Hufnagel H, Steimer-Krause E, Krause R (1991) Mimisches Verhalten und Erleben bei schizophrenen Patienten und bei Gesunden. *Zeitschrift für Psychologie* 20/4: 356–370
- Johnson SM (1994) *Character styles*. Norton, New York
- Kant I (1980) Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. In: Vorländer K (Hrsg) *Meiner*, Hamburg
- Keleman S (1985) *Emotional anatomy – the structure of experience*. Center Press, Berkely (dt: *Verkörperte Gefühle*. Transform Verlag, München, 1992)
- Koemeda-Lutz M, Peter H (2001) *Der Körper als Informationsträger – Eine Studie zur Bioenergetischen Körperdiagnostik*. *Psychother Forum* 9: 51–61
- Krause R, Lütolf P (1989) *Mimische Indikatoren von Übertragungsvorgängen – Erste Untersuchungen*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 18/1: 55–67
- Krause R, Steimer-Krause E, Ullrich B (1992) *Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis*. *Forum der Psychoanalyse* 8: 238–253
- Kretschmer E (1921) *Körperbau und Charakter*, 20. Aufl. 1951. Springer, Berlin Heidelberg
- Kurtz R (1983) *Hakomi therapy*. Hakomi Institute, Boulder (dt.: *Körperzentrierte Psychotherapie – die Hakomi-Methode*. Synthesis Verlag, Essen, 1985)
- Kurtz R, Pretera H (1976) *Botschaften des Körpers*. *Body reading*. Ein illustrierter Leitfaden. Kösel, München (8. Aufl, 1997)
- Lavater JC (1775–1778) *Physiognomische Fragmente zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe*. Vier Bände. Weidmann Erben und Reich, Leipzig
- LeDoux J (1996) *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. Simon and Schuster, New York (dt: *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. Carl Hanser Verlag, München, 1998)
- Leyhausen P (1951) *Einführung in die Eindruckskunde*. *Schola* 6: 895–900
- Lichtenberg GC (1972) *Schriften und Briefe*, 3. Bd. Aufsätze; Entwürfe, Gedichte; Erklärung der Hogarthischen Kupferstiche. Promies W (Hrsg) Carl Hanser, München
- Lichtenberg GC (1980) *Schriften und Briefe*, 1. Bd. *Sudelbücher I*. Promies W (Hrsg) Carl Hanser, München
- Lippmann W (1922, 1998) *Public opinion*. Transaction, New Brunswick
- Lorenz K (1935) *Der Kumpan in der Umwelt des Vogels*. *Journal für Ornithologie* 83: 137–213, 289–413
- Lorenz K, Leyhausen P (1968) *Antriebe tierischen und menschlichen Verhaltens*. Piper, München
- Lowen A (1958) *The language of the body*. Grune & Stratton, New York (dt: *Körperausdruck und Persönlichkeit*. Kösel, München, 1981)
- Nagl W (1999) *Konstanzer Textanalyse*. Computer-Programm. Universität Konstanz, BRD
- Regli D, Bieber K, Mathier F, Grawe K (2000) *Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien*. *Verhaltensther Verhaltensmed* 21: 399–420
- Reich W (1933) *Charakteranalyse*. Wilhelm Reich Infant Trust Fund. Neuaufgabe 1971. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- De Rivera J, Possell L, Verette JA, Weiner B (1989) *Distinguishing elation, gladness and joy*. *Journal of Personality and Social Psychology* 57/6: 1015–1023
- Rudolf G (1998) *Taxonomie der Psychotherapieforschung*. *Psychother Forum* 6/2: 80–91
- Schiepek G, Schütz A, Köhler M, Richter K, Strunk G (1995a) *Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse*. Teil I: Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse. *Psychother Forum* 3/1: 1–17
- Schiepek G, Strunk G, Kowalik ZJ (1995b) *Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse*. Teil II: Die Ordnung des Chaos. *Psychother Forum* 3/2: 87–109
- Sheldon WH (1940) *The varieties of human physique*. Harper, New York
- Sheldon WH (1942) *The varieties of temperament: a psychology of constitutional differences*. Harper, New York
- Strauss B, Richter-Appelt H (1996) *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FbeK)*. Hogrefe, Göttingen
- Tinbergen N (1951) *The study of instinct*. University Press, Oxford