

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Gündel

**Das Elternbild von Patienten mit der Diagnose Hysterie
in 100 psychoanalytischen Fallberichten
im Zeitraum von 1971 bis 1999**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Ulm

Silke Lang
Arad / Rumänien
2010

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

Erster Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

Zweiter Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Dipl.-Päd. Ute Ziegenhain

Tag der Promotion: 08.12.2011

Inhaltsverzeichnis

	Inhaltsverzeichnis	I
	Abkürzungsverzeichnis	III
1.	Einleitung	1
1.1.	Hysterie	1
1.2.	Core Conflictual Relationship Theme Method	7
2.	Material und Methode	10
2.1.	Material 1: Vorstudie	
	Fragebögen von Studierenden ($297 \leq n \leq 300$):	
	„Was ist weiblich, was ist männlich?“	10
2.2.	Material 2: Hauptstudie	
	100 DPV-Abschlussberichte	12
2.3.	Methode	16
3.	Ergebnisse	20
3.1.	Vorstudie: Fragebögen von Studierenden ($297 \leq n \leq 300$):	
	„Was ist weiblich, was ist männlich?“	20
3.1.1.	Attribut „weiblich“	20
3.1.2.	Attribut „männlich“	22
3.1.3.	Was ist weiblich, was ist männlich?	
	Darstellung der CCRT-LU-Cluster-Kategorien	24
3.2.	Hauptstudie: 100 DPV-Abschlussberichte	26
3.2.1.	Gruppeneinteilung	26
3.2.2.	Patientenalter	26
3.2.3.	Therapiedauer	26
3.2.4.	Jahr des Kolloquiums	26
3.2.5.	Reliabilität	26
3.2.6.	Das Beziehungsmuster der Eltern, Mütter und Väter	29
3.2.7.	Direkter Vergleich des Beziehungsmusters von Mutter und Vater	35
3.2.8.	Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Therapeuten- und Patientengeschlecht, sowie von der jeweiligen Therapeuten- Patienten-Konstellation	37
3.2.9.	Zeitliche Entwicklung der Beziehungsmuster	41
4.	Diskussion	47

4.1.	Vorstudie: Fragebögen von Studierenden ($297 \leq n \leq 300$):	
	„Was ist weiblich, was ist männlich?“	47
4.1.1.	Attribut „weiblich“	48
4.1.2.	Attribut „männlich“	48
4.1.3.	Was ist weiblich, was ist männlich?	49
4.2.	Hauptstudie: 100 DPV-Abschlussberichte	50
4.2.1.	Gruppeneinteilung	50
4.2.2.	Patientenalter	51
4.2.3.	Therapiedauer	51
4.2.4.	Jahr des Kolloquiums	51
4.2.5.	Reliabilität	51
4.2.6.	Das Beziehungsmuster der Eltern, Mütter und Väter	52
4.2.7.	Direkter Vergleich des Beziehungsmusters von Mutter und Vater	56
4.2.8.	Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Therapeuten- und Patientengeschlecht, sowie von der jeweiligen Therapeuten- Patienten-Konstellation	57
4.2.9.	Zeitliche Entwicklung der Beziehungsmuster	64
5.	Zusammenfassung	68
6.	Literaturverzeichnis	70
	Anhang	
	Danksagung	

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Bsp.	Beispiel
bzw.	beziehungsweise
CCRT	Core Conflictual Relationship Theme Method
CCRT-LU	category system Core Conflictual Relationship Theme, “Logically Unified”/ Leipzig - Ulm
DIN	Deutsche Industrienorm
d.h.	das heißt
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
ES	Effektstärke
et al.	et alteri, und andere
G Pat	Patientengeschlecht
G Th	Therapeutengeschlecht
Hrsg.	Herausgeber
ICC	Intra-Class-Correlation
ICD	International Classification of Diseases
IRC	Inter-Rater-Correlation
m	Geschlecht: männlich
mP	männlicher Patient
mT	männlicher Therapeut
MW	Mittelwert
n	Fallzahl
p	Signifikanzwert
Pat.	Patient
RO	Reaktionen des Objekts (Äußerungen, Handlungen, Gefühle)
RS	Reaktionen des Subjekts (Äußerungen, Handlungen, Gefühle)
S.	Seite
SA	Standardabweichung
SPSS®	Statistical Package for the Social Sciences
t	t - Test, t – Statistik
t(99)	t-Statistik mit 99 Freiheitsgraden (n-1)

t(n-1)	t-Statistik für gepaarte Stichproben mit n-1 Freiheitsgraden
Tab.	Tabelle
v. Chr.	vor Christus
w	Geschlecht: weiblich
W	Wünsche, Bedürfnisse, Absichten
WO	Objektbezogene Wünsche, Bedürfnisse, Absichten
wP	weiblicher Patient
WS	Subjektbezogene Wünsche, Bedürfnisse, Absichten
wT	weiblicher Therapeut
ZBKT	Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas
ZBKT –LU	Kategoriensystem der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas Leipzig – Ulm

1. Einleitung

„Metamorphosen eines Paradiesvogels“

Der Untertitel der Monographie *Hysterie heute* von Günter H. Seidler (1996) erscheint mir zur Beschreibung der Diagnose Hysterie dermaßen treffend, dass ich die vorliegende Arbeit damit beginnen möchte. So manch einer mag sich fragen, warum ich zur Untersuchung des elterlichen Beziehungsmusters gerade Psychoanalyseberichte von Patienten mit der Diagnose Hysterie gewählt habe, scheint diese Diagnose doch schon lange veraltet und, da bereits seit einigen Jahren in den diagnostischen Glossaren umbenannt bzw. ersetzt, nicht mehr zeitgemäß zu sein. Doch die Faszination einer Erkrankung, die so bunt und wandelbar erscheint, die bereits lange vor Christus beschrieben wurde (Veith 1977) und bis heute von sich reden macht, die so vielzitiert und umstritten war und auch heute immer noch ist, bewegte mich dazu, die Hysterie als Grundlage zur Untersuchung des elterlichen Beziehungsmusters heranzuziehen.

Nun erscheint es mir jedoch wichtig, einleitend einen historischen Überblick über die Hysterie zu geben, sowie das Beziehungsverhalten der betroffenen Patienten zu erleuchten. Des Weiteren möchte ich noch eine allgemeine Zusammenfassung zur Entstehungsgeschichte der „Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas“ (engl.: Core Conflictual Relationship Theme Method) geben, um später auf die konkrete Anwendung im Falle der vorliegenden Arbeit einzugehen.

1.1. Hysterie

Die Hysterie oder hysterische Neurose ist eine Diagnose, die sich als solche seit einigen Jahren nicht mehr in den modernen diagnostischen Glossaren finden lässt. Im Jahre 1980 wurden daraus die folgenden klinischen Einheiten:

- Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0)
- Konversionsstörung (ICD-10: F44.4 – F44.7)
- Dissoziative Störung (ICD-10: F44.0 – F44.3)
- Histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.4)

Das DSM-IV hingegen betont die Konversionsstörung und ordnet sie den somatoformen Störungen zu, wohingegen die dissoziative Störung eine eigene Kategorie bildet (Hoffmann und Hochapfel 2008).

Schauen wir uns aber nun genauer an, was mit der Diagnose Hysterie in der Vergangenheit passiert ist, und weshalb sie als solche aufgesplittert bzw. umbenannt wurde. Es soll dabei jedoch lediglich ein historischer Einblick gegeben werden, der keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Es wurden bereits in der altägyptischen Medizin Erkrankungen beschrieben, die viele Jahrhunderte später eindeutig der hysterischen Störung zugeordnet worden wären. Als Ursache der Krankheit wurde das Umherwandern der Gebärmutter innerhalb des Körpers vermutet. Ihren Namen erhielt die Hysterie durch Hippokrates (460 – 375 v. Chr.), der im *Corpus Hippocraticum* zum ersten Mal die durch „die Gebärmutter hervorgerufene Erstickung“ (pnix hysterike) beschrieb und präziserte (Schaps 1992, S. 19). Diese Theorie wurde über die Jahrtausende unangefochten überliefert. So heißt es bei Timäus von Plato (427 – 347 v. Chr.): „Die Gebärmutter ist ein Tier, das glühend nach Kindern verlangt. Bleibt dasselbe nach der Pubertät lange Zeit unfruchtbar, so erzürnt es sich, durchzieht den ganzen Körper, verstopft die Luftwege, hemmt die Atmung und drängt auf diese Weise den Körper in die größte Gefahren und erzeugt allerlei Krankheiten“ (Mentzos 2004a, S.31).

Im Mittelalter hingegen galt die Hysterie als Besessenheit. Man interpretierte die typischen Symptome als Folgeerscheinung einer Berührung mit dem Teufel – Stigmata diaboli genannt. Galen von Pergamon vertrat im 2. Jahrhundert vor Christus die Hypothese, dass die Unterdrückung der Menses bzw. des Vaginalsekretes bei Frauen zur Auslösung hysterischer Anfälle führt, mutmaßte aber gleichzeitig, dass eine Abstinenz bei Männern ebenfalls hysterische Symptome auslösen kann. Lepois (1563 - 1633) untermauerte Galens Hypothese, indem er die beschriebene Krankheit nun auch bei Männern und Kindern diagnostizierte. Die Öffentlichkeit schenkte dem jedoch kaum Beachtung, weshalb die Hysterie lange Zeit eine typische Frauenkrankheit blieb, deren Ursprung in der Triebunterdrückung vermutet wurde (Mentzos 2004a).

Anfang des 19. Jahrhunderts wurde die Hysterie dann zunehmend zur neurologischen Erkrankung und man suchte nach Störungen des peripheren und zentralen Nervensystems. Charcot (1825 – 1893) maß sowohl dem Trauma, als auch den Emotionen große Bedeutung im Entstehungsprozess der Hysterie bei. Es gelang ihm durch Hypnose Lähmungen zu reproduzieren und somit nachzuweisen, dass diese Symptome „Erfolge von Vorstellungen seien, die in Momenten besonderer Disposition das Gehirn des Kranken beherrscht haben“ (Mentzos 2004a, S. 35).

Freud (1856 - 1939) und Breuer (1842 - 1925) gingen von der somato-traumatischen Ätiologieauffassung Charcots über zur psycho-traumatischen. Sie betonten die zentrale

Bedeutung traumatisierender psychischer Erlebnisse, die scheinbar vergessen, jedoch in Wirklichkeit nur verdrängt werden. Diese Ereignisse bleiben, obwohl verdrängt, weiterhin intrapsychisch wirksam und treten häufig durch Konversionssymptome körperlich in Erscheinung. Durch Hypnose kann der Therapeut diese verdrängten Traumata wieder in das Bewusstsein rufen und somit zur Heilung beitragen. Die Initial-Theorie von Breuer und Freud wurde innerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung späterer Jahrzehnte weiter modifiziert. So ging Freud (1900) davon aus, dass nicht nur einzelne psychische Traumata für die Entstehung der Hysterie verantwortlich seien, sondern immer wiederkehrende, chronische intrapsychische Konflikte, meist ungelöste ödipale Konflikte des Kindes zum gleichgeschlechtlichen Elternteil. Die Therapie erfolgte meist durch die Durcharbeitung der Übertragung, die als Reinszenierung früherer Erfahrungen verstanden wurde. Die klassische Analyse (1920/1930) sah die Hysterie als eindeutig definierte Psychoneurose an, d.h. sie ging von einer etablierten psychischen Struktur aus, die auf einem ungelösten ödipalen Konflikt beruht. Die Konversion stellt somit eine Art Pseudolösung dieser Problematik dar. In den 80er-Jahren sah man die Hysterie dann als Konflikt-Verarbeitungsmodus an. Dabei ging man von (un-)bewussten ungelösten Ödipuskomplexen aus, aber auch von symbiotischen bzw. Nähe-Distanz-Konflikten (Kohl 2001). Guze, ein amerikanischer Psychiater, legte besonderen Wert auf die Unterscheidung von pseudoneurologischen Konversionssymptomen und der *Hysteria* – ein polysymptomatisches Bild - da er der Meinung war, die Konversionssymptome reichten viel weiter als die hysterische Dynamik (Hoffman und Hochapfel 1999).

Die endgültige Neubenennung der Hysterie hatte jedoch mehrere Motive. Zum einen ging es um die Vermeidung einer diskriminierenden Diagnosebezeichnung, zum anderen sollten präzisere diagnostische Kategorien geschaffen werden, die von der nosologischen Überfrachtung des alten Hysteriekonzepts unabhängig waren (Hoffmann 1996).

Diese Umbenennung wurde jedoch von einigen Autoren kritisch betrachtet. So schreibt Schulte-Markwort (2001, S. 20): „Ist aber das völlige Verschwinden der Diagnose Hysterie aus den psychiatrischen Klassifikationen nicht auch ein Eingeständnis des Scheitern am Phänomen Hysterie zu verstehen, als eine Variation der Maskerade der Hysterie, die es wie kein anderes psychisches Phänomen verstanden hat, sich dem Versuch der Ein- und Unterordnung in medizinische Konzepte und Ordnungssysteme zu entziehen?“. Und Lewis (1979) vertritt die Meinung: „In jedem Fall stirbt ein so zähes altes Wort wie „Hysterie“ nur schwer. Wahrscheinlich wird es seine Nachrufe überleben.“ (Hoffmann 1996, S. 1).

Gerade in der Psychoanalyse scheint sich die Diagnose Hysterie auch noch nach ihrer Umbenennung in den modernen diagnostischen Glossaren weiter aufrechtzuerhalten, macht sie

innerhalb des *Ulmer DPV-Fallarchivs* in der Periode von 1996 – 2006 immer noch 22,2% der gestellten Diagnosen aus (Lang 2008).

Das Beziehungsmuster der Patienten mit der Diagnose Hysterie scheint durch die Reinszenierung infantiler Wünsche geprägt zu sein, weshalb man davon ausgehen kann, dass das elterliche Beziehungs- und Erziehungsverhalten ausschlaggebend für das spätere Verhalten der Kinder ist. So beschreibt Mentzos (2004b) zwei verschiedene Charaktere und Verhaltensweisen vom hysterischen Modus: die (pseudo-) regressive und die (pseudo-) progressive Form. Zu der (pseudo-) regressiven Form gehört die „hysterische Inszenierung von Hilflosigkeit, Verzweiflung, Not, Schwäche, Naivität oder Kindlichkeit“ (S. 71). Mentzos betont jedoch deutlich, dass hier der Satz: „Die Schwäche des Hysterikers ist seine Stärke“ (S. 71) gilt, wobei die Darstellung dieser Schwäche sowohl an die Umgebung, als auch an das eigene Über-Ich adressiert ist. Der Betroffene verwendet diese Inszenierung häufig zur Rettung des eigenen Selbstwertgefühls, er will seinem Über-Ich verdeutlichen, dass er ein guter Mensch ist, da er in Wirklichkeit schuld- und hilflos, schwach und zerbrechlich ist. Zu der zweiten, (pseudo-) progressiven Form gehört die Darstellung von – in Wirklichkeit nicht vorhandener – „Stärke, Reife, Überlegenheit, Gefühlsreichtum, [und] Differenziertheit“ (S. 71). Der Hysteriker suggeriert anderen und sich selbst dadurch Jemand zu sein, der er gar nicht ist, ebenfalls mit dem Hintergrund, sein mangelndes Selbstwertgefühl aufzuwerten. Durch das Wiederbeleben infantiler Szenen mit den dazugehörigen, in der Kindheit jedoch unerlaubten Emotionen, kommt es zur Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen. Das Problem des Hysterikers besteht laut Mentzos (2004c) gerade in diesem intrapsychischen Konflikt, der sich auch in den Beziehungen zu anderen Menschen bemerkbar macht. So ergeben sich, je nach Reaktion des (Interaktions-) Partners auf das Verhalten des Betroffenen, verschiedene Interaktionsmuster. Ein innerlich eher verunsicherter Mensch wird sich in der Gegenwart einer Person, die ein schwaches, kindliches und naives Verhalten an den Tag legt, wohl fühlen, da er somit sein Selbstwertgefühl steigern kann. Es kann jedoch auch sein, dass der Interaktionspartner negativ auf die übertriebene, selbstdarstellerische und dramatisierende Art des Hysterikers reagiert, da er die Unechtheit des Verhaltens nicht akzeptieren kann, sich unter Druck gesetzt fühlt und auch nicht mehr gewillt ist, die ihm zugeschriebene Rolle (weiter-) zu spielen. Des Weiteren scheinen Menschen mit der Diagnose Hysterie sehr sprunghaft, unberechenbar und vernunftlos zu sein; sie verstricken sich häufig in Widersprüchlichkeiten und werfen die Logik über Bord, worauf einige (Interaktions-) Partner negativ reagieren, andere hingegen dies als durchaus erfrischendes und aufregendes Verhalten

empfinden. Aber auch Boothe (1996) vertritt die Meinung, dass sich für Hysteriker auf partnerschaftlicher Ebene oftmals typische Konflikte entwickeln, da diese Patienten dazu neigen, mehr zu versprechen, als sie halten können, anzulocken und dann stehen zu lassen, Lärm zu machen und nicht zuzuhören und mit viel Aufsehen verantwortungsvolle Aufgaben an sich zu reißen und anschließend zu versagen. So ergeben sich verschiedene Interaktionsmuster, die jedoch durchgehend geprägt sind von einer Unbeständigkeit der jeweiligen Beziehung. Der Hysteriker befindet sich auf der ständigen Suche nach Liebe, Geborgenheit und Zuwendung. Riemann (1985) sieht die Problematik des Hysterikers darin, dass er die Liebe oft viel mehr liebt, als seinen Partner. Er ist auf der ständigen Suche nach Bestätigung, bedingungsloser Bewunderung und nach den berausenden Gefühlen des Verliebtseins. Dabei kommt es jedoch immer wieder zu Krisen, da der Hysteriker lieber nimmt als gibt, zwar dauern fordert, dabei aber nicht bereit ist, Kompromisse einzugehen oder Opfer für die Beziehung zu bringen. So findet man in der Biographie eines Hysterikers immer wieder enttäuschende Trennungen und hoffnungsvolle Neuanfänge. Die Ursache dafür findet Riemann in der Kindheit der Patienten. So soll unter anderem ein widersprüchliches Erziehungsverhalten der Eltern, bei dem heute bestraft wird, was gestern noch erlaubt war, die Entwicklung einer Hysterie fördern. Des Weiteren können Eltern, die die Bedürfnisse der Kinder nach geschlechtsspezifischen Vorbildern nicht erfüllen bzw. abschreckendes Verhalten zeigen, die Identifikation des Kindes mit seiner Geschlechterrolle negativ beeinflussen und dazu führen, das ehemals erworbene Mutter- bzw. Vaterbild in späteren Beziehungen auf den Partner zu projizieren. Als weiteres Beispiel für seine Hypothese führt Riemann an, dass sich Hysteriker in ihrem Leben immer wieder in Dreiecksbeziehungen wiederfinden, in denen sie die unbewusste Stellung zwischen ihren Eltern wiederholen und somit die alte Rivalität zum gleichgeschlechtlichen Elternteil nachstellen. Eine Beziehung zu einem ungebundenen Partner wird vermieden, da diese ernsthafter und vor allem verbindlicher ist.

So geht Riemann davon aus, dass die Hysteriker nur die Sünden weitergeben, die in ihrer Kindheit an ihnen begangen wurden. Die Möglichkeit ein stabiles Selbstwertgefühl, sowie eine gesunde Weiblichkeit bzw. Männlichkeit zu entwickeln wurde ihnen durch mangelnde Vorbildfunktion und widersprüchliches Verhalten der Eltern vorenthalten. Zudem werden häufig unrealistische Vorstellungen vom Leben, von Beziehungen und Partnerschaften vermittelt, was zur fortwährenden und auf Dauer enttäuschenden Suche nach der Idealpartnerschaft führt.

Unter Anbetracht der genannten Hypothesen kann man das oft unverständliche Verhalten eines Hysterikers eher einordnen und in gewisser Weise auch nachvollziehen.

In der vorliegenden Arbeit soll nun dargestellt werden, wie Hysteriker ihre Eltern bzw. deren Beziehungsmuster beschreiben und ob man daraus Rückschlüsse auf das Verhalten der Betroffenen gerade in Beziehungen und Partnerschaften ziehen kann.

In diesem Zusammenhang lauten die Fragestellungen:

1. Wie beschreiben Patienten mit der Diagnose Hysterie in Psychoanalyseberichten ihre elterlichen, mütterlichen und väterlichen Beziehungsmuster?
2. Hat das Patientengeschlecht einen Einfluss auf die Beschreibung des jeweiligen Beziehungsmusters?
3. Hat das Therapeutengeschlecht einen Einfluss auf die Beschreibung des jeweiligen Beziehungsmusters?
4. Haben bestimmte Konstellationen aus Therapeuten- und Patientengeschlecht einen Einfluss auf die Beschreibung des jeweiligen Beziehungsmusters?
5. Verändert sich die Beschreibung des elterlichen, mütterlichen und väterlichen Beziehungsmusters im Laufe der untersuchten Jahre 1971 – 1999?

1.2. Core Conflictual Relationship Theme Method

Samstag, der 17. Januar 1976, 14 Uhr im Downstate Medical Center in New York.

Dies ist in der Geschichte der Psychotherapie wohl erstmals die genaueste Orts- und Zeitangabe, die der Nachwelt überliefert wurde. Der Anlass dieses Treffens war die öffentliche Präsentation der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas durch Lester Luborsky (Albani et al. 2008a). „Als Nebenprodukt seiner Bemühungen um ein Maß für die therapeutische Allianz stellte Luborsky [...] ein Verfahren zur Messung des zentralen Musters, nach dem jeder einzelne seine Beziehung gestaltet, vor, das er *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) nannte. Bei der Durchsicht von Therapiesitzungsprotokollen war ihm aufgefallen, dass er sich in erster Linie für die Erzählungen des Patienten über die Interaktionen mit dem Therapeuten und anderen Personen und für deren wiederkehrende Aspekte interessierte. Er untersuchte vor allem drei Kategorien:

1. Was will der Patient von den anderen Personen?
2. Wie reagieren diese darauf?
3. Wie reagiert der Patient wiederum auf deren Reaktionen?“

(Albani et al. 2003, S.191).

Bei der Methode des Zentralen Beziehungsmusters handelt es sich um ein inhaltsanalytisches Verfahren, welches vorwiegend unbewusst ablaufende Übertragungsphänomene erfassbar machen soll. Dabei geht Luborsky davon aus, dass unbewusste ungelöste Konflikte sich im täglichen Leben immer wieder manifestieren und sich sogar von einer Beziehungsperson zur anderen übertragen lassen (Pokorny 2010). Luborsky bezieht sich dabei auf Freud, den Entdecker der Übertragung. Freud postulierte, dass ein Mensch früh in der Interaktion mit seinen Eltern und Geschwistern Gefühle, Einstellungen und Phantasien erwirbt, die er später im Leben auf andere Personen überträgt, die nicht zu dieser Person passen, sondern wiederholte Reaktionen darstellen, die ihren Ursprung in der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen in der Kindheit haben. Diese charakteristischen Gefühle und Reaktionen können sich auch in der Therapie auf den Therapeuten übertragen und in den Behandlungsverlauf nützlich eingebracht werden.

Das praktische Vorgehen sieht es vor, die beschriebenen, bedeutsamen Beziehungsepisoden zwischen dem Subjekt und einer weiteren Person in transkribiertem narrativem Material zu identifizieren. Dabei wurde das Augenmerk auf die expliziten, sowie impliziten Wünsche gelegt, des Weiteren darauf, ob die Wünsche subjekt- oder objektbezogen waren und die darauf folgenden Reaktionen des Objektes zur Wunscherfüllung beitrugen (positive Reaktion)

oder nicht (negative Reaktion) oder ob die Reaktionen aus Sicht des Patienten nicht eindeutig bestimmbar waren (unspezifische Reaktion).

Die Grundannahme des Verfahrens beruht auf der Vorstellung, dass die Schilderung von Beziehungserfahrungen für den Patienten charakteristische Subjekt-Objekt-Handlungsabläufe enthält, die durch diese Erzählungen sichtbar gemacht werden können. Das Ergebnis stellt das individuelle, zentrale Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) des Erzählers dar. Dabei setzt sich dieses Schema aus drei voneinander unabhängigen Komponenten zusammen:

1. W-Komponente (Wünsche, Bedürfnisse und Absichten des Erzählers)
2. RO-Komponente (Reaktionen des Objekts)
3. RS-Komponente (Reaktionen des Subjekts)

Für jede der drei genannten Aspekte liegen Listen von Standardkategorien und Clustern vor, die der interindividuellen Vergleichbarkeit dienen sollten, jedoch aufgrund ihrer Konstruktion und Gütekriterien häufig kritisiert wurden. Eine Leipzig-Ulmer-Arbeitsgruppe nahm eine Reformulierung der kategorialen Strukturen, sowie eine methodische Erweiterung vor und führte das Neukonstrukt als CCRT-LU- bzw. ZBKT-LU-Methode ein (Albani et al. 2002). Die inneren Symmetrien des neuen Kategoriensystems (Objekt versus Subjekt, Wünsche versus Reaktionen) führten zur Erhöhung der Anzahl der Komponenten von drei auf vier Grunddimensionen:

1. WO-Komponente (vom Erzähler erwünschte Reaktionen des Objekts)
2. WS-Komponente (vom Erzähler erwünschte Reaktionen des Subjekts)
3. RO-Komponente (Reaktionen des Objekts)
4. RS-Komponente (Reaktionen des Subjekts)

Für die genannten Komponenten liegt eine einheitliche Liste von Beziehungskategorien vor. Durch die oben beschriebene Erweiterung der ursprünglichen Methode konnte die Reliabilität verbessert werden. So konnten die Beurteiler mithilfe der ursprünglichen Version einen Kappa-Koeffizienten lediglich im Bereich von 0,41 – 0,60 erzielen, nach Landis und Koch (1977) eine mittelmäßige Übereinstimmung („moderate agreement“). Unter Anwendung der neuen Version erreichten die Rater hingegen nach Landis und Koch eine beachtliche Übereinstimmung („substantial agreement“) (Kappa 0,61 – 0,80) (Albani et al. 2003).

Mittlerweile ist die Methode des CCRT-LU bzw. ZBKT-LU international anerkannt, es liegen zahlreiche Übersetzungen und Anwendungen vor; die Entwicklungsgeschichte und der gegenwärtige Stand der Methode können der Internetseite www.ccrf-lu.org entnommen werden. Das praktische Vorgehen zur Erstellung der vorliegenden Arbeit wird an entsprechender Stelle genauer erläutert.

2. Material und Methode

2.1. Material 1: Vorstudie

Fragebögen von Studierenden ($297 \leq n \leq 300$):

„Was ist weiblich, was ist männlich?“

Um zu untersuchen, welche Kategorien des CCRT-LU-Systems eher als weibliche bzw. als männliche Eigenschaften angesehen werden, wurde vorab eine Umfrage durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden Fragebögen an etwa 300 Medizinstudenten der Universität Ulm verteilt. Der Fragebogen umfasst eine Liste der Cluster-Kategorien A-M, sowie der darauf folgenden Standardkategorien, wie beispielsweise *nahe sein* (C1), *lieben* (C2), *zuversichtlich*, *zufrieden*, *sinnlich vergnügt* (C3), *sexuell aktiv sein* (C4) und *gesund sein* (C5). Die teilnehmenden Probanden beurteilten anhand einer Skala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem“, wie stark weiblich bzw. männlich die einzelnen Standardkategorien ihrer Meinung nach sind. Zudem wurde das Probandengeschlecht, das -alter, sowie der Beruf und - bei Studierenden - die Studienrichtung erfragt.

Die Erhebung dieser Normalstichprobe sollte bereits vorab einen Überblick darüber geben, welche Kategorien des CCRT-LU-Systems eher mit dem Attribut „weiblich“ bzw. „männlich“ assoziiert werden.

Aus Gründen der besseren Verständlichkeit, soll nachfolgend ein ausgefüllter Fragebogen dargestellt werden.

WAS IST WEIBLICH, WAS IST MÄNNLICH?			
Bitte füllen Sie alle weißen Felder aus ...			
Für wie stark weiblich und wie stark männlich halten Sie die folgenden Eigenschaften?		weiblich 0 ... 10	männlich 0 ... 10
Jeweils auf einer Skala von 0 = "gar nicht" bis 10 = "extrem"			
A	sich zuwenden		
	A1 explorieren, bewundern	6	3
	A2 akzeptieren, verstehen	8	8
B	unterstützen		
	B1 erklären, bestätigen	5	8
	B2 helfen	9	8
C	lieben, sich wohlfühlen		
	C1 nahe sein	10	3
	C2 lieben	10	9
	C3 zuversichtlich, zufrieden, sinnlich vergnügt	8	6
	C4 sexuell aktiv sein	6	10
	C5 gesund sein	9	6
D	souverän sein		
	D1 innerlich stark sein	6	9
	D2 stolz, autonom sein	7	10
E	depressiv sein, resignieren		
	E1 enttäuscht sein	6	6
	E2 resignieren	8	2
F	unzufrieden sein, Angst haben		
	F1 Schuld/Scham empfinden, unzufrieden sein	8	5
	F2 sich fürchten, ängstlich sein	8	4
G	fremdbestimmt sein		
	G1 abhängig sein	8	5
	G2 schwach sein	9	3
H	verärgert, unsympathisch sein		
	H1 Ekel empfinden, verärgert sein	10	5
	H2 unsympathisch sein	5	6
I	unzuverlässig sein		
	I1 vernachlässigen	5	8
	I2 egozentrisch sein	4	9
J	zurückweisen		
	J1 ignorieren, vorwerfen	7	5
	J2 widersetzen, kritisieren	8	4
K	dominieren		
	K1 schlecht sein	4	8
	K2 beherrschen	3	9
L	ärgern, angreifen		
	L1 jemanden ärgern	5	9
	L2 angreifen	2	10
M	sich zurückziehen		
	M1 sich zurückziehen, sich zurückhalten	10	3
	M2 sexuell inaktiv sein	8	0
	M3 krank sein	5	7
Ihr Alter in Jahren beim letzten Geburtstag		20	
Geschlecht (w oder m)		männlich	
Beruf			
... falls "Studierende", bitte noch die Fachrichtung		Medizin	
VIELEN DANK !!!			

Abb. 1: Darstellung eines ausgefüllten Fragebogens

2.2. Material 2: Hauptstudie

100 DPV-Abschlussberichte

Die *Deutsche Psychoanalytische Vereinigung* (DPV) fordert von jedem ihrer Ausbildungskandidaten die Vorlage eines Abschlussberichtes, der die eigenständige Durchführung einer Langzeitanalyse unter Supervision eines erfahrenen Therapeuten dokumentiert. Dieser Bericht dient als Grundlage des darauf folgenden Abschlusskolloquiums, und soll die Entwicklungsschritte des Patienten und die gemeinsam mit dem Ausbildungskandidaten erreichten Ziele darstellen. Von allen angehenden Psychoanalytikern wird deshalb einheitlich ein Berichtumfang von etwa 20 DIN A4-Seiten gefordert (Zimmermann 1995; Ausbildungsrichtlinien DPV 2007, Voigtländer 2009).

926 dieser DPV-Abschlussberichte aus den Jahren 1969 - 2006 liegen als Sammlung im *Ulmer DPV-Fallarchiv* der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm vor.

Aus den archivierten Fällen wurden 100 Exemplare zur Stichprobenbildung ausgewählt, wobei das ausschlaggebende Kriterium die Hauptdiagnose Hysterie darstellte. Des Weiteren wurden sowohl das Therapeuten-, als auch das Patientengeschlecht beachtet.

Ziel war es, vier möglichst homogenen Gruppen zu jeweils 25 Fällen zu bilden. Somit ergab sich eine Gruppe mit der Konstellation: weiblicher Therapeut - weiblicher Patient, eine weitere: weiblicher Therapeut - männlicher Patient, eine dritte: männlicher Therapeut - weiblicher Patient und dementsprechend eine letzte Gruppe: männlicher Therapeut - männlicher Patient.

Um eine zeitliche Beeinflussung der Parameter möglichst gering zu halten, wurden die 4 x 25 Fälle aus einem bestimmten Zeitraum etwa gleichmäßig verteilt ausgewählt. Da jedoch nur eine bestimmte Anzahl an Exemplaren im Ulmer DPV-Fallarchiv vorhanden ist, war es nur möglich, Berichte im Zeitraum zwischen 1971 (bzw. in der Konstellation: Mann - Mann 1978) bis einschließlich 1999 zu verwenden.

Zur Datenerhebung wurde folgendermaßen vorgegangen:

Dem Deckblatt der Abschlussberichte wurde die Hauptdiagnose Hysterie entnommen, sowie das Patienten- und Therapeutengeschlecht, das Patientenalter, Vorstellungszeitpunkt mit Jahr und Jahreszeit Frühjahr oder Herbst und die Therapiedauer in Stunden.

Die Berichte wurden durchgelesen, um sich ein Bild der Eltern des Patienten zu machen. Anschließend wurden im Bericht genannte Adjektive dokumentiert, die der Patient zur Charakterisierung der Mutter bzw. des Vaters verwendete.

Die ausschlaggebenden Fragen dabei waren: Wie wirkt die Mutter bzw. der Vater auf den Patienten bzw. wie verhält bzw. verhielt sich das entsprechende Elternteil seinem Kind bzw. seinem Umfeld gegenüber.

Hierbei gilt es zu beachten, dass die Gefühle des/der Patienten/ -in als Reaktion auf das Verhalten des jeweiligen Elternteils nicht untersucht wurden. Ausschlaggebend waren lediglich die Eigenschaften des Objekts Mutter bzw. Vater.

In einigen Fällen hatten Patienten ein Elternteil bereits in früher Kindheit verloren, sei es durch den Tod oder durch die Trennung der Eltern, und konnten sich deshalb kein konkretes Bild von dem entsprechenden Elternteil machen. Kannte er/sie seine/ihre Mutter oder Vater jedoch nur aus Erzählungen, wurden die wenigen Eigenschaftswörter dokumentiert, die vorhanden waren, da man davon ausgehen kann, dass sich der/die Patient/ -in das vermittelte Bild zu eigen gemacht hat. So postuliert Dammasch (2006), dass es keine väterlosen Kinder gebe, da sich selbst bei völlig unbekanntem Vater im Inneren des Kindes eine unbewusste Vorstellung vom Vater bildet, die sich im Wesentlichen aus der Identifikation mit den unbewussten Beziehungsmustern der Mutter speist.

Nun wurden bis zu 5 Adjektive dokumentiert, die das vermittelte Bild der Eltern möglichst genau wiedergaben. Hierbei gilt es jedoch zu betonen, dass die Reihenfolge der Adjektive nicht mit der Häufigkeit der Nennung im Bericht korreliert, d.h. das am häufigsten genannte Eigenschaftswort muss nicht zwangsläufig an 1.Stelle der 5 Adjektive stehen. Man muss auch anmerken, dass die einzelnen Eigenschaftsworte immer in ihrem Kontext analysiert wurden, da sich daraus eventuell eine andere Bedeutung ergibt.

Darüber hinaus, wurde jede Clusterkategorie A – M der CCRT-LU-Kategorienliste anhand einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“ danach bewertet, wie stark ausgeprägt sie das Beziehungsmuster der Mütter und Väter wiedergibt.

Nach dem ersten Durchgang wurden die ausschlaggebenden Stellen im Protokoll nochmals durchgearbeitet, um die Beurteilung der Eltern zu überprüfen und falls notwendig, die dokumentierten Worte bzw. Skalenwerte zu korrigieren. Ziel war es, sicherzustellen, dass damit das genaueste Bild des entsprechenden Elternteils aufgezeigt wird.

Zur Verdeutlichung der durchgeführten Datenerhebung soll nachfolgendes Protokoll als Beispiel dienen.

Datenerhebungsprotokoll

A DPV-Berichte

Jahr/ Jahreszeit	1994 <i>Frühjahr</i>
Archiv-Nummer	110
Geschlecht	Therapeut <i>männlich</i>
	Patient <i>männlich</i>
Anzahl der Sitzungen (in Stunden)	355
Alter des Patienten bei Therapiebeginn (in Jahren)	32

B CCRT-LU-Kategorien

	Kategorie				
	1	2	3	4	5
Mutter	<i>K22</i>	<i>L11</i>	<i>F21</i>	<i>A12</i>	<i>C11</i>
Vater	<i>M34</i>	<i>M12</i>	<i>C13</i>	<i>D24</i>	<i>G21</i>

C CCRT-LU-Likert-Skalen

Ausprägung: 1 = „gar nicht“
 2 = „ein wenig“
 3 = „mittel“
 4 = „ziemlich“
 5 = „stark“

	Ausprägung	
	Mutter	Vater
A sich zuwenden	5	2
B unterstützen	5	2
C lieben, sich wohlfühlen	5	2
D souverän sein	4	3
E depressiv sein, resignieren	1	4
F unzufrieden sein, Angst haben	4	4
G fremdbestimmt sein	1	5
H verärgert, unsympathisch sein	1	2
I unzuverlässig sein	1	1
J zurückweisen	2	1
K dominieren	5	1
L ärgern, angreifen	3	1
M sich zurückziehen	1	5

An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass die fünf dokumentierten Adjektive im Rahmen dieser Arbeit lediglich für die Darstellung des Kappa-Koeffizienten im Rahmen der Reliabilitätsstudie verwendet wurden. Zur Analysierung der restlichen Daten wurden ausschließlich die auf einer Skala von 1 bis 5 beurteilten CCRT-LU-Kategorien herangezogen.

Kategorisiert wurden die entsprechenden Adjektive anhand des CCRT-LU-Kategoriensystems (Core Conflictual Relationship Theme Method - Leipzig - Ulm).

Um die Reliabilität zu überprüfen, wurden abschließend 20 der 100 Exemplare stichprobenartig ausgewählt und von einer zweiten Person nach oben genannten Kriterien bearbeitet. Es wurde anhand der in der Monographie „*Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte*“ (Albani et al. 2008d) empfohlenen Methode vorgegangen, wobei die beiden Rater am Beispiel mehrerer Übungsfälle schrittweise die Auswertung erlernen. Dabei tauschen sich die Rater nach jedem Auswertungsschritt aus und besprechen die Gründe für die Auswahl einer bestimmten Kategorie. Um ein brauchbares Übereinstimmungsniveau zu erreichen, empfiehlt es sich, zwei bis drei Übungsfälle gemeinsam zu bearbeiten.

Abschließend ist es wichtig zu betonen, dass es sich bei dem untersuchten Material um von Psychoanalytikern angefertigte Protokolle handelt, die zwar inhaltlich, aber nicht zwingend wörtlich die Beschreibungen der Patienten wiedergeben.

2.3. Methode

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels erfolgt eine kurze Darstellung der angewandten Methode mit konkreten Beispielen. Des Weiteren soll die Art der Anwendung zur Erstellung der vorliegenden Arbeit verdeutlicht werden.

Die *Core Conflictual Relationship Theme Methode Leipzig - Ulm* (CCRT-LU) ist ein, von Lester Luborsky (1977) eingeführtes Messverfahren zur Identifikation zentraler Beziehungsmuster, mit dem in Leipzig und Ulm weiterentwickelten Kategoriensystem (Albani et al. 2008c). Es handelt sich dabei um ein inhaltsanalytisches, valides und reliables Verfahren (Pokorny, 2010). Die Grundannahme der Methode beruht auf der Vorstellung, dass die Schilderung von Beziehungserfahrungen für den/die Patienten/-in charakteristische Subjekt-Objekt-Handlungsrelationen enthält, die mithilfe des CCRT-LU-Kategoriensystems sichtbar gemacht werden können. Das Ziel dabei war die Entwicklung einer universellen Sprache zur Beschreibung von Beziehungsmustern sowohl in alltäglichen, als auch klinischen Situationen. Die 1986 gegründete Arbeitsgruppe Leipzig - Ulm, trug durch zahlreiche Beiträge und Überarbeitungen zur heutigen Version des einheitlichen und hierarchische gestalteten Kategoriensystems bei.

In einer Beziehungsepisode werden vier Komponente bestimmt:

- WS-Komponente: Subjektbezogenen Wünsche, Bedürfnisse, Absichten des Erzählers
Bsp.: „Ich möchte mich belohnen.“
- WO-Komponente: Objektbezogene Wünsche, Bedürfnisse, Absichten des Erzählers
Bsp.: „Ich möchte meinen Vater unterstützen.“
- RS-Komponente: Reaktionen des Subjekts (Äußerungen, Handlungen, Gefühle)
Bsp.: „Ich bin fröhlich.“
- RO-Komponente: Reaktionen des Objekts (Äußerungen, Handlungen, Gefühle)
Bsp.: „Die Mutter ist dominant.“

Um die interindividuelle Vergleichbarkeit sicherzustellen, können die aus den Therapieprotokollen entnommenen Formulierungen einer Liste von verschiedenen Kategorien zugeordnet werden. Dabei unterscheidet man 13 allgemeine Clusterkategorien, wobei man die Kategorien A-D als harmonisch und E-M als disharmonisch zusammenfasst.

Vorab soll eine Übersicht über die einzelnen Cluster gegeben werden, wobei eine vollständige Liste der Arbeit als Beilage entnommen werden kann.

- A: sich zuwenden
- B: unterstützen
- C: lieben, sich wohlfühlen
- D: souverän sein
- E: depressiv sein, resignieren
- F: unzufrieden sein, Angst haben
- G: fremdbestimmt sein
- H: verärgert, unsympathisch sein
- I: unzuverlässig sein
- J: zurückweisen
- K: dominieren
- L: ärgern, angreifen
- M: sich zurückziehen

Die 13 Cluster werden in 30 Standardkategorien aufgegliedert und diese wiederum in 119 Subkategorien. Folgt man der hierarchisch aufgebauten Struktur des Systems, gelangt man beispielsweise von K (*dominieren*) über K2 (*beherrschen*) zu K21 (*verpflichten, vorschreiben, unter Druck setzen, fordern, zu etwas zwingen*) (Albani et al. 2008c).

Zur Durchführung der Studie, wurde die CCRT-LU-Methode zur Kategorisierung der Elternbilder von Patienten mit der Diagnose Hysterie in Psychoanalyse eingesetzt. Hierbei umfasste die inhaltliche Auswertung lediglich die Komponente RO, d.h. die Reaktion des Objekts Vater bzw. Mutter. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Handlungen, Äußerungen und Gefühle der Eltern hauptsächlich, aber nicht ausschließlich dem Kind, d.h. dem Patienten gegenüber. Man geht von der Annahme aus, dass sich das Bild eines Menschen nicht nur aus der direkten Interaktion mit dem betreffenden Subjekt ergibt, sondern auch durch den Umgang mit dritten Personen beeinflusst wird.

Zur Verdeutlichung des Arbeitsprozesses soll an dieser Stelle ein Auszug aus einem der untersuchten DPV-Berichten herangezogen werden.

Hier zitiert eine Therapeutin die Charakterisierung des Vaters ihres Patienten:

„Der Pat. schildert den Vater als recht zwanghaften unsicheren Mann, der sich weder beruflich noch in der Familie durchsetzen konnte. Er fürchtete Entscheidungen und überließ sie der Mutter. Prüfungen, die für sein berufliches Fortkommen nötig gewesen wären, sagte er kurzfristig ab. Auseinandersetzungen der Eltern erinnert der Pat. als Szenen, in denen die Mutter „brüllte“, der Vater blaß wurde und aus dem Zimmer ging. Der Vater litt an einer Waffen- und Messerphobie. Spielzeugpistolen waren deshalb für den Pat. verboten. Manchmal sei dem Vater beim Essen schlecht geworden, wenn jemand am Tisch das Messer nach oben hielt. Hinzu kamen Magen- und Hautüberempfindlichkeiten (rotblonde Haare), mit denen er die Familie unter Druck setzte. Auf der anderen Seite erlebt der Pat. den Vater als sehr zuverlässig, handwerklich besonders tüchtig.“

Zur Kategorisierung entnimmt man dem Textabschnitt nun die zur Beschreibung des Vaters wichtigen Eigenschaftsworte und codiert sie anhand des CCRT-LU-Systems:

1. zwanghaft

→ M17 (*zwanghaft sein*)

2. unsicher

→ F22 (*unsicher sein, verwirrt sein, unentschlossen sein*)

3. fürchtet Entscheidungen

→ F21 (*ängstlich sein, sich fürchten, besorgt sein, ausweichen, feige sein*)

4. vermeidet Auseinandersetzungen

→ M14 (*Auseinandersetzungen vermeiden, angepasst, nachgeben, sich unterwerfen*)

5. leidet an Phobie

→ M33 (*körperlich krank sein, seelisch krank sein*)

6. setzt Familie unter Druck

→ K21 (*verpflichten, vorschreiben, unter Druck setzen, fordern, zu etwas zwingen*)

7. zuverlässig

→ D16 (*vertrauenswürdig, ehrlich, zuverlässig, treu, gerecht behandeln, korrekt sein*)

8. tüchtig

→ D23 (*ehrgeizig sein, fleißig sein*)

Die Stichproben wurden mit den Methoden der deskriptiven Statistik beschrieben unter Einsatz des Programmsystems SPSS® (Version 17). Die beurteilten CCRT-LU-Kategorien wurden dabei zunächst in eine ausführliche Excel-Tabelle eingetragen. Diese Tabelle wurde wiederum in eine SPSS-Datenmatrix konvertiert, wo die Daten anschließend in die Häufigkeiten pro Patient aggregiert wurden. Die so entstandene Stichprobe $n = 100$ Patienten wurden mithilfe der gängigen statistischen Prozeduren des SPSS-Systems analysiert.

3. Ergebnisse

3.1. Vorstudie: Fragebögen von Studierenden ($297 \leq n \leq 300$):

„Was ist weiblich, was ist männlich?“

Nachfolgend sollen die Ergebnisse der Vorstudie dargestellt werden, bei der untersucht wurde, für wie stark „weiblich“ bzw. „männlich“ die einzelnen CCRT-LU-Kategorien eingestuft werden. Hierzu wurden mit Hilfe eines Fragebogens ca. 300 Medizinstudenten befragt. Der Fragebogen beinhaltet die Cluster-Kategorien A - M, sowie die nächsten, darunter subsummierten Standardkategorien, wie beispielsweise E1 (*enttäuscht sein*) und E2 (*resignieren*). Die Probanden konnten nun auf einer Skala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem“ beurteilen, für wie stark weiblich bzw. männlich sie die jeweiligen Kategorien halten. Des Weiteren wurde untersucht, ob ein Unterschied in der Bewertung zwischen weiblichen und männlichen Studenten besteht. Da sich hier jedoch keine signifikanten Unterschiede ergaben, wurde die dazugehörige Statistik in der vorliegenden Arbeit nicht dargestellt.

3.1.1. Attribut „weiblich“

In Tabelle 1 sind die einzelnen Cluster-Kategorien des CCRT-LU-Systems aufgeführt, die von den Probanden anhand einer Skala von 0 - 10 als eher weiblich eingestuft wurden. Die Kategorien sind nach dem sinkenden Mittelwert sortiert.

Es wird offensichtlich, dass vor allem harmonische Cluster-Kategorien wie *lieben, sich wohlfühlen* (C), *unterstützen* (B) und *sich zuwenden* (A) häufig mit dem Adjektiv „weiblich“ assoziiert werden. Jedoch spielen auch disharmonische Cluster eine Rolle, wie beispielsweise Kategorie F (*unzufrieden sein, Angst haben*), welche Platz 2 der Tabelle belegt. Des Weiteren werden Kategorie E (*depressiv sein, resignieren*) und G (*fremdbestimmt sein*) als eher weibliche Eigenschaften angesehen.

Die disharmonischen Cluster-Kategorien, wie *sich zurückziehen* (M), *ärgern, angreifen* (L), *dominieren* (K) und *unzuverlässig sein* (I), bilden die Schlusslichter der Tabelle und werden somit von den befragten Studenten am wenigsten mit dem Attribut „weiblich“ in Verbindung gebracht.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die teilnehmenden Probanden Frauen als liebevolle, unterstützende und sich zuwendende Menschen ansehen, die jedoch auch unzufrieden, ängstlich, depressiv und fremdbestimmt sein können.

Tab. 1: Vorstudie, Fragebögen von Studierenden (297 < n < 300)

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SA) der Zuordnung der Beziehungskategorien zu dem Attribut „weiblich“ auf einer Skala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem“.

Kategorien nach dem sinkenden Mittelwert sortiert.

Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

"weiblich"	MW	SA
C lieben, sich wohlfühlen	7,56	1,23
F unzufrieden sein, Angst haben	7,34	1,63
B unterstützen	6,96	1,25
A sich zuwenden	6,94	1,24
E depressiv sein, resignieren	6,68	1,79
G fremdbestimmt sein	6,52	1,91
D souverän sein	6,51	1,59
J zurückweisen	6,16	1,92
H verärgert, unsympathisch sein	6,01	1,73
M sich zurückziehen	5,78	1,56
L ärgern, angreifen	5,09	1,91
K dominieren	4,80	1,84
I unzuverlässig sein	4,60	1,79

Betrachtet man nun die einzelnen Standardkategorien, die von den befragten Probanden dem Attribut „weiblich“ zugeordnet wurden (dargestellt in Tabelle A1 im Anhang), zeigt sich ein, der vorangehenden Tabelle 1 ähnliches Bild. Es wird deutlich, dass den Frauen eher harmonische Beziehungskategorien zugeordnet werden. Dabei zeigt sich, dass sich die am häufigsten gewählte Clusterkategorie C nach sinkendem Mittelwert aufteilt in *lieben* (C2) (MW = 8,25, SA = 1,58), *nahe sein* (C1) (MW = 8,23, SA = 1,47), *gesund sein* (C5) (MW = 7,28, SA = 2,08), sowie *zuversichtlich, zufrieden, sinnlich vergnügt sein* (C4) (MW = 7,19, SA = 1,63). Die ebenfalls dazu zählende Standardkategorie C4 (*sexuell aktiv sein*), findet sich jedoch mit einem Mittelwert von 6,86 (SA = 1,82) nur an 11.Stelle der Tabelle.

Interessant wird diese Aussage bei Betrachtung der folgenden Tabelle 2, die die Beziehungskategorien des Attributs „männlich“ darstellen. Die Clusterkategorie C (*lieben, sich wohlfühlen*) wird auch hier häufig mit dem Männlichen assoziiert, belegt jedoch bei detaillierterer Betrachtung mit der darunter subsumierten Kategorie C5 (*sexuell aktiv sein*) Platz 1 der Tabelle. Somit kann an dieser Stelle ein bedeutender Unterschied zwischen dem Bild des Weiblichen und des Männlichen aufgezeigt werden.

Die genauen Daten bezüglich der Standardkategorien können der Tabelle A1 im Anhang entnommen werden.

3.1.2. Attribut „männlich“

Nun wird das Augenmerk auf jene Kategorien gelegt, die mit dem Attribut „männlich“ assoziiert werden. Bei Betrachtung der Tabelle 2 sieht man, dass hier ebenfalls die harmonischen Clusterkategorien im Vordergrund stehen. So sehen die 300 befragten Studenten Kategorien, wie beispielsweise *souverän sein* (D), *lieben, sich wohlfühlen* (C) und *unterstützen* (B) als eher männliche Eigenschaft. Die disharmonischen Kategorien L (*ärgern, angreifen*), I (*unzuverlässig sein*), J (*zurückweisen*) und K (*dominieren*) scheinen jedoch ebenfalls eine Rolle zu spielen.

Die CCRT-LU-Clusterkategorien, die die Probanden am wenigsten mit dem Attribut „männlich“ assoziieren, sind ganz unten in der Tabelle zu sehen. Zu nennen sind hier die disharmonischen Kategorien E (*depressiv sein, resignieren*) und F (*unzufrieden sein, Angst haben*). *Sich zurückziehen* (M) und *fremdbestimmt sein* (G) werden auf einer Skala von 0 - 10 insgesamt mit den niedrigsten Werten bedacht und bilden somit die Schlusslichter der Tabelle.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die teilnehmenden Studierenden dem Männlichen ebenfalls harmonische Kategorien zuordnen. Diese unterscheiden sich jedoch von dem Weiblichen darin, dass Männer häufiger als souverän angesehen werden, und neben liebevollen Eigenschaften auch aggressive zugeschrieben bekommen. So werden Männer als angreifend, unzuverlässig, zurückweisend und dominant beschrieben.

Tab. 2: Vorstudie, Fragebögen von Studierenden (297 < n < 300)

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SA) der Zuordnung der Beziehungskategorien zu dem Attribut „**männlich**“ auf einer Skala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem“. Kategorien nach dem sinkenden Mittelwert sortiert. Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

"männlich"	MW	SA
D souverän sein	7,86	1,48
C lieben, sich wohlfühlen	7,12	1,22
L ärgern, angreifen	6,70	1,80
B unterstützen	6,60	1,40
I unzuverlässig sein	6,51	1,77
J zurückweisen	6,05	1,63
K dominieren	6,00	1,87
A sich zuwenden	5,76	1,31
H verärgert, unsympathisch sein	5,56	1,66
E depressiv sein, resignieren	5,51	1,74
F unzufrieden sein, Angst haben	4,79	1,57
M sich zurückziehen	4,50	1,46
G fremdbestimmt sein	3,96	1,75

Betrachtet man nun nicht nur die Cluster-, sondern auch die darunter subsumierten Standardkategorien (Tabelle A2 im Anhang), so zeigt sich, dass auch hier die harmonischen Kategorien bevorzugt ausgewählt wurden. Erwähnt werden muss jedoch, dass Kategorie C (*lieben, sich wohlfühlen*), die in der vorangehenden Tabelle am zweithäufigsten zur Beschreibung des Männlichen genannt wurde, mit der darunter subsumierten Standardkategorie C4 (*sexuell aktiv sein*) (MW = 8,53, SA = 1,51) nun an erster Stelle der Tabelle A2 im Anhang steht. Diese sexuelle Aktivität wird den Männern somit von den Studierenden stärker zugeordnet, als die restlichen C-Kategorien *lieben* (C2) (MW = 7,22, SA = 1,66), *zuversichtlich, zufrieden, sinnlich vergnügt* (C3) (MW = 6,83, SA = 1,67), *gesund sein* (C5) (MW = 6,80, SA = 2,20) oder *nahe sein* (C1) (MW = 6,21, SA = 1,60). Bei Betrachtung des Attributs „weiblich“, wird von allen C-Kategorien *lieben* (C2) am häufigsten, und *sexuell aktiv sein* (C4) am seltensten genannt. Als deutlicher Gegenpol zu der, dem Manne besagten sexuellen Aktivität, steht an letzter Stelle der Tabelle A2 im Anhang Kategorie M2 (*sexuell inaktiv sein*) (MW = 3,35, SA = 2,06).

3.1.3. Was ist weiblich, was ist männlich? Darstellung der CCRT-LU-Cluster-Kategorien

In der unten stehenden Tabelle 3 wird eine Übersicht über alle Cluster des CCRT-LU-Systems gegeben, sortiert nach der Effektstärke. Im oberen Teil der Tabelle sind jene Kategorien aufgeführt, die eher dem Attribut „weiblich“ zugeordnet werden, wobei im unteren Teil die Cluster-Kategorien stehen, die die Probanden eher mit männlichen Eigenschaften assoziieren. Zur übersichtlicheren Darstellung wurden die weiblichen Kategorien jeweils mit rot, bzw. die männlichen mit blau gekennzeichnet.

Geht man nun nach der Effektstärke, wird deutlich, dass *unzufrieden sein, Angst haben* (F) am stärksten mit dem Weiblichen und am wenigsten mit dem Männlichen assoziiert wird.

Dasselbe gilt für die Cluster-Kategorie G (*fremdbestimmt sein*), A (*sich zuwenden*) sowie M (*sich zurückziehen*). Es besteht hier ein signifikanter Unterschied zu dem männlichen Attribut ($p < 0,001$).

Betrachtet man nun den unteren Teil der Tabelle und somit die Cluster, die die Probanden eher als männliche Eigenschaften ansehen, fallen einem *dominieren* (K), *ärgern, angreifen* (L), *souverän sein* (D) und *unzuverlässig sein* (I) auf. Bei den genannten Kategorien besteht erneut ein signifikanter Unterschied zum Weiblichen ($p < 0,001$).

Zusammenfassend kann nun die Aussage getroffen werden, dass, bei Gegenüberstellung der beiden Attribute „weiblich“ und „männlich“, die befragten Studierenden Frauen eher passive

Eigenschaften zuschreiben, Männer hingegen in aktiveren Rollen sehen. Frauen werden somit im Unterschied zu Männern, als unzufriedene, ängstliche und fremdbestimmte Personen angesehen, wohingegen Männer als souverän, aber auch unzuverlässig, angreifend und dominierend gelten.

Tab. 3: Vorstudie, Fragebögen von Studierenden ($297 \leq n \leq 300$)

Unterschiede in den Zuordnungen der Beziehungskategorien zu den Attributen "weiblich" und „männlich“ auf einer Skala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem“.
 MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung, ES = Effektstärke,
 t = t-Statistik für gepaarte Stichproben,
 t(n-1) = t-Statistik für gepaarte Stichproben mit n-1 Freiheitsgraden
 p = Signifikanz einseitig,
 rot = weiblich, blau = männlich, Mittelwerte und Effektstärken sind **fettgedruckt**.
 Kategorien nach der sinkenden Effektstärke, von "weiblich" zu "männlich", sortiert.
 Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische dunkelgrau unterlegt.

		„weiblich“		„männlich“		ES	t(n-1)	p	
		MW	SA	MW	SA				
↑ „weiblich“	F	unzufrieden sein, Angst haben	7,34	1,63	4,79	1,57	+1,60	+22,90	< 0,001
	G	fremdbestimmt sein	6,52	1,91	3,96	1,75	+1,40	+20,00	< 0,001
	A	sich zuwenden	6,94	1,24	5,76	1,31	+0,93	+12,05	< 0,001
	M	sich zurückziehen	5,78	1,56	4,50	1,46	+0,85	+12,96	< 0,001
	E	depressiv sein, resignieren	6,68	1,79	5,51	1,74	+0,66	+10,85	< 0,001
	C	lieben, sich wohlfühlen	7,56	1,23	7,12	1,22	+0,36	+7,85	< 0,001
	B	unterstützen	6,96	1,25	6,60	1,40	+0,27	+4,06	< 0,001
	H	verärgert, unsympathisch sein	6,01	1,73	5,56	1,66	+0,27	+4,79	< 0,001
	J	zurückweisen	6,16	1,92	6,05	1,63	+0,06	+0,85	0,394
↓ „männlich“	K	dominieren	4,80	1,84	6,00	1,87	-0,65	-11,90	< 0,001
	L	ärgern, angreifen	5,09	1,91	6,70	1,80	-0,87	-12,30	< 0,001
	D	souverän sein	6,51	1,59	7,86	1,48	-0,89	-11,90	< 0,001
	I	unzuverlässig sein	4,60	1,79	6,51	1,77	-1,07	-16,10	< 0,001

3.2. Hauptstudie: 100 DPV-Abschlussberichte

3.2.1. Gruppeneinteilung

Die Stichprobe von $n = 100$ wurde so gewählt, dass die Bildung von 4 homogenen Gruppen ermöglicht werden konnte. Die Einteilung erfolgt anhand des Therapeuten- und Patientengeschlechts, wobei jede einzelne Gruppe (Frau - Frau, Frau - Mann, Mann - Frau, Mann - Mann) 25% der gesamten Stichprobe ausmacht.

3.2.2. Patientenalter

In den untersuchten Abschlussberichten befinden sich die Patienten zwischen dem 21. und 52. Lebensjahr und sind im arithmetischen Mittel 33,5 Jahre alt, mit einer Standardabweichung von 6,03 Jahren.

3.2.3. Therapiedauer

Im arithmetischen Mittel beträgt die Therapiedauer bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung 413,60 Stunden, mit einer Standardabweichung von 104,18 Stunden. In dieser Population ist die Dauer der Behandlung sehr variabel und befindet sich in einem Intervall von 248 bis 860 Stunden.

3.2.4. Jahr des Kolloquiums

Die untersuchten DPV-Berichte stammen aus den Jahren 1971-1999. Die Jahre 1974, 1987 und 1988 werden hier aufgrund der unpassenden Konstellation bzw. Diagnose nicht berücksichtigt. In nahezu allen Jahren ist eine für die Studie geeignete Konstellation Frau - Frau im Ulmer Fallarchiv vorhanden (Ausnahme 1979 und 1989), jedoch nicht für die Konstellation Mann - Mann (lediglich 1978-1995 und 1998-1999).

3.2.5. Reliabilität

Um die Reliabilität der Daten sicherzustellen, wurden 20 der 100 untersuchten DPV-Berichte von einer zweiten Person nach derselben Methode bearbeitet und die Ergebnisse anhand von Korrelationskoeffizienten (Kappa, Inter-Rater-Correlation (IRC) und Intraclass-Correlation-Coefficient (ICC)) miteinander verglichen.

Cohens Kappa (1960) wird für kategorial-skalierte Daten herangezogen und eignet sich für den Vergleich der Kategorien-Kodierung (hier beispielsweise H22 (*geizig sein*)).

Landis und Koch (1977) schlagen zur Beurteilung des Kappa-Koeffizienten folgende Werte

vor: $\kappa < 0$	= „schlechte Übereinstimmung (poor agreement)“,
$\kappa = 0 - 0,20$	= „etwas Übereinstimmung (slight agreement)“,
$\kappa = 0,21 - 0,40$	= „ausreichende Übereinstimmung (fair agreement)“,
$\kappa = 0,41 - 0,60$	= „mittelmäßige Übereinstimmung (moderate agreement)“,
$\kappa = 0,61 - 0,80$	= „beachtliche Übereinstimmung (substantial agreement)“ und
$\kappa = 0,81 - 1,00$	= „(fast) vollkommene Übereinstimmung ((almost) perfect agreement)“.

Es muss erwähnt werden, dass die kategorial-skalierten Daten im Rahmen der vorliegenden Arbeit lediglich für die Berechnung des Kappa-Wertes zur Reliabilitätsprüfung herangezogen wurde, da dieser standardmäßig bei Studien des CCRT-Kategoriensystems verwendet wird. Für weitere Analysen wurden ausschließlich die Likert-skalierten Daten verwendet.

Der Intraclass-Correlation-Coefficient (ICC) wird für metrisch- bzw. Likert-skalierte Daten angewandt und kommt für die Berechnung relativen Häufigkeiten aggregierter Daten zum Einsatz (Albani et al. 2008d).

Es soll an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen werden, dass die Durchführung der Reliabilitätsprüfung anhand der dafür empfohlenen Methode in der Monographie „*Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte*“ (Albani et al. 2008d) durchgeführt wurde, die die „Reliabilität als Trainingprozess“ beschreibt (S. 195).

Nach Landis und Koch (1977) handelt es sich nun bei Betrachtung des Ranges für die vorliegenden Kappa-Koeffizienten von 0,42 – 0,88 um eine mittelmäßige („moderate agreement“) bis fast vollkommene Übereinstimmung („almost perfect agreement“), im Durchschnitt (MW = 0,67) eine beachtliche Übereinstimmung („substantial agreement“).

Tab. 4: Reliabilitätsstudie.

Beurteilung von DPV-Abschlussberichten (Unterstichprobe der Hauptstudie mit n=40)

Kappa = Cohen's kappa-Koeffizient für kategoriale Beurteilungen (Kategorie vorhanden / nicht vorhanden)

IRC = Inter-Rater-Correlation für Beurteilungen auf der Likert-Skala 1-5.

ICC = Intraclass-Correlation-Coefficient für Beurteilungen auf der Likert-Skala 1-5.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung

Bemerkung: Für die weiteren Analysen in dieser Arbeit wurde ausschließlich die Likert-skalierten Merkmale verwendet. Der Kappa-Koeffizient für den kategorialen Teil der Daten wird hier vollständigshalber aufgeführt, da es in den CCRT-Studien standardmäßig angewandt wird.

	Kappa	IRC	ICC
Range	0,42 – 0,88	0,30 – 0,78	0,16- 0,76
Mittelwert	0,67	0,56	0,50
A sich zuwenden	0,66	0,55	0,50
B unterstützen	0,63	0,51	0,47
C lieben, sich wohlfühlen	0,68	0,51	0,44
D souverän sein	0,75	0,46	0,40
E depressiv sein, resignieren	0,73	0,48	0,46
F unzufrieden sein, Angst haben	0,88	0,59	0,59
G fremdbestimmt sein	0,66	0,78	0,76
H verärgert, unsympathisch sein	0,54	0,30	0,16
I unzuverlässig sein	0,70	0,45	0,42
J zurückweisen	0,64	0,67	0,59
K dominieren	0,61	0,71	0,67
L ärgern, angreifen	0,76	0,64	0,45
M sich zurückziehen	0,42	0,63	0,60

3.2.6. Das Beziehungsmuster der Eltern, Mütter und Väter

Im Folgenden soll anhand der Cluster-Kategorien A - M verdeutlicht werden, wie die Patienten ihre Eltern, Mütter und Väter in den untersuchten Psychoanalyseberichten beschreiben. Die Darstellung anhand von Tabellen zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen.

3.2.6.1. Das elterliche Beziehungsmuster

Anfangs soll nun die Beschreibung der Eltern als Einheit erfolgen, wobei die Elternbeurteilung pro Bericht als Mittelwert von Mutter- und Vaterbeurteilung gebildet wird. In Tabelle 5 wird eine Zusammenfassung der harmonischen Cluster-Kategorien A - D, sowie der disharmonischen Cluster-Kategorien E - M dargestellt. Bereits hier zeigt sich, dass harmonische Kategorien im Mittel häufiger angewandt wurden als disharmonische. Des Weiteren sind in der folgenden Tabelle die einzelnen Cluster in absteigender Reihenfolge nach dem Mittelwert sortiert dargestellt. Hier wird nun verdeutlicht, dass zur Beschreibung der Eltern am häufigsten harmonische Kategorien wie *lieben, sich wohlfühlen* (C), *sich zuwenden* (A) und *souverän sein* (D) herangezogen werden, wobei auch die disharmonischen Kategorien F (*unzufrieden sein, Angst haben*) und J (*zurückweisen*) eine Rolle zu spielen scheinen. Dagegen kamen in den Abschlussberichten *fremdbestimmt sein* (G), *sich zurückziehen* (M), *ärgern, angreifen* (L) und *verärgert, unsympathische sein* (H) am wenigsten zum Einsatz.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Patienten ihre Eltern als liebende, sich zuwendende und souveräne Personen beschreiben, die jedoch auch unzufrieden, ängstlich und zurückweisend sein können.

Tab. 5: Hauptstudie. Beurteilung von DPV-Abschlussberichten (n=100)

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SA) der Beurteilungen der **Eltern** in den Abschlussberichten anhand der Beziehungskategorien auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“.

Elternbeurteilung pro Bericht wird als Mittelwert von Mutter- und Vaterbeurteilung gebildet.

Kategorien nach dem sinkenden Mittelwert sortiert.

Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung.

Eltern	Mittelwert	Standardabweichung
Harmonisch	2,94	0,89
Disharmonisch	2,57	0,59
C lieben, sich wohlfühlen	3,06	1,06
A sich zuwenden	2,95	1,02
D souverän sein	2,92	0,96
F unzufrieden sein, Angst haben	2,92	1,13
J zurückweisen	2,83	1,11
B unterstützen	2,82	1,04
K dominieren	2,78	0,86
I unzuverlässig sein	2,77	1,09
E depressiv sein, resignieren	2,70	1,08
G fremdbestimmt sein	2,67	0,92
M sich zurückziehen	2,62	0,93
L ärgern, angreifen	2,13	0,97
H verärgert, unsympathisch sein	1,74	0,82

3.2.6.2. Das mütterliche Beziehungsmuster

An dieser Stelle wird nun die Beschreibung der Mutter verdeutlicht. In Tabelle 6 werden die harmonischen und die disharmonischen Cluster-Kategorien dargestellt, sowie die einzelnen Cluster A - M in absteigender Reihenfolge sortiert nach dem Mittelwert. Es zeichnet sich hierbei ebenfalls eine Tendenz zu den harmonischen Kategorien ab.

Betrachtet man jedoch die einzelnen Cluster-Kategorien, wird deutlich, dass die Mütter am häufigsten mit dem Attribut *dominieren* (K) charakterisiert werden. Fürsorgliche und liebevolle Eigenschaften scheinen ebenfalls eine wichtige Rolle zu spielen. So folgen in der untenstehenden Tabelle *lieben, sich wohlfühlen* (C) und *sich zuwenden* (A).

Auch die disharmonische Cluster-Kategorie F (*unzufrieden sein, Angst haben*) ist hier zu nennen, da sie ebenfalls häufig zur Charakterisierung des mütterlichen Beziehungsmusters herangezogen wird.

Fremdbestimmt sein (G), *ärgern, angreifen* (L) und *verärgert, unsympathisch sein* (H) werden in den Psychoanalyseberichten nur selten zur Charakterisierung der Mütter verwendet. Am seltensten genannt, und somit an letzter Stelle, ist Kategorie M (*sich zurückziehen*).

Zusammenfassend kann man sagen, dass in den untersuchten DPV-Abschlussberichten, die Mütter in erster Linie als dominante Personen beschrieben werden. Sie scheinen liebevoll und zuwendend zu sein, aber auch unzufrieden und ängstlich.

Tab. 6: Hauptstudie. Beurteilung von DPV-Abschlussberichten (n=100)

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SA) der Beurteilungen der **Mutter** in den Abschlussberichten anhand der Beziehungskategorien auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“.

Kategorien nach dem sinkenden Mittelwert sortiert.

Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung.

Mutter	Mittelwert	Standardabweichung
Harmonisch	3,01	1,19
Disharmonisch	2,58	0,72
K dominieren	3,40	1,62
C lieben, sich wohlfühlen	3,21	1,40
A sich zuwenden	3,09	1,36
F unzufrieden sein, Angst haben	3,09	1,57
J zurückweisen	3,07	1,47
B unterstützen	3,00	1,39
I unzuverlässig sein	2,88	1,44
E depressiv sein, resignieren	2,84	1,61
D souverän sein	2,72	1,39
G fremdbestimmt sein	2,46	1,59
L ärgern, angreifen	2,15	1,37
H verärgert, unsympathisch sein	1,73	1,04
M sich zurückziehen	1,59	1,12

3.2.6.3. Das väterliche Beziehungsmuster

Im Folgenden soll nun die Beschreibung des väterlichen Beziehungsmusters erfolgen.

Bei Betrachtung der Tabelle 7 zeigt sich, dass *sich zurückziehen* (M) an erster Stelle steht, gefolgt von den harmonischen Kategorien *souverän sein* (D) und *lieben, sich wohlfühlen* (C).

Auch die disharmonische Cluster-Kategorie G (*fremdbestimmt sein*) ist von Bedeutung.

Weiter unten in der Tabelle sind jene Cluster genannt, die nur selten zur Charakterisierung des Vaters herangezogen werden. Hierzu zählen *depressiv sein, resignieren* (E), sowie *dominieren* (K) und *ärgern, angreifen* (L). Kategorie H (*verärgert, unsympathisch sein*) wird hier nur sehr selten zur Beschreibung des Vaters herangezogen und liegt somit an letzter Stelle.

Zusammenfassend kann man nun sagen, dass die Patienten ihre Väter als sehr zurückgezogene Personen beschreiben, die einerseits souverän und liebevoll sind, andererseits jedoch auch fremdbestimmt. Dies kann sehr gut mit der Erkenntnis aus der vorhergehenden Tabelle 6 in Einklang gebracht werden, in der die Dominanz der Mutter hervorgehoben wurde.

Tab. 7: Hauptstudie. Beurteilung von DPV-Abschlussberichten (n=100)

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SA) der Beurteilungen des **Vaters** in den Abschlussberichten anhand der Beziehungskategorien auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“.

Kategorien nach dem sinkenden Mittelwert sortiert.

Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung.

Vater	Mittelwert	Standardabweichung
Harmonisch	2,87	1,15
Disharmonisch	2,56	0,76
M sich zurückziehen	3,65	1,52
D souverän sein	3,11	1,37
C lieben, sich wohlfühlen	2,91	1,36
G fremdbestimmt sein	2,88	1,57
A sich zuwenden	2,80	1,32
F unzufrieden sein, Angst haben	2,74	1,50
I unzuverlässig sein	2,65	1,42
B unterstützen	2,64	1,40
J zurückweisen	2,58	1,54
E depressiv sein, resignieren	2,56	1,49
K dominieren	2,15	1,51
L ärgern, angreifen	2,10	1,47
H verärgert, unsympathisch sein	1,74	1,05

3.2.7. Direkter Vergleich des Beziehungsmusters von Mutter und Vater

Im Folgenden werden Mütter und Väter anhand der Effektstärke und dem t-Test für gepaarte Stichproben mit 99 Freiheitsgraden direkt verglichen. Die Werte sind nach der Effektstärke sortiert. Daraus ergibt sich die Darstellung, dass Cluster-Kategorien, die häufig dem väterlichen Beziehungsmuster zugeordnet werden, in der oberen Hälfte der Tabelle zu finden sind und Kategorien, mit denen die Mutter besonders häufig beschrieben wird, in der unteren Hälfte.

Um den Blick auf wesentliche Kategorien zu richten, sind signifikante Werte fettgedruckt. Bei genauer Betrachtung der Tabelle 8 wird deutlich, dass die Cluster-Kategorie *sich zurückziehen* (M) besonders häufig zur Beschreibung des väterlichen Beziehungsmusters herangezogen wird und dabei ein signifikanter Unterschied zum mütterlichen Beziehungsmuster besteht.

Die disharmonischen Cluster-Kategorien *dominieren* (K) und *zurückweisen* (J) zeigen ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen Mutter und Vater, wobei die genannten Cluster zur Beschreibung des Mütterlichen herangezogen werden.

Aus der Datenlage wird somit ersichtlich, dass Väter, im Vergleich zu den Müttern, als sich zurückziehende Personen beschreiben werden. Hingegen scheinen Mütter in ihrem Beziehungsmuster im Vergleich zu den Vätern, dominant und zurückweisend zu sein.

Tab. 8: Hauptstudie. Beurteilung von DPV-Abschlussberichten (n=100)

Unterschiede in den Beurteilungen der **Mutter** und des **Vaters** in den Abschlussberichten anhand der Beziehungskategorien auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“.

MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung, ES = Effektstärke,

t(99) = t-Statistik für gepaarte Stichproben mit 99 Freiheitsgraden (n-1)

p = Signifikanz einseitig,

rot = mütterlich, **blau** = väterlich, Mittelwerte und Effektstärken sind **fettgedruckt**.

Kategorien nach der sinkenden Effektstärke, von "väterlich" zu "mütterlich", sortiert.

Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung

		Mutter		Vater		ES	t(99)	p
		MW	SA	MW	SA			
Harmonisch		3,00	1,19	2,86	1,15	-0,12	-0,933	0,353
Disharmonisch		2,58	0,72	2,56	0,76	-0,02	-0,201	0,841
↑ väterlich	M sich zurückziehen	1,59	1,12	3,65	1,52	+1,54	+10,719	<0,001
	D souverän sein	2,72	1,39	3,11	1,37	+0,28	+1,976	0,051
	G fremdbestimmt sein	2,46	1,59	2,88	1,57	+0,27	+1,636	0,105
	H verärgert, unsympathisch sein	1,73	1,04	1,74	1,05	+0,01	+0,077	0,939
	L ärgern, angreifen	2,15	1,37	2,10	1,47	-0,04	-0,241	0,810
	I unzuverlässig sein	2,88	1,44	2,65	1,42	-0,16	-1,234	0,220
	E depressiv sein, resignieren	2,84	1,61	2,56	1,49	-0,18	-1,256	0,212
	A sich zuwenden	3,09	1,36	2,80	1,32	-0,22	-1,670	0,098
	C lieben, sich wohlfühlen	3,21	1,40	2,91	1,36	-0,22	-1,682	0,096
	F unzufrieden sein, Angst haben	3,09	1,57	2,74	1,50	-0,23	-1,690	0,094
↓ mütterlich	B unterstützen	3,00	1,39	2,64	1,40	-0,26	-1,934	0,056
	J zurückweisen	3,07	1,47	2,58	1,54	-0,33	-2,405	0,018
	K dominieren	3,40	1,61	2,15	1,51	-0,80	-4,788	<0,001

3.2.8. Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Therapeuten- und Patientengeschlecht, sowie von der jeweiligen Therapeuten-Patienten-Konstellation

Die nachfolgenden Tabellen verdeutlichen die elterlichen, mütterlichen und väterlichen Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten, des Therapeuten, sowie von einer bestimmten Therapeuten-Patienten-Konstellation (Frau - Frau, Frau - Mann, Mann - Mann, Mann - Frau). Dargestellt werden eine Zusammenfassung aller harmonischen und disharmonischen CCRT-LU-Kategorien, sowie jene Kategorien, die signifikante Werte aufweisen.

3.2.8.1. Das elterliche Beziehungsmuster

Bei genauer Betrachtung der Tabelle 9 wird deutlich, dass die Eltern in den Abschlussberichten weiblicher Therapeuten signifikant häufiger mit disharmonischen Kategorien beschrieben werden, als dies bei ihren männlichen Kollegen der Fall ist.

So zeigt sich, dass weibliche Therapeuten die Eltern ihrer Patienten signifikant häufiger als depressiv und resignierend (Kategorie E), als unzufrieden und ängstlich (Kategorie F), fremdbestimmt (Kategorie G) sowie als verärgert, bzw. unsympathisch (Kategorie H) beschreiben.

Legt man nun sein Augenmerk auf die Beschreibung der Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht, wird offensichtlich, dass weibliche Patienten signifikant häufiger als männliche Patienten, Kategorie D (*souverän sein*) verwenden, um das Beziehungsmuster ihrer Eltern zu charakterisieren.

Darüber hinaus, werden die Eltern als sich zuwendend (Kategorie A) beschrieben, wobei es sich hier um die einzige Kategorie in der folgenden Tabelle handelt, die signifikante Werte für die spezifische Konstellation von männlichem Therapeut und weiblichem Patient zeigt.

Tab. 9: Hauptstudie. Varianzanalytische Effekte der Beurteilung von Beziehungsmuster in DPV-Abschlussberichten (n=100)

Beurteilungen der **Eltern** in den Abschlussberichten anhand der Beziehungskategorien auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“ in Abhängigkeit vom Geschlecht des Therapeuten und des Patienten. Elternbeurteilung pro Bericht wird als Mittelwert von Mutter- und Vaterbeurteilung gebildet.

wT-wP, wT-mP, mT-wP, mT-mP = vier Geschlechtergruppen, je n=25.

wT = weiblicher Therapeut, wP = weiblicher Patient,
mT = männlicher Therapeut, mP = männlicher Patient

MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung (grau)

G Th, G Pat, G Th * G Pat = Signifikanz der Effekte in der 2x2-Varianzanalyse.

G Th = Geschlecht des Therapeuten, G Pat = Geschlecht des Patienten

G Th * G Pat = spezifische Konstellation aus Therapeuten- und Patientengeschlecht

fett = signifikante Effekte sowie entsprechende höhere Mittelwerte.

Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung

Ergebnisse dargestellt für harmonisch/disharmonisch, sowie für Kategorien A-M mit mindestens einem signifikanten Effekt.

Eltern		Geschlechterkonstellation Therapeut – Patient				Varianzanalytische Effekte, Signifikanz p		
		wT		mT		G Th	G Pat	G Th * G Pat
		wP	mP	wP	mP			
Harmonisch	MW	2,81	2,82	0,83	2,79	0,165	0,134	0,113
	SA	0,74	1,05	0,85	3,33			
Disharmonisch	MW	2,75	2,64	2,42	2,48	0,036	0,835	0,472
	SA	0,59	0,69	0,42	0,60			
A sich zuwenden	MW	2,72	3,02	3,28	2,76	0,461	0,588	0,046
	SA	0,76	1,25	1,06	0,90			
D souverän sein	MW	2,98	2,56	3,38	2,74	0,120	0,005	0,553
	SA	0,78	1,11	0,83	0,94			
E depressiv sein, resignieren	MW	3,06	2,82	2,30	2,62	0,025	0,850	0,188
	SA	0,92	1,31	0,71	1,19			
F unzufrieden sein, Angst haben	MW	3,14	3,20	2,42	2,90	0,023	0,225	0,344
	SA	0,95	1,30	0,95	1,17			
G fremdbestimmt sein	MW	3,00	2,72	2,42	2,54	0,039	0,660	0,273
	SA	0,90	1,10	0,81	0,78			
H verärgert, unsympathisch sein	MW	1,98	1,82	1,52	1,62	0,045	0,854	0,425
	SA	0,77	1,02	0,62	0,78			

3.2.8.2. Das mütterliche Beziehungsmuster

Tabelle 10 verdeutlicht nun das mütterliche Beziehungsmuster. Es ist offensichtlich, dass in den Therapieberichten weiblicher Therapeuten, sowohl bei weiblichen, als auch bei männlichen Patienten, die disharmonischen Kategorien überwiegen. Besonders hervorzuheben ist hier Cluster-Kategorie M (*sich zurückziehen*).

Tab. 10: Hauptstudie. Varianzanalytische Effekte der Beurteilung von Beziehungsmuster in DPV-Abschlussberichten (n=100)

Beurteilungen der **Mutter** in den Abschlussberichten anhand der Beziehungskategorien auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“ in Abhängigkeit vom Geschlecht des Therapeuten und des Patienten. wT-wP, wT-mP, mT-wP, mT-mP = vier Geschlechtergruppen, je n=25.

wT = weiblicher Therapeut, wP = weiblicher Patient,
mT = männlicher Therapeut, mP = männlicher Patient

MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung (grau)

G Th, G Pat, G Th * G Pat = Signifikanz der Effekte in der 2x2-Varianzanalyse.

G Th = Geschlecht des Therapeuten, G Pat = Geschlecht des Patienten

G Th * G Pat = spezifische Konstellation aus Therapeuten- und Patientengeschlecht

fett = signifikante Effekte sowie entsprechende höhere Mittelwerte.

Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung

Ergebnisse dargestellt für harmonisch/disharmonisch, sowie für Kategorien A-M mit mindestens einem signifikanten Effekt.

Mutter		Geschlechterkonstellation Therapeut – Patient				Varianzanalytische Effekte, Signifikanz p		
		wT		mT		G Th	G Pat	G Th * G Pat
		wP	mP	wP	mP			
Harmonisch	MW	2,80	2,89	3,33	3,00	0,181	0,614	0,378
	SA	1,18	1,05	1,22	1,27			
Disharmonisch	MW	2,77	2,77	2,40	2,38	0,008	0,937	0,937
	SA	0,78	0,59	0,69	0,73			
M sich zurückziehen	MW	1,88	1,88	1,20	1,40	0,010	0,649	0,649
	SA	1,36	1,27	0,58	1,00			

3.2.8.3. Das väterliche Beziehungsmuster

Bei genauer Betrachtung der Tabelle 11 erkennt man, dass die Väter als souverän beschrieben werden (Kategorie D (*souverän sein*)), wobei dies signifikant häufiger bei weiblichen als bei männlichen Patienten der Fall ist.

Darüber hinaus, kommt Cluster-Kategorie A (*sich zuwenden*) signifikant häufiger in den Therapieberichten von männlichen Therapeuten mit weiblichen Patienten vor, als in anderen Geschlechterkonstellationen.

Tab. 11: Hauptstudie. Varianzanalytische Effekte der Beurteilung von Beziehungsmuster in DPV-Abschlussberichten (n=100)

Beurteilungen des **Vaters** in den Abschlussberichten anhand der Beziehungskategorien auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“ in Abhängigkeit vom Geschlecht des Therapeuten und des Patienten.

wT-wP, wT-mP, mT-wP, mT-mP = vier Geschlechtergruppen, je n=25.

wT = weiblicher Therapeut, wP = weiblicher Patient,

mT = männlicher Therapeut, mP = männlicher Patient

MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung (grau)

G Th, G Pat, G Th * G Pat = Signifikanz der Effekte in der 2x2-Varianzanalyse.

G Th = Geschlecht des Therapeuten, G Pat = Geschlecht des Patienten

G Th * G Pat = spezifische Konstellation aus Therapeuten- und Patientengeschlecht

fett = signifikante Effekte sowie entsprechende höhere Mittelwerte.

Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung

Ergebnisse dargestellt für harmonisch/disharmonisch, sowie für Kategorien A-M mit mindestens einem signifikanten Effekt.

Vater		Geschlechterkonstellation Therapeut – Patient				Varianzanalytische Effekte, Signifikanz p		
		wT		mT		G Th	G Pat	G Th * G Pat
		wP	mP	wP	mP			
Harmonisch	MW	2,81	2,75	3,33	2,57	0,453	0,072	0,124
	SA	0,67	1,40	1,06	1,26			
Disharmonisch	MW	2,73	2,51	2,43	2,57	0,442	0,805	0,241
	SA	0,70	1,01	0,58	0,69			
A sich zuwenden	MW	2,60	2,92	3,24	2,44	0,759	0,359	0,034
	SA	0,866	1,66	1,33	1,23			
D souverän sein	MW	3,36	2,64	3,64	2,80	0,410	0,004	0,822
	SA	1,00	1,50	1,25	1,50			

3.2.9. Zeitliche Entwicklung der Beziehungsmuster

Nachfolgend soll nun gezeigt werden, wie sich die elterlichen, mütterlichen, sowie väterlichen Beziehungsmuster im Laufe des untersuchten Zeitraumes von 1971 - 1999 entwickeln. Zur statistischen Berechnung des zu untersuchenden Sachverhalts wurde der nonparametrische Korrelationskoeffizient Rho herangezogen.

3.2.9.1. Zeitliche Entwicklung des elterlichen Beziehungsmusters

In der folgenden Tabelle wird eine Übersicht darüber gegeben, wie sich die Verwendung der zur Charakterisierung der Eltern herangezogenen Cluster-Kategorien des CCRT-LU-Systems im Laufe der Zeit verändert. Bei erstmaliger Betrachtung von Tabelle 12 wird offensichtlich, dass die harmonischen Kategorien im Laufe der Zeit in den DPV-Berichten der Therapeuten immer weniger Verwendung finden, wenn es darum geht, die Eltern des Patienten zu beschreiben. Dazu passen die negativen Korrelationskoeffizienten Rho von Kategorie D (*souverän sein*), A (*sich zuwenden*), C (*lieben, sich wohlfühlen*) und B (*unterstützen*). Somit wird deutlich, dass die Eltern im Laufe der Zeit, d.h. von 1971 -1999, immer weniger souverän, sich zuwendend, liebend und unterstützend auf ihre Kinder wirken. Dazu passt die Tatsache, dass *sich zurückziehen* (M), eine disharmonische Kategorie, mit einem positiven Korrelationskoeffizienten im Laufe des untersuchten Zeitraumes eine zunehmende Bedeutung erlangt. Es ist wichtig hier noch die Signifikanz der genannten Kategorien zu betonen. Zusammenfassend kann man sagen, dass sich im Laufe der Zeit, das elterliche Beziehungsmuster als immer weniger souverän, zuwendend, liebend und unterstützend beschrieben wird. Die Eltern scheinen sich immer mehr aus der Interaktion mit ihren Kindern zurückzuziehen.

Tab. 12: Hauptstudie. Die Korrelation der Beurteilung der Eltern mit dem Jahr des DPV-Abschlussberichtes (n=100)

Beurteilungen der **Eltern** in den Abschlussberichten anhand der Beziehungskategorien (Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“) in Abhängigkeit von dem Zeitpunkt des Kolloquiums (Frühjahr 1971 – Herbst 1999).

Es handelt sich hierbei um die Berechnung einer Rangkorrelation zwischen einem Messwert für die Beurteilung der Eltern und einer Zeitvariablen.

Die Zeitvariable ist vom Jahr 1971 bis zum Jahr 1999 aufsteigend kodiert, somit gilt:

signifikante positive Korrelation = die Ausprägung der Kategorie nimmt mit der Zeit zu,

signifikante negative Korrelation = die Ausprägung der Kategorie nimmt mit der Zeit ab.

Die Elternbeurteilung pro Bericht wird als Mittelwert von Mutter- und Vaterbeurteilung gebildet.

Rho = Spearman's Korrelationskoeffizient

p = Signifikanz einseitig

fett = signifikante Korrelationskoeffizienten

Kategorien sortiert: mit dem aufsteigenden Trend zuerst, mit dem absteigenden zuletzt.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung

Eltern	Rho	Signifikanz p
Harmonisch	-0,294	0,003
Disharmonisch	0,066	0,517
M sich zurückziehen	0,279	0,005
F unzufrieden sein, Angst haben	0,111	0,269
E depressiv sein, resignieren	0,078	0,441
G fremdbestimmt sein	0,052	0,608
J zurückweisen	0,010	0,923
L ärgern, angreifen	-0,035	0,727
H verärgert, unsympathisch sein	-0,046	0,646
I unzuverlässig sein	-0,083	0,412
K dominieren	-0,160	0,112
D souverän sein	-0,224	0,025
A sich zuwenden	-0,245	0,014
C lieben, sich wohlfühlen	-0,246	0,014
B unterstützen	-0,252	0,011

3.2.9.2. Zeitliche Entwicklung des mütterlichen Beziehungsmusters

Tabelle 13 gibt eine Übersicht darüber, ob und in wie weit sich das mütterliche Beziehungsmuster in den untersuchten DPV-Berichten verändert. Wie bereits in der vorherigen Tabelle, zeigt sich nun auch hier, dass im Laufe der analysierten Kolloquiumsahre, die Verwendung harmonischer CCRT-LU-Kategorien signifikant abnimmt. Somit findet man in den untersuchten Berichten im Laufe der Zeit immer weniger harmonische Cluster-Kategorien, wenn es um die Charakterisierung der Mütter geht. Dies zeigt sich besonders deutlich bei Betrachtung von Kategorie D (*souverän sein*), welche den am stärksten negativen Korrelationskoeffizienten aufweist und somit im Laufe der Zeit innerhalb der Abschlussberichte am meisten an Bedeutung verloren hat.

Zusammenfassend kann man sagen, dass in den neueren Abschlussberichten, im Vergleich zu den älteren, weniger harmonische Cluster-Kategorien herangezogen wurden, um das mütterliche Beziehungsmuster zu charakterisieren. Die Mütter wurden in den älteren Berichten als viel souveräner beschrieben, als dies in den jüngeren Berichten der Fall ist.

Tab. 13: Hauptstudie. Die Korrelation der Beurteilung der Mutter mit dem Jahr des DPV-Abschlussberichtes (n=100)

Beurteilungen der **Mutter** in den Abschlussberichten anhand der Beziehungskategorien (Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“) in Abhängigkeit von dem Zeitpunkt des Kolloquiums (Frühjahr 1971 – Herbst 1999).

Es handelt sich hierbei um die Berechnung einer Rangkorrelation zwischen einem Messwert für die Beurteilung der Mutter und einer Zeitvariablen.

Die Zeitvariable ist vom Jahr 1971 bis zum Jahr 1999 aufsteigend kodiert, somit gilt:
 signifikante positive Korrelation = die Ausprägung der Kategorie nimmt mit der Zeit zu,
 signifikante negative Korrelation = die Ausprägung der Kategorie nimmt mit der Zeit ab.

Rho = Spearman's Korrelationskoeffizient

p = Signifikanz einseitig

fett = signifikante Korrelationskoeffizienten

Kategorien sortiert: mit dem aufsteigenden Trend zuerst, mit dem absteigenden zuletzt.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung

Mutter	Rho	Signifikanz p
Harmonisch	-0,214	0,032
Disharmonisch	0,012	0,909
M sich zurückziehen	0,152	0,132
E depressiv sein, resignieren	0,078	0,438
F unzufrieden sein, Angst haben	0,057	0,573
J zurückweisen	0,052	0,610
L ärgern, angreifen	0,022	0,827
K dominieren	0,012	0,903
H verärgert, unsympathisch sein	-0,040	0,696
G fremdbestimmt	-0,102	0,312
I unzuverlässig sein	-0,108	0,286
C lieben, sich wohlfühlen	-0,153	0,129
A sich zuwenden	-0,191	0,058
B unterstützen	-0,193	0,055
D souverän sein	-0,214	0,033

3.2.9.3. Zeitliche Entwicklung des väterlichen Beziehungsmusters

In Tabelle 14 soll nun dargestellt werden, wie sich die Verwendung der CCRT-LU-Kategorien zur Beschreibung der Väter im Laufe der untersuchten Kolloquiumsahre verändert. Auch hier fällt nun erneut auf, dass die harmonischen Kategorien, genau wie in den vorhergehenden Tabellen, im Laufe der Zeit immer weniger in den DPV-Berichten genannt werden, wenn es um die Charakterisierung des väterlichen Beziehungsmusters geht. Deutlich wird dies bei Betrachtung der negativen Korrelationskoeffizienten der Cluster-Kategorien *sich zuwenden* (A), *unterstützen* (B), sowie *lieben, sich wohlfühlen* (C). Dazu passt die Tatsache, dass, wie in Tabelle 12, die disharmonische Kategorie M (*sich zurückziehen*) mit dem größten positiven Korrelationskoeffizienten, im Laufe der untersuchten Jahre an Bedeutung zunimmt und somit immer häufiger zur Beschreibung des Vaters herangezogen wird. Des Weiteren wird offensichtlich, dass die Patienten ihre Väter als immer weniger dominierend wahrnehmen. Cluster K (*dominieren*) weist als disharmonische Kategorie einen negativen Korrelationskoeffizienten auf und nimmt somit im Laufe der untersuchten Jahre an Bedeutung bezüglich der genannten Fragestellung ab.

Zusammenfassend kann man sagen, dass auch bei der Beschreibung des väterlichen Beziehungsmusters in den jüngeren Berichten signifikant weniger harmonische Kategorien herangezogen werden. So scheinen die Väter immer weniger zuwendend, unterstützend und liebend, aber auch immer weniger dominant zu sein, sich dafür aber signifikant häufiger zurückzuziehen.

Tab. 14: Hauptstudie. Die Korrelation der Beurteilung des Vaters mit dem Jahr des DPV-Abschlussberichtes (n=100)

Beurteilungen des **Vaters** in den Abschlussberichten anhand der Beziehungskategorien (Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „stark“) in Abhängigkeit von dem Zeitpunkt des Kolloquiums (Frühjahr 1971 – Herbst 1999).

Es handelt sich hierbei um die Berechnung einer Rangkorrelation zwischen einem Messwert für die Beurteilung des Vaters und einer Zeitvariablen.

Die Zeitvariable ist vom Jahr 1971 bis zum Jahr 1999 aufsteigend kodiert, somit gilt:
 signifikante positive Korrelation = die Ausprägung der Kategorie nimmt mit der Zeit zu,
 signifikante negative Korrelation = die Ausprägung der Kategorie nimmt mit der Zeit ab.

Rho = Spearman's Korrelationskoeffizient

p = Signifikanz einseitig

fett = signifikante Korrelationskoeffizienten

Kategorien sortiert: mit dem aufsteigenden Trend zuerst, mit dem absteigenden zuletzt.

DPV = Deutsche Psychoanalytische Vereinigung

Vater	Rho	Signifikanz p
Harmonisch	-0,257	0,010
Disharmonisch	0,066	0,511
M sich zurückziehen	0,220	0,028
G fremdbestimmt sein	0,189	0,060
F unzufrieden sein, Angst haben	0,076	0,451
I unzuverlässig sein	0,034	0,735
E depressiv sein, resignieren	0,026	0,795
J zurückweisen	0,017	0,866
H verärgert, unsympathisch sein	0,008	0,936
L ärgern, angreifen	-0,087	0,390
D souverän sein	-0,183	0,068
K dominieren	-0,198	0,048
A sich zuwenden	-0,212	0,034
B unterstützen	-0,219	0,028
C lieben, sich wohlfühlen	-0,236	0,018

4. Diskussion

4.1. Vorstudie: Fragebögen von Studierenden ($297 \leq n \leq 300$):

„Was ist weiblich, was ist männlich?“

„Unter Geschlechterrolle versteht man: alles das, was jemand sagt und tut, um anderen und sich selbst zu zeigen, daß er bzw. sie männlich, weiblich oder ambivalent ist; die Geschlechterrolle schließt sexuelle Attraktion und sexuelle Reaktion ein, ist aber hierauf nicht beschränkt“ (Money und Erhardt 1975, S. 16).

Diese Geschlechterrollen sind soziale Positionen, die durch verschiedene soziologische Kategorien wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Familienstand, etc. bestimmt werden und die Stellung der Frau bzw. des Mannes im sozialen System festlegen. Die Einhaltung dieser Rollen wird gesellschaftliche gefördert bzw. sanktioniert und unterliegt kulturell-historischen Veränderungen (Schachtel 1992).

Untersucht man nun die Fremd- und Eigenbilder der Geschlechter voneinander, stellt man häufig fest, dass die Menschen relativ stabile Konzepte darüber entwickelt haben, was ein Mann bzw. eine Frau ist, wobei die entworfenen Bilder prägnant und konturiert sind (Klöß 1988). Das entworfene Fremdbild wird häufig als Stereotyp bezeichnet. Krech et al. (1962) beschreiben dazu, dass Stereotype es an sich haben, in hohem Maße von den Gestaltungsgesetzen, denen unsere Wahrnehmung unterliegt geprägt zu werden. Der kritische Punkt dabei ist jedoch, dass die Befangenheit bei der Wahrnehmung von Menschen kein Fehler ist, der nur bei den vielen Vorurteilsbehafteten angetroffen wird, sondern dass man sie bei allen Menschen findet und sie auf die eigentliche Natur unserer Wahrnehmungsprozesse zurückgehen. Der Begriff Stereotype unterliegt jedoch vieler negativer Bewertungen, wie die von Gebhardt (1980), die davon ausgeht, dass Stereotype immer Vorurteile sind, deren Kennzeichen es ist, mit der Wirklichkeit nicht überein zu stimmen und generalisierenden, voreingenommenen Charakter zu haben. Lindsay und Norman (1972) haben deshalb den Begriff „Prototyp“ geprägt. Dabei handelt es sich um Kognitionen, die die Mehrheit einer Gruppe verwendet, um Beobachtungs- und Erfahrungselemente zu beschreiben. Sie sind Schemata von Menschen, Gegenständen und Situationen, die wir anzutreffen erwarten und basieren auf Erfahrungen, die jeder Mensch im Laufe seines Lebens gewinnt. Zu Vorurteilen werden diese Schemata nur, wenn sie zu starren Vorstellungen werden, die keine neue Informationen und Änderungen berücksichtigen.

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der Umfrage unter 300 Studierenden diskutiert und der bestehenden Literatur gegenübergestellt.

4.1.1. Attribut „weiblich“

Bei Betrachtung der Tabelle 1 wird offensichtlich, dass sich die befragten Studierenden ein Bild der Frau zueigen gemacht haben, das geprägt ist von harmonischen Eigenschaften, wie *lieben, nahe sein, unterstützen, helfen, sich zuwenden*, etc. Gleichzeitig scheinen auch passive Verhaltensweisen eine Rolle zu spielen. So wird das Weibliche mit Angst, Unzufriedenheit, Depression, Enttäuschung, Resignation und Fremdbestimmung in Verbindung gebracht. In „*Geschlechtstypische Sprachmerkmale von Psychoanalytikern*“ beschreibt Klöß (1988) die Geschlechterrollen einer Frau und postuliert, dass „von Frauen eine personenorientierte, friedliche Einstellung erwartet [wird]“ (S.16).

Die Ergebnisse decken sich mit denen von Wollschläger (1981), der ebenfalls bei Studierenden das Fremdbild von Frauen und Männer untersuchte. Die beschriebenen positiv eingeschätzten Eigenschaften einer Frau sind laut Wollschläger: „emotional, gefühlsbetont, einfühlsam, zärtlich, fürsorglich, romantisch, anpassungsfähig“. Als weibliche, negative Eigenschaften gelten hingegen: „ängstlich, hysterisch, eitel, leicht zu überzeugen“ (S. 261). Auch Bierhoff-Alfermann (1977) schreibt Frauen Eigenschaften wie Anpassungsfähigkeit, Sensibilität und ästhetisches Empfinden zu.

Aber auch in der aktuelleren Literatur finden sich Belege dafür, dass die oben genannten geschlechterstereotypen Vorstellungen der Frau weiterhin bestehen. So trifft Six-Materna (2008) ebenfalls die Aussage, dass Frauen eher als „einfühlsamer, verträumter, warmherziger“ gelten und die Gesellschaft ihnen Merkmale wie „Passivität, Schwäche, Emotionalität und Unterwürfigkeit“ zuschreibt (S. 122).

4.1.2. Attribut „männlich“

Ähnlich den Ergebnissen von Bierhoff-Alfermann (1977) ist das Bild des Männlichen in der vorliegenden Arbeit. Bei Betrachtung von Tabelle 2 wird offensichtlich, dass dieses Bild geprägt ist von Souveränität, Liebe, Unterstützung, aber auch von Angriff und Ärger, Unzuverlässigkeit, Zurückweisung und Dominanz. Des Weiteren charakterisieren die befragten Studierenden einen Mann als sexuell aktiv, stolz und autonom, stark, liebend, gesund und zufrieden.

Bei Bierhoff-Alfermann gelten Männer als kompetent, dominant und aggressiv-durchsetzungsfähig. Das von Wollschläger (1981) untersuchte Fremdbild des Mannes weist sowohl positive, als auch negative Eigenschaften auf. So zählen zu den positiven Eigen-

schaften: „zielstrebig, logisch, durchsetzungsfähig, rational, politisch, interessiert, risikofreudig“, zu den negativen hingegen: „hart, brutal, karrierebewußt, machtbezogen, autoritär, rücksichtslos“ (S. 261).

Laut Six-Materna (2008) ist das männliche Stereotyp durch „Aktivität, Stärke, Leistungsstreben und Durchsetzungsfähigkeit“ gekennzeichnet. So gelten Männer als „aggressiver, dominanter, rationaler“ als Frauen (S. 122).

4.1.3. Was ist weiblich, was ist männlich?

Bei Herausarbeitung der Unterschiede des weiblichen und des männlichen Attributs wird anhand der Tabelle 3 offensichtlich, dass dem Weiblichen eher zugesagt wird, unzufrieden, ängstlich, schwach, abhängig und fremdbestimmt zu sein, aber auch zuwendend und dass hierbei ein deutlicher Unterschied zu den männlichen Eigenschaften besteht. Hingegen gehen die Befragten davon aus, dass Männer eher unzuverlässig, vernachlässigend, souverän, stolz, autonom, angreifend und dominierend sind, wobei hier ebenfalls ein Unterschied zu den weiblichen Eigenschaften besteht.

Man kann somit davon ausgehen, dass auch heute noch ein ganz klares und traditionelles Konzept darüber existiert, was eine Frau bzw. ein Mann ist, welche Eigenschaften sie bzw. er hat und wie sie bzw. er sich zu verhalten hat.

Bereits 1964 wird von Kagan in einer Zusammenfassung postuliert, dass von Frauen erwartet wird, Aggressionen zu unterdrücken, sich Männern gegenüber eher passiv zu verhalten und anderen gegenüber fürsorglich und gefühlsbetont zu sein. Männer hingegen sollten aggressiv, unabhängig, kontrollierend sein und starke Gefühle wie Angst eher unterdrücken.

In der aktuellen Literatur findet man die Aussage, dass trotz aller Bemühungen die Geschlechterspaltung in den westlichen Industrienationen zu überwinden, Männlichkeit in den allgemeinen kulturellen Vorstellungen immer noch mit den Attributen „rational, beschützend, aggressiv und dominant“ beschrieben, Weiblichkeit hingegen weiterhin mit „Emotionalität, Fürsorglichkeit, Rezeptivität und Submissivität“ assoziiert wird (Diamond 2009, S. 169).

4.2. Hauptstudie: 100 DPV-Abschlussberichte

4.2.1. Gruppeneinteilung

Es gilt nochmals darauf hinzuweisen, dass das Patientenkollektiv zur Durchführung der vorliegenden Arbeit so ausgewählt wurde, dass 4 homogene Gruppen à 25 Patienten mit der Hauptdiagnose Hysterie in der jeweiligen Konstellation Frau – Frau, Frau – Mann, Mann – Frau und Mann – Mann gebildet werden konnten.

Betrachtet man das Ulmer DPV-Fallarchiv mit seinen 926 Abschlussberichten aus den Jahren 1969 bis einschließlich 2006, so zeigt sich, dass die Hysterie mit 257 Berichten bzw. 27,8% die am häufigsten gestellte Diagnose darstellt. Das Patientenkollektiv setzt sich aus 76,3% Frauen und 23,7% Männern zusammen. Hingegen besteht das Therapeutenkollektiv aus 50,2% Frauen und 49,8% Männern. Bezüglich der Therapeuten-Patienten-Konstellationen zeigt sich des Weiteren, dass die Gruppe Frau - Frau mit 39,7% am häufigsten vorkommt. Es folgen die Konstellationen Mann - Frau mit 36,6%, Mann - Mann mit 13,2% und Frau - Mann mit 10,5% (Lang 2008).

Diese Geschlechterkonstellationen im Ulmer Fallarchiv stimmen mit der Tatsache überein, dass im Allgemeinen sowohl weibliche, als auch männliche Ausbildungskandidaten häufiger Frauen zur Erstellung ihres Abschlussberichtes wählen. Weibliche Kandidatinnen präsentieren fast viermal so viele Patientinnen, männliche etwa doppelt so viele. Man kann hierbei davon ausgehen, dass Frauen ihre seelischen Belastungen und Probleme leichter und sinnfälliger vortragen können und somit eine ergiebiger Quelle darstellen (Strauß et al. 2002). Entgegen den Zahlen des Ulmer DPV-Fallarchivs bezüglich des Geschlechterverhältnisses der Therapeuten, muss jedoch erwähnt werden, dass die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung deutschlandweit in den Neunziger Jahren mehr Frauen als Männer ausbildete (Strauß et al. 2002). So überwogen in den Abschlusskolloquien im Zeitraum von 1980 – 1990 noch die männlichen Ausbildungskandidaten mit 54% gegenüber 46% weibliche Kandidaten. Von 1991 bis 1995 kehrte sich jedoch das Geschlechterverhältnis zugunsten eines Frauenanteils von 58% um. Der beschriebene Trend setzte sich in den folgenden Jahren fort, der Frauenanteil nahm kontinuierlich zu, bis im Zeitraum von 2001 – 2008 die Relation bei 68% Frauen und 32% Männern lag (Blaß 2009).

4.2.2. Patientenalter

In der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass die Patienten durchschnittlich 33,5 Jahre alt waren, wobei sich die Altersspanne von dem 21. bis zum 52. Lebensjahr erstreckt. Ähnliche Zahlen finden sich auch im gesamten Ulmer DPV-Fallarchiv von 1969 bis 2006. Hier waren die Patienten im Mittel 34 Jahre alt (7 Jahre Standardabweichung) mit einer Altersspanne vom 20. bis zum 62. Lebensjahr (Lang 2008).

4.2.3. Therapiedauer

Die Dauer der dargestellten Psychoanalysen beträgt im Mittel 413,60 Stunden (104,18 Stunden Standardabweichung), wobei sich das Intervall von 248 bis 860 Stunden erstreckt. Im Vergleich zu der Therapiedauer des Ulmer DPV-Fallarchivs von 1969 - 2006 kann man erkennen, dass die Analysedauer bis zur Fertigstellung des Berichts im Mittel 428 Stunden betrug (Standardabweichung 108 Stunden) und einen Zeitraum von 143 - 972 Stunden einnahm (Lang 2008).

4.2.4. Jahr des Kolloquiums

In der vorliegenden Arbeit wurden Berichte aus den Jahren 1971 - 1999 untersucht, wobei die Jahre 1974, 1987 und 1988 aufgrund der unpassenden Therapeuten-Patienten-Konstellationen nicht berücksichtigt wurden.

4.2.5. Reliabilität

In der vorliegenden Arbeit wurde nach Landis und Koch (1977) im Mittel ($MW = 0,67$) eine beachtliche Übereinstimmung („substantial agreement“) erreicht. Mit einem Range von 0,42 – 0,88 handelt es sich dabei um eine mittelmäßige („moderate agreement“) bis fast vollkommene Übereinstimmung („almost perfect agreement“). Es muss jedoch erwähnt werden, dass bei der Durchführung der Studie lediglich die Reaktionen des Objekts Mutter bzw. Vater Beachtung fanden, weshalb auch bei der folgenden Literatur nur die Reliabilität der genannten Objekte erwähnt wird.

Luborsky et al. (1986) findet in seiner Studie, die Therapiesitzungen von acht erwachsenen Patienten beinhaltet, eine hohe Übereinstimmung der Rater von 88%. Eine weitere, 1988

durchgeführte Studie von Crits-Christoph et al. an 35 erwachsenen Patienten findet einen Kappawert von 0,70, nach Landis und Koch (1977) ebenfalls eine beachtliche Übereinstimmung. Des Weiteren untersuchte Barber et al. (1994) die Reliabilität der CCRT-LU-Methode an den Therapiesitzungen von 19 Patienten, wobei er einen Kappawert von 0,60 findet und somit eine mittelmäßige Übereinstimmung der Rater nachweist. Popp et al. (1996) kam in seiner Studie über die Therapiesitzungen von 13 Patienten ebenfalls zu dem Ergebnis einer mittelmäßigen Übereinstimmung, wobei ein Wert von Kappa = 0,64 verzeichnet werden konnte.

An den oben aufgeführten Werten von Cohens Kappa ist ersichtlich, dass die Übereinstimmung der vorliegenden Studie in etwa der in der Literatur entspricht.

4.2.6. Das Beziehungsmuster von Eltern, Mütter und Väter

An dieser Stelle wird das Augenmerk nun auf das elterliche, mütterliche und väterliche Beziehungsmuster gelegt. Dazu möchte ich einleitend einige Hypothesen von Rupprecht-Schampera (1997) zur Hysterie-Entstehung aufzeigen.

Die frühe Triangulierung kann als wichtiger Prozess in der Separation und Individuation des Kindes angesehen werden. Ihre Bedeutung liegt in der Ausbildung einer Sicherheit darüber, dass Unterschiedlich-Sein und Unterschiedlich-Handeln trotz einer engen gefühlsmäßigen Verbundenheit mit der Bezugsperson möglich ist, und dass es dadurch nicht zum Verlust dieser Person bzw. des Selbst führt. Wenn das Kind nun diese Sicherheit nicht entwickeln konnte, muss es eine extreme Übereinstimmung mit dem Objekt Mutter aufbauen und diese auch aufrechterhalten, darf keine eigenen Interessen und Fähigkeiten entwickeln um den befürchteten Objektverlust bzw. die Selbstvernichtung abzuwehren. „In diesem Sinn ist Symbiose als eine regressive Abwehrleistung des Kindes oder ein Abwehrgeschehen zwischen Mutter und Kind zu sehen“ (S. 641). Die Präsenz des realen Vaters ist als triangulärer Partner notwendig, damit das Kind triadische Beziehungsstrukturen wahrzunehmen lernt und eine psychische Repräsentanz triadischer Strukturen überhaupt entwickeln kann. Die oben genannte Autorin vertritt die Hypothese, dass eine schwierige Mutter-Kind-Beziehung durchaus zur Entstehung einer Hysterie führen kann, dies jedoch nur einen von mehreren auslösenden Faktoren darstellt. Wenn ein Kind nun in einer konflikthaften frühen Mutter-Kind-Beziehung den Vater in seiner triangulierenden Funktion nicht ausreichen zur Verfügung hat, kann die Separation von der Mutter und damit der gesamte Separations-Individuationsvorgang als kaum lösbare Entwicklungsaufgabe erscheinen. Unter diesem

Druck versucht das Kind aktiv das Interesse des entfernten Vaters zu gewinnen, ein Mädchen möglicherweise auch auf erotisierende Art. Bleibt diese Form des Werbens erfolglos, wird sich vermutlich keine Hysterie entwickeln; reagiert der Vater jedoch ebenfalls auf eine erotisierende Weise auf das Mädchen, kann sich daraus ein traumatisches Geschehen zwischen den beiden ergeben. Die Desillusionierung in Bezug auf das idealisierte Vaterbild führt zur großen Angst, der Mutter nun hilflos ausgeliefert zu sein und führt daraufhin zur Verleugnung als Abwehrmechanismus. Das Trauma und die Enttäuschung werden verleugnet, der Vater wird zur Idealfigur, die Mutter hingegen weiter entwertet.

Dieser Sachverhalt kann sehr gut mit dem beschriebenen Mutter- und Vaterbild in der vorliegenden Arbeit verglichen werden. So kann man die Hypothese von Rupprecht-Schampera übernehmen, indem man annimmt, die beschriebene Dominanz der Mütter führe zum Rückzug des Vaters aus der familiären Interaktion und fehle somit den Kindern als trianguierendes Objekt, was unter anderem zur Entwicklung einer Hysterie beitragen kann.

4.2.6.1. Das elterliche Beziehungsmuster

In der vorliegenden Arbeit wird das elterliche Beziehungsmuster der Analysanden mit vorwiegend harmonischen Begriffen dargestellt. So werden in den untersuchten DPV-Abschlussberichten die Eltern als liebende, sich wohlfühlende und zuwendende Menschen beschrieben, die auf ihre Kinder souverän wirken, jedoch auch unzufrieden und ängstlich sein können. Dieses realistische Bild der Eltern mit all ihren positiven, aber auch negativen Seiten wird auch beibehalten, gliedert man die Elterneinheit in Mutter und Vater auf.

Nach Durchschau der Literatur scheint eine intakte Partnerschaft der Eltern und eine ausgewogene Interaktion der einzelnen Partner mit dem Kind förderlich für dessen Entwicklung zu sein. So gehen viele Autoren, abweichend von Freuds Meinung, von der Existenz einer prä-ödiipalen triadischen Beziehung und von der Bedeutung des Vaters für die Individuierung und die Autonomieentwicklung des Kindes aus. Die Auffassungen unterscheiden sich jedoch dahingegen, dass von Geburt an eine Triade von Mutter, Vater und Kind vorliegt (Herzog 1998) bzw. dass der Vater erst im Laufe der Zeit in der frühen Zweierbeziehung zwischen Mutter und Kind an Bedeutung gewinnt (Abelin 1986). Metzger (2002) plädiert dafür, die psychische Entwicklung eines Säuglings von Beginn an als dynamisches Wechselspiel von Dyade und Triade zu betrachten. Von Klitzing (2002) untersucht in seiner prospektiven Studie die Bedeutung triadischer Beziehungen für die Entwicklung des Kindes von Geburt an. Dabei erwies sich, dass sich die Qualität der späteren Eltern-Kind-Interaktion umso ausgewogener

darstellte, je triangulärer die innere und äußere Beziehungswelt der Eltern beschaffen war. In einer darauf folgenden Studie 4 Jahre nach Geburt des Kindes, fand sich eine eindeutige Korrelation der Mentalisierungsfähigkeit der Kinder mit dem Grad der elterlichen Trianguliertheit. Des Weiteren konnte deutlich weniger negatives Verhalten der Kinder aufgezeigt werden, je höher die elterliche triadische Kompetenz war. So ermöglicht es diese frühe Triade dem Kind Erfahrungen in einer Dreieckssituation zu machen, in der es verschiedene Paarbildungen gibt, die in der Wahrnehmung des Dritten gespiegelt werden. Das Kind kann somit die Beziehung der Eltern als Paar wahrnehmen und sich dadurch als Dritten erleben, was zur Entdeckung verschiedener Perspektiven führt, sowie zur Möglichkeit des Wechsels innerhalb derer. Diese Erfahrungen fördern somit nicht nur zentrale Reifungsvorgänge des Kindes, sondern auch die Ausbildung stabiler Bindungserfahrungen (Heberle 2006, Dammasch 2008).

Diese frühkindlichen Bindungserfahrungen des Kindes mit seinen Eltern ermöglicht die Bildung innerer Arbeitsmodelle in Form eines organisatorischen und regulativen Konzepts von Gefühlen, Erwartungen und Einschätzungen über das vermutete Verhalten von anderen und die darauf folgende eigene Reaktion. Sie wirken sich somit auf die spätere Selbst- und Persönlichkeitsentwicklung des Kindes aus und sind sowohl für die Bildung eines eigenen Selbstkonzepts von Bedeutung, als auch für die Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen im Umgang mit anderen Menschen. Dabei scheint die elterliche Verfügbarkeit und Feinfühligkeit eine entscheidende Rolle zu spielen, da sich nicht nur die körperliche und psychologische Abwesenheit der Eltern, sondern auch feindseliges, vernachlässigendes sowie überfürsorgliches Verhalten unter anderem auf die Entwicklung des Kindes sowie spätere Beziehungen auswirkt (Ziegenhain 2004).

4.2.6.2. Das mütterliche Beziehungsmuster

Das mütterliche Beziehungsmuster in den untersuchten Berichten ist sowohl durch harmonische, als auch durch disharmonische Begriffe geprägt. So werden die Mütter als liebende, sich wohlfühlende und zuwendende Personen beschrieben, die jedoch auch unzufrieden, ängstlich und zurückweisend sein können. Die wichtigste Rolle spielt hier jedoch die Dominanz der Mütter.

Da man im Allgemeinen davon ausgeht, dass das Mütterliche der Innbegriff des liebevollen, fürsorglichen und selbstlosen Verhaltens ist, überrascht es, doch so viele disharmonische Kategorien zu finden, wenn es um die Beschreibung des mütterlichen Beziehungsmusters

geht. Mitscherlich-Nielsen (1982) vertritt jedoch die Meinung, dass bestimmte mütterliche Merkmale wie Einfühlungsvermögen und Liebesfähigkeit keinesfalls geschlechtsspezifisch sind, sondern von der Gesellschaft als solche angesehen werden.

In der Untersuchung des Beziehungsmusters junger gesunder Frauen fand Zollner (1997) ebenfalls ein ambivalentes Mutter-Tochter-Verhältnis, das geprägt ist von paradoxen Botschaften, widersprüchlichen Signalen und gegensätzlichen Gefühlen. So scheinen Töchter es darauf anzulegen, mit ihren Müttern zu konkurrieren, sie zu überholen oder aber einen ganz anderen Lebensweg einzuschlagen. Innerhalb dieser ambivalenten Beziehung werden sowohl die Reaktionen der Mütter als auch die der Töchter hochsignifikant häufiger negativ gewertet. Wie bereits einleitend erwähnt, kann gerade dieses einerseits ambivalente, andererseits symbiotische Mutter-Tochter-Verhältnis mit Verdrängung des Vaters als triangulierendes Objekt zur Entstehung einer Hysterie beitragen (Rupprecht-Schampera 1997).

4.2.6.3. Das väterliche Beziehungsmuster

Bei Durchschau der Literatur stößt man immer wieder auf ziemlich widersprüchliche Beschreibungen des Vaterbildes. So erwähnt Borens (2006), dass der Vater einerseits als „abwesend, schwach, versagend“ dargestellt wird, man andererseits jedoch häufig „[...] über die Herrschaft oder die Tyrannei des Vaters [klagt], des Mannes in der patriarchalischen Familie und Gesellschaft [...]“ (S. 88).

Diese Aussage deckt sich sehr gut mit der Charakterisierung der Väter in der vorliegenden Arbeit. So wird deutlich, dass diese in den untersuchten DPV-Berichten als souverän, liebend, sich wohlfühlend und zuwendend beschrieben werden. Jedoch gelten sie auch als fremdbestimmte Personen, die sich eher aus der Interaktion zurückziehen. Dies überrascht nicht weiter, holt man sich das Bild der dominanten, beherrschenden und zurückweisenden Mütter ins Gedächtnis. So scheint es zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichts innerhalb des Familiensystems notwendig zu sein, dass sich ein Part zurückzieht, sobald der andere mehr Präsenz zeigt.

Viele psychoanalytische Bindungstheorien sehen in der Vaterfigur den „Befreier des Kindes aus der symbiotischen Verschmelzung mit der Mutter, als Förderer des Übergangs von der Zweier- zur Dreierbeziehung und somit der Individuation“ des Kindes (Heberle 2006, S.22). So fehlt das notwendige triadische Korrektiv, wenn der Vater an der Entwicklung seines Kindes kein Interesse zeigt, bzw. sich – wie in der vorliegenden Arbeit anzunehmen - von der Mutter aus dem Beziehungsgeschehen ausschließen lässt, was zu Störungen der Charakter-

bildung, der Individuierung und Autonomieentwicklung des Kindes führen kann. Des Weiteren kann der beschriebene Sachverhalt, wie bereits erwähnt, auch die Entwicklung einer bei den Patienten der untersuchten Psychoanalyseberichte vorliegenden Hysterie beitragen (Rupprecht-Schampera 1997).

4.2.7. Direkter Vergleich des Beziehungsmusters von Mutter und Vater

In der direkten Gegenüberstellung des mütterlichen und väterlichen Beziehungsmusters zeigt sich nochmals sehr schön die bereits oben genannte Tatsache, dass die Väter signifikant häufiger den defensiven, sich zurückziehenden Part innerhalb der Familie übernehmen, während die Mütter den offensiven, dominanten und zurückweisenden Part innehaben. Vergleicht man die herausgearbeiteten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit einer Studie von Bambey und Gumbinger (2006), so kann der hier beschriebene Vater dem Typus *randständiger Vater* zugeordnet werden. Die oben genannten Autoren fanden mithilfe einer umfangreichen Fragebogenerhebung sechs prägnante Vätertypen, die sich in der Beziehung zu und dem Umgang mit ihren Kindern, sowie ihrer Einstellung zur Vaterschaft unterscheiden. So gibt es den „*durchschnittlichen*“, den *partnerschaftlich, traditionellen*, den *randständigen*, den *distanziert, traditionellen*, den *unsicher, gereizten* sowie den *egalitären Vater*. Der von den Analysanden beschriebene Vätertypus deckt sich, wie bereits erwähnt, am ehesten mit dem *randständigen Vater*. So ist dieser davon geprägt, „dass er sich von der Mutter nicht akzeptiert, im Umgang mit dem Kind kritisiert und aus der Beziehung mit dem Kind eher ausgeschlossen fühlt.“ (S. 218). Der Vater sieht sich dabei „als passive[s] Opfer äußerer, [...] die Vater-Kind-Beziehung stark strukturierender ökonomischer Bedingungen oder der Dominanz der Mutter-Kind-Beziehung.“ (S. 218). Gleichzeitig ist er unsicher darüber, ob von ihm nicht eine größere Beteiligung an der Erziehung des Kindes erwartet wird, was sich negativ auf die Partnerschaft zwischen Mutter und Vater auswirken kann. Das Verhältnis des randständigen Vaters zum Kind ist zwar leicht distanziert, jedoch nicht unbedingt beeinträchtigt. Als Erklärungsversuch für die Randständigkeit des Vaters wird die „gate-keeping“-Theorie aufgeführt, die die Mutter im Kontext sozialhistorischer, -struktureller und kultureller Bedingungen zu der Annahme bewegt, das Verhalten des Vaters dem Kind gegenüber überwachen zu müssen. Kommt es nun in diesem Kontext zu konkurrierenden Beziehungsmustern mit gesteigerter Rivalität der Eltern, innerhalb derer den Müttern eine eher dominante Position zukommt, folgt daraus eine den Vater in den Hintergrund rückenden Mutter-Kind-Beziehung. Die Mütter werden somit zu machtvollen Figuren mit einer Furcht

einflößenden Fähigkeit, Personen aus einer Beziehung auszuschließen. Darüber hinaus erscheint es durchaus verständlich, dass die Kinder randständiger Väter diese nur bedingt als emotional zugewandt erleben können.

4.2.8. Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Therapeuten- und Patientengeschlecht, sowie von der jeweiligen Therapeuten-Patienten-Konstellation

Es soll nun der Frage nachgegangen werden, welchen Einfluss das Geschlecht des Therapeuten und des Patienten, sowie die jeweilige Geschlechterkonstellation von Therapeut und Patient auf die Beschreibung der Beziehungsmuster hat.

„Bereits 1920 hatte Freud erwogen, ob das reale Geschlecht des Analytikers bestimmte Übertragungen fördere, andere hingegen unterdrücke, d.h. ihre Wiederbelebung in der Übertragung schwermache“ (Klöß 1988, S.35). In den darauf folgenden Jahren wurde dieser Gedanke von verschiedenen Autoren aufgegriffen und kontrovers diskutiert. Nach Durchschau der Literatur kann man 3 verschiedene Gruppen aufzeigen (Bowman et al. 2001): Die Autoren der ersten Gruppe sind fest davon überzeugt, dass weibliche Therapeuten unabhängig vom Patientengeschlecht viel erfolgreicher und effektiver arbeiten als männliche Therapeuten dies tun. So beschreibt Carter (1971) in ihrer Abhandlung über die Vorteile eine Therapeutin zu sein, dass bei Frauen bereits in der Kindheit das Interesse an Mitmenschen und Beziehungen gefördert wird, ebenso Gefühle wahrzunehmen und auch auszudrücken. Im Gegensatz dazu, wird in der Erziehung von Jungen Wert gelegt auf Strenge, emotionale Kontrolle und eher der Umgang mit Gegenständen, als mit Menschen und Beziehungen. Aufgrund dessen ist es für Carter eindeutig, dass weibliche Therapeuten für diesen Beruf besser geeignet sind, besonders in der Behandlung von psychisch schwer kranken Menschen, weiblichen Delinquenten, Post-Adoleszenten, hysterischen Patientinnen und allgemein Frauen, die sich in einer Lebenskrise befinden.

Eine zweite Gruppe von Autoren ist der Auffassung, dass eine Therapie viel erfolgreicher verläuft, wenn eine gleichgeschlechtliche Paarung von Therapeut und Patient besteht. So äußern Beutler et al. (1994) nach Zusammenschau der Literatur, dass bis auf eine positiv bewertete Konstellation aus Therapeutin und Patientin, im Allgemeinen das Therapeutengeschlecht keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Sollte eine der beiden oben genannten Ansichten zutreffen, kann man hier jedoch von einem unglücklichen Sachverhalt

sprechen, dass die häufigste Konstellation innerhalb einer Therapie aus einem männlichen Therapeuten und einem weiblichen Patienten besteht (Bowman et al. 2001, Lang 2008). Eine dritte Gruppe vertritt nun die Meinung, es bestehe kein Einfluss des Therapeutengeschlechts auf den Therapieerfolg. Scher kam bereits 1975 zu diesem Schluss, aber auch Bowman et al. (2001) fanden in ihrer Metaanalyse von 64 Studien heraus, dass das Therapeutengeschlecht nur einen sehr schwachen Vorhersagewert für den Erfolg einer Psychotherapie darstellt.

Ob das Therapeutengeschlecht nun auch einen Einfluss auf die Beschreibung der Beziehungsmuster hat, soll nachfolgend diskutiert werden.

Geht man nun der Frage nach, ob sich das Patientengeschlecht auf die Charakterisierung des elterlichen, mütterlichen oder väterlichen Beziehungsmusters auswirkt, lassen sich in der vorliegenden Arbeit nur wenige signifikante Ergebnisse finden. Das Geschlecht des Patienten scheint sich somit, wenn überhaupt, nur gering auf die Beschreibung der Beziehungsmuster auszuwirken. In der vorliegenden Literatur finden sich diesbezüglich lediglich Studien, die einen Einfluss des Patientengeschlechtes auf den Therapieerfolg untersucht. So kommen bereits 1970 Meltzoff und Kornreich zu dem Schluss, dass kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Patientengeschlecht und dem Therapieerfolg besteht. Ebenso postuliert Garfield (1994) nach Zusammenschau verschiedener Studien, dass das Geschlecht des Patienten keine signifikante Variable in Bezug auf den Behandlungserfolg darstellt. Aber auch Backenstraß und Mundt (2007) finden diesbezüglich nur sehr wenige Studien, die überhaupt einen Einfluss des Patientengeschlechtes auf den Therapieerfolg herausarbeiten konnten.

Des Weiteren wurde in der vorliegenden Arbeit der Einfluss der Therapeuten-Patienten-Konstellation auf die Beschreibung des elterlichen, des mütterlichen, sowie des väterlichen Beziehungsmusters untersucht. Bei Durchsicht psychoanalytischer Literatur findet man viele Studien, in denen der Einfluss von Geschlechtsvariablen untersucht wurde, jedoch waren sowohl der Aufbau der Studien, als auch die Ergebnisse sehr unterschiedlich, sodass keine einheitliche Aussage über die Signifikanz des Therapeuten- bzw. des Patientengeschlechtes getroffen werden konnte. Meltzoff und Kornreich (1970) kamen zu dem Schluss, dass es bis dahin keine klare Grundlage für die Empfehlung gibt, einen Patienten eines bestimmten Geschlechts einem Therapeuten eines bestimmten Geschlechts zuzuweisen. Auch Mitscherlich-Nielsen (1982) beantwortete die Frage, ob es besser sei, eine Patientin einer

Therapeutin zuzuweisen als einem Therapeuten, mit einem klaren Nein. Sie ist der Auffassung, es komme weniger auf das Geschlecht des Psychoanalytikers an, sondern „vielmehr auf seine nicht geschlechtsgebundene Fähigkeit, sich sowohl auf die reale Situation einer Frau als auch auf deren individuelle psychische Verarbeitung wirklich einlassen zu können“ (S. 274). Jones und Zoppel (1982) kamen jedoch zu dem Ergebnis, dass das Geschlecht des Therapeuten sehr wohl einen Einfluss auf die Fähigkeit des Patienten habe, seine Gefühle besser wahrzunehmen und auch auszudrücken. Patienten beider Geschlechter waren sich einig, dass weiblichen Therapeuten besser in der Lage seien, eine effektive therapeutische Beziehung herzustellen, als ihre männlichen Kollegen. Besonders Patientinnen gaben an, sich von weiblichen Therapeuten viel besser verstanden gefühlt zu haben, beschrieben die Therapie als sehr emotional und schätzten somit auch den Behandlungserfolg viel höher ein. Auch Beutler et al. (1994) vertraten die These, dass, wenn sich das Therapeutengeschlecht überhaupt auf den Therapieerfolg auswirke, dann nur in der Konstellation weiblicher Therapeut – weiblicher Patient. Die aktuelle Literatur zeigt hingegen kaum einen direkten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Therapeuten und dem Behandlungserfolg (Beutler et al. 2004). Der von den oben genannten Autoren 1994 noch vermutete Einfluss gleichgeschlechtlicher Paarungen konnte somit nicht aufrechterhalten werden.

4.2.8.1. Das elterliche Beziehungsmuster

In der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass in den Abschlussberichten weiblicher Therapeuten die Eltern signifikant häufiger mit disharmonischen Kategorien beschrieben werden, als dies bei männlichen Therapeuten der Fall ist. Die Eltern werden von den Therapeutinnen als depressive bzw. resignierende und unzufriedene bzw. ängstliche Menschen dargestellt, die zudem noch fremdbestimmt und verärgert bzw. unsympathisch sind.

Es kann nun gemutmaßt werden, dass die Erklärung für diesen Sachverhalt darin liegt, dass Patienten beider Geschlechter ihren weiblichen Therapeuten gegenüber selbst für negative Empfindungen offener sind. So ist der Prototyp der Psychoanalytikerin laut Klöß-Rotmann und Kächele (2009) in seiner Behandlungstechnik sehr behutsam und einführend. Die Analytikerin legt weniger Wert auf Kontrolle und Struktur ihrer Therapiestunden und schafft somit mit einem guten Einfühlungsvermögen einen großen Spielraum für die Gefühle und Empfindungen des Patienten. Des Weiteren misst sie zwischenmenschlichen Beziehungen - besonders der zwischen Mutter und Kind - viel mehr Bedeutung bei, als ihre männlichen Kollegen dies tun. Um diesen Gedankengang fortzuführen, kann man in Erwägung ziehen,

dass diese Art von Mutter-Kind-Beziehung zwischen der Therapeutin und ihren Patienten zu der Schaffung eines geschützten Rahmens führt, in dem sich die Patienten trauen, entgegen der sozialen Erwünschtheit, ihre Eltern kritisch zu beurteilen.

Auch Jones und Zoppel kamen bereits 1982 zu dem Schluss, dass sich Patienten in der Behandlung mit einer Therapeutin sicherer fühlen, besonders vor Kritik und anderem therapeutischen Verhalten, das zum Anzweifeln ihrer Selbstachtung führt. Dies hat ein intensives Arbeitsverhältnis zur Folge.

Man muss an dieser Stelle natürlich darauf hinweisen, dass es sich bei den Berichten um von den Ausbildungskandidaten erstellte Schriftstücke handelt, die die Erzählungen ihrer Patienten zwar inhaltlich, aber nicht zwingend wörtlich wiedergeben. Es muss somit bedacht werden, dass es sich hierbei um die Wortwahl der Therapeuten handelt. Die oben genannten Autoren betonen, dass weibliche Analytikerinnen in ihren Berichten eher die positiven Seiten des Lebens hervorheben, was jedoch den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit widerspricht. In den untersuchten Abschlussberichten weiblicher Therapeuten findet man vorwiegend negative und disharmonische Attribute, wenn es um die Charakterisierung der Eltern geht.

Betrachtet man nun die Beschreibung des elterlichen Beziehungsmusters in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht, wird deutlich, dass weibliche Patienten ihre Eltern signifikant häufiger als souveräne Menschen beschreiben, als männliche Patienten dies tun.

Eine diesbezüglich vergleichbare Studie mit Patienten mit der Diagnose Hysterie lässt sich in der Literatur leider nicht finden. In einer Studie mit drogenabhängigen forensischen Patientinnen zeigt sich jedoch, dass diese ihre Eltern als sich zurückziehend charakterisieren (Albani et al. 2008b).

Richtet man sein Augenmerk an dieser Stelle auf die jeweiligen Konstellationen von Therapeuten- und Patientengeschlecht, sieht man, dass in den Abschlussberichten männlicher Therapeuten und weiblicher Patienten die Eltern signifikant häufiger als sich zuwendend beschrieben werden, als dies in anderen Konstellationen der Fall ist. Bereits 1988 bekundet Klöß in ihrer Abhandlung über den Einfluss des Therapeutengeschlechts auf die Gegenübertragung, dass sich der männliche Analytiker bei einer weiblichen Patientin ohne große Schwierigkeiten in seinen Gegenübertragungsphantasien in der Rolle des Vater-Geliebten erleben kann („direkte komplementäre Identifizierung“ (S. 58)). Möglicherweise begründet dies nicht nur die Beschreibung eines positiven väterlichen, sondern darüber hinaus, auch

eines positiven elterlichen Beziehungsmusters weiblicher Patienten ihren männlichen Therapeuten gegenüber.

4.2.8.2. Das mütterliche Beziehungsmuster

Untersucht man nun den Einfluss des Therapeuten- und des Patientengeschlechts, sowie die jeweiligen Geschlechterkonstellationen auf die Beschreibung des mütterlichen Beziehungsmusters, so wird bald deutlich, dass hier lediglich das Therapeutengeschlecht eine wichtige Rolle spielt. Es zeigt sich, dass in den DPV-Berichten weiblicher Therapeuten die Mütter signifikant häufiger mit disharmonischen Begriffen charakterisiert werden, als bei ihren männlichen Kollegen. Die Mütter der Patienten werden von den Therapeutinnen häufig als sich zurückziehend beschrieben.

Hypothetisch kann auch nun wieder die Theorie der einfühlsamen Behandlungstechnik weiblicher Therapeuten herangezogen werden. Aber auch Jones und Zoppel (1982) kamen zu dem Schluss, dass weibliche Therapeuten eine tolerante Haltung innerhalb der Behandlung zeigen, was zur Folge hat, dass ihre Patienten sie als akzeptierende, aufmerksame und verständliche Personen beschrieben, die in der Lage sind, ein effektives therapeutisches Arbeitsverhältnis zu schaffen. Dies führt wiederum zu einem größeren Behandlungserfolg, was hier nun eine mögliche Ursache dafür sein könnte, dass die Patienten sich selbst für unliebsame Erinnerungen und Gefühle der eigenen Mutter gegenüber öffnen und diese erfolgreich bearbeiten können.

Andererseits wäre es durchaus möglich, dass die analysierten Patienten ihre – wie angenommen – schwierige Beziehung zur eigenen Mutter auf die Therapeutin übertragen und somit die vorwiegend negativen Gefühle und Empfindungen der Mutter gegenüber wieder bewusst erleben und reinszenieren.

Ein Einfluss des Patientengeschlechts auf die Charakterisierung des mütterlichen Beziehungsmusters, konnte in der vorliegenden Arbeit nicht gefunden werden.

In der Literatur lässt sich keine vergleichbare Studie mit hysteriekranken Patienten finden. Bei Albani et al. (2008b) kam man bei einer Studie zu der Erkenntnis, dass weibliche Patienten zur Charakterisierung ihre Mütter eher disharmonischen Kategorien verwenden, wobei die Mütter als unzuverlässig, dominant und sich zurückziehend beschrieben werden. Drogenabhängige forensische Patientinnen beschreiben ihre Mütter als sich zurückziehend, liebend/ sich wohlfühlend, unzuverlässig und zurückweisend. Man muss jedoch darauf hin-

weisen, dass in den beiden oben angeführten Studien nur weibliche Probanden rekrutiert wurden, was die Aussagekraft bezüglich des Einflusses des Patientengeschlechts erheblich einschränkt.

In der vorliegenden Studie kann kein signifikanter Einfluss einer Geschlechterkonstellation von Therapeut und Patient auf die Beschreibung des mütterlichen Beziehungsmusters gefunden werden. Vergleichbare Literatur findet sich ebenfalls nicht.

4.2.8.3. Das väterliche Beziehungsmuster

Bei der Charakterisierung des väterlichen Beziehungsmusters ergab sich in den untersuchten 100 DPV-Abschlussberichten kein signifikanter Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Ausbildungskandidaten.

In den untersuchten Abschlussberichten werden, wie bereits oben erwähnt, sowohl die Eltern, als auch die Väter als souverän beschrieben. Dies geschieht jedoch signifikant häufiger in den Therapieberichten weiblicher als in denen männlicher Patienten. Man kann nun mutmaßen, ob diese Souveränität sowohl den Eltern als Einheit, als auch dem Vater zugeschrieben wird, oder ob sich die Charakterisierung der Eltern bei genauer Differenzierung nur auf den Vater bezieht.

Diese Erkenntnis lässt sich gut mit den Ergebnissen in der Monographie von Albani et al. (2008b) vergleichen, da die teilnehmenden weiblichen Probanden ihre Väter ebenfalls mit harmonischen Kategorien charakterisierten. Um diese Aussage zu präzisieren, muss man erwähnen, dass die Väter dort als liebend, sich zurückziehend, unterstützend und souverän beschrieben wurden, was ebenfalls gut zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie passt. Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass in der genannten Studie die Teilnehmer nur weiblichen Geschlechts waren und somit keine vergleichende Aussage zu den männlichen Patienten gemacht werden kann.

In den DPV-Berichten männlicher Ausbildungskandidaten über den Behandlungsverlauf ihrer weiblichen Patienten, findet man signifikant häufiger die Worte *sich zuwenden*, wenn es um die Charakterisierung der Väter geht, als dies bei anderen Geschlechterkonstellationen der Fall ist.

Man könnte hier einen Zusammenhang mit der Theorie der Übertragung bzw. Gegenübertragung für diesen Sachverhalt vermuten, wobei der männliche Therapeut in der Rolle des Vaters gesehen wird. So bekundet Klöß (1988), dass sich der männliche Analytiker bei einer weiblichen Patientin ohne große Schwierigkeiten in seinen Gegenübertragungsphantasien in der Rolle des Vater-Geliebten erleben kann („direkte komplementäre Identifizierung“, S.58)). Der Prototyp des männlichen Psychoanalytikers ist laut Klöß-Rotmann und Kächele (2009) ein Mensch, der zwar nicht als sich zuwendend erlebt wird, sondern eher als sachlich und höflich distanziert. Er ist jedoch innerhalb der Therapie sehr aktiv und strukturiert: er erklärt, macht Zusammenhänge klar, konfrontiert den Patienten und bringt somit Bewegung in die Therapie. Folglich sieht die Patientin in ihrem Therapeut den aktiven, bestimmenden und somit souverän wirkenden Vater und beschreibt diesen auch als solchen.

Die Distanziertheit des männlichen Therapeuten seiner Patientin gegenüber wird durch die oben genannten Autoren nach Durchschau der Literatur dadurch erklärt, dass bereits die „probeweise Identifizierung des männlichen Analytikers mit Frauen Kastrationsängste zu wecken vermag“ und das Weibliche somit als „wesensfremd“ empfunden wird (S. 257).

4.2.9. Zeitliche Entwicklung der Beziehungsmuster

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob und inwieweit sich das Bild der Eltern, der Mütter und Väter im Laufe der untersuchten Jahre 1971 – 1999 wandelte. In der Literatur findet man Belege dafür, dass die Reaktionen der Objekte während einer Kurzzeittherapie unverändert bleiben, die Reaktionen der Subjekte hingegen parallel zum Wohlbefinden des Patienten zunehmen (Schnekenburger 1993). Verinnerlichte Beziehungsmuster können sich im Laufe einer Therapie auch verändern, wofür aber eine sehr lange Therapiedauer notwendig ist (Wilczek et al., 2004). In der Untersuchung des Therapieverlaufs von Amalie X mittels der CCRT-LU-Methode konnte auch eine stetige Zunahme der positiven Reaktionen der Patientin verzeichnet werden, was für einen erfolgreichen Behandlungsablauf spricht (Albani et al. 2008d). Darüber hinaus liegen jedoch keine Studien über die Veränderung der zentralen Beziehungsmuster im Laufe einer Zeitspanne von mehreren Jahrzehnten vor.

Bei Betrachtung der Familiensoziologie kann man einen stetigen Wandel sowohl des Familienbegriffs, als auch der Geschlechterrolle von Mann und Frau nachweisen, was sehr wohl einen Einfluss auf innerfamiliäre Beziehungsmuster haben kann. So findet man in dem Familienbericht von 1994 die Aussage, dass sich in den vorausgegangenen 30 Jahren nicht nur die Formen familialen Zusammenlebens erheblich verändert haben, sondern auch die Aufgaben der Familien, sowie deren Verteilung und Wahrnehmung. Die patriarchalisch geprägte Familienstruktur wurde während der letzten Jahrzehnte zunehmend von partnerschaftlichen Formen des Zusammenlebens abgelöst. Vor allem aber für die Frauen wurden die Lebensperspektiven und Möglichkeiten vielgestaltiger. Eine alleinige Festlegung des Lebensentwurfs auf die Rolle von Ehefrau und Mutter existierte nicht mehr. Frauen hatten eigenständige Perspektiven für sich entwickelt und eine vom Ehemann unabhängige Lebensplanung verfolgt. Eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf scheiterte jedoch noch häufig an der sozialen Realität, da der Arbeitsmarkt oft volle Einsatzbereitschaft und berufliche Mobilität forderte und Betreuungsangebote für Kinder sowie Teilzeitangebote fehlten. Das Rollenverhalten der Männer folgte ebenfalls kaum der Ausweitung der Frauenrolle. So galt für Männer nach wie vor das Bild des vollzeiterwerbstätigen Mannes, der den Haushalt und die Kindererziehung seiner Partnerin überlässt.

Mit diesem Hintergrund kann man sich leicht vorstellen, dass dieser Wandel sich nicht nur in einer Veränderung des gesellschaftlichen Familienbegriffs niederschlägt, sondern auch in der Veränderung der Beziehungsmuster.

Abschließend ist es jedoch wichtig anzumerken, dass die Erzählungen der Patienten in den DPV-Berichten mit den Worten der Therapeuten wiedergegeben werden. Somit muss in Betracht gezogen werden, dass diese veränderten Ansichten bezüglich der Eltern, Mütter und Väter auch durch eine sich verändernde Wortwahl des Therapeuten bedingt ist. Aufgrund der Neuheit der Fragestellung findet sich jedoch diesbezüglich keine Literatur.

4.2.9.1. Zeitliche Entwicklung des elterlichen Beziehungsmusters

In den untersuchten DPV-Berichten konnte eine Veränderung des elterlichen Beziehungsmusters eruiert werden, und zwar dahingegen, dass in den aktuelleren Berichten die harmonischen Begriffe zunehmend an Bedeutung verloren. Früher wurden die Eltern als souverän, unterstützend, liebend/ sich wohlfühlend und als sich den Kindern zuwendend empfunden, wohingegen sie in den neueren Berichten eher als sich zurückziehend beschrieben werden.

Man kann nun davon ausgehen, dass die oben beschriebenen Veränderungen innerhalb der Institution Familie im Laufe der letzten Jahrzehnte (Familienbericht 1994) einen starken Einfluss auf das elterliche Beziehungsmuster hatten. Noch vor der Zeit des Wandels herrschte ein Bild der heilen Familie, dass man nach außen hin versuchte aufrecht zu erhalten. In dem vorherrschenden patriarchalischen Familiensystem respektierte und achtete man die Eltern, Kritik wurde, wenn überhaupt, nur sehr verhalten geübt. Die Entscheidungen des Vaters als Familienoberhaupt wurden respektiert und ohne diese in Frage zu stellen auch befolgt. Man kann sich gut vorstellen, dass diese alleinige Entscheidungsbefugnis unter anderem dem Vater eine gewisse Souveränität in den Augen der Kinder verlieh. Schmerl (2002) spricht in diesem Zusammenhang vom „patriarchal-ritterliche[n] Bild vom beschützenden Vater und Ehemann“ (S. 39). Dass die Mutter, deren Aufgabenbereich sich alleinig auf die Erziehung der Kinder und das Führen des Haushaltes beschränkte, von ihren Kindern als sich zuwendend, liebend und unterstützend empfunden wurde, überrascht ebenfalls nicht. Andererseits fand Belle (1990) in einer Untersuchung heraus, dass junge Ehefrauen, die mit mehreren Kleinkindern zuhause sind, die schlechteste psychische Befindlichkeit mit der höchsten Depressionsrate haben. Dies spricht natürlich gegen die Kategorie *sich wohlfühlen* (C) und führt auch zu Zweifeln daran, inwieweit sich eine Mutter, je nach Schwere der Depression, adäquat um ihre Kinder kümmern kann. Die Studie stammt jedoch aus einer Zeit nach dem Wandel der typischen Rollenaufteilung von Frau und Mann. So stieg nun die Zahl der jungen Frauen mit Ausbildung und einem Beruf, die ihre Erfüllung nicht mehr in der ausschließlichen Rolle als

Hausfrau und Mutter sahen, sondern sich auch im beruflichen Alltag etablieren wollten (Hartenstein et al. 1988). Dies führte zwangsläufig zu einer Einschränkung der Zeit, die für die Erziehung und Versorgung der Kinder zur Verfügung stand, was möglicherweise die Empfindungen der Kinder erklärt, ihre Eltern bzw. Mütter würden sich aus der Interaktion bzw. aus dem Familienleben zurückziehen.

4.2.9.2 Zeitliche Entwicklung des mütterlichen Beziehungsmusters

Das mütterliche Beziehungsmuster verändert sich, ähnlich dem elterlichen Beziehungsmuster, dahingegen, dass in den aktuelleren Berichten der Ausbildungskandidaten immer weniger harmonische Begriffe Verwendung finden. Die Souveränität der Mutter nimmt im Gegensatz zu früheren Berichten immer mehr ab. Hypothetisch kann man hier nun mutmaßen, dass durch den Wandel des patriarchalischen zum partnerschaftlichen Familiensystem, auch die Bereitschaft zur Kritik in den eigenen Reihen steigt. Gleichberechtigte Partner, wozu mittlerweile auch die Kinder einer Familie gehören, können ohne Angst vor Konsequenzen ihre Meinung frei äußern, sei es nun im positiven oder im negativen Sinne. Man ist auch in der Gesellschaft dazu übergegangen Missstände innerhalb der Familie offen anzusprechen, das Bild der heilen Familie nicht mehr um jeden Preis aufrechtzuerhalten.

Auch führte der Wandel der Geschlechterrollen zu vielen Auseinandersetzungen der Töchter mit ihren oftmals noch traditionell lebenden Müttern. Die neuere Generation von Frauen, die ein selbst bestimmtes Leben führen, sich in ihrem Beruf behaupten wollen und die Erfüllung ihres Daseins nicht einzig in der Kindererziehung und der Versorgung des Haushalts sehen, können oftmals kein Verständnis für ihre traditionellen Mütter aufbringen und wollen auch nicht so werden bzw. leben wie sie (Schrader 2008). Dieser Wandel könnte möglicherweise eine Erklärung für die zunehmend kritischere Sichtweise der Patienten ihren Müttern gegenüber darstellen bzw. auch verdeutlichen, warum die Mütter anscheinend ihre Souveränität eingebüßt haben.

4.2.9.3. Zeitliche Entwicklung des väterlichen Beziehungsmusters

Auch bei Betrachtung des väterlichen Beziehungsmusters im Wandel der Zeit zeigt sich die abnehmende Bedeutung harmonischer Begriffe. So wurden die Väter früher als dominanter empfunden. Es wurde aber auch das Bild eines Vaters kreiert, der sich seinen Kindern zuwendete, sie unterstützte, liebte und sich auch wohl zu fühlen schien. Diese Beschreibung

verschwand in jüngster Zeit zunehmend aus den Abschlussberichten und machte einem Vaterbild platz, das geprägt war von dem Rückzug aus der Interaktion mit seinen Kindern. Man kann hier nun erneut den Wandel des Familienbildes und der Geschlechterrollen anführen. Noch vor wenigen Jahrzehnten war der Vater das alleinige Familienoberhaupt, der in wichtigen Entscheidungen das letzte Wort hatte, „patriarchal-ritterlich“ und „beschützend“ war (Schmerl 2002, S.39). Die damalige Gesellschaft definierte zudem die Männlichkeit mit „Macht, Kontrolle, Führung und Dominanz“ (Hollstein 2002, S. 57). Somit ist es selbst erklärend, dass das Vaterbild in den früheren DPV-Berichten viel dominanter erschien. Zudem muss man bedenken, dass sich in jüngster Zeit die Frauen zunehmend selbst behaupten und die Familie eher als gleichberechtigte Partnerschaft zwischen dem Vater, der Mutter aber auch den Kindern angesehen wird. Somit wundert es nicht, dass die Vaterfigur an Dominanz verliert und sich eventuell auch aus dem Rampenlicht, dem Zentrum der Familie zurückzieht.

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit soll die mütterlichen und väterlichen Beziehungsmuster von Patienten mit der Hauptdiagnose Hysterie in der Psychoanalyse darstellen. Dazu wurde das Ulmer Fallarchiv der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung verwendet, eine Sammlung von mittlerweile über 1000 Abschlussberichten von Ausbildungskandidaten zum Psychoanalytiker. Auf ca. 20 Seiten werden der Ersteindruck, die Biografie des Patienten und der Therapieverlauf zusammenfassend geschildert. Gegenstand der Studie war neben dem Patientenalter, der Therapiedauer, dem Therapeuten- und Patientengeschlecht vor allem die elterlichen, mütterlichen und väterlichen Beziehungsmuster, sowie deren Abhängigkeit vom Patienten- und Therapeutengeschlecht, sowie von bestimmten Geschlechterkonstellationen. Des Weiteren wurden die zeitliche Veränderung der Beziehungsmuster sowie die Reliabilität der Berichte betrachtet. So wurden 100 Berichte aus dem Zeitraum 1971 - 1999 auf der Suche nach charakteristischen Beschreibungen der Mütter und Väter durchgearbeitet und diese anschließend mithilfe des Core Conflictual Relationship Theme – Systems (CCRT) kategorisiert.

In einer Vorstudie wurden Studierende der Universität Ulm anhand eines Fragebogens danach befragt, für wie weiblich oder männlich sie die einzelnen CCRT-Kategorien einschätzten. Diese Vorstudie darf jedoch nicht als vergleichende Normalstichprobe zur Hauptstudie verstanden werden, da sich sowohl die untersuchten Merkmale weiblich – männlich und mütterlich – väterlich, als auch die Methode der Merkmalerhebung voneinander unterscheiden.

Als wichtigste Ergebnisse der Vorstudie mit etwa 300 Studierenden sind zu erwähnen:

1. Die befragten Studierenden schreiben, unabhängig von ihrem Geschlecht, einer Frau vorwiegend liebevolle, fürsorgliche und unterstützende Eigenschaften zu, halten diese aber auch für ängstlich, unzufrieden, depressiv und fremdbestimmt.
2. Unabhängig vom Geschlecht der befragten Studierenden werden Männer als souveräne, liebevolle und unterstützende Menschen angesehen, die aber auch ärgern und angreifen können, unzuverlässig und zurückweisend sind.

Als wichtigste Ergebnisse der Hauptstudie mit 100 Abschlussberichten sind aufzuzeigen:

1. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung sind die Patienten im Mittel 33,5 Jahre alt und die Therapiedauer beträgt 413,60 Stunden.
2. Bei der Reliabilitätsprüfung anhand 20 Berichte zeigt sich nach Landis und Koch im Durchschnitt eine beachtliche Übereinstimmung („substantial agreement“).

3. Das elterliche Beziehungsmuster scheint liebevoll und sich zuwendend zu sein, wobei die Eltern als souverän, aber auch ängstlich, unzufrieden und zurückweisend gelten.
4. Die Patienten beschreiben ihre Mütter als äußerst dominante Personen, die liebevoll und zuwendend, aber auch unzufrieden, ängstlich und zurückweisend sein können.
5. Das Vaterbild zeigt einen Menschen, der zurückgezogen, fremdbestimmt und schwach ist, aber auch souverän, liebend und sich zuwendend sein kann.
6. Bei direktem Vergleich des väterlichen und mütterlichen Beziehungsmusters zeigt sich ein signifikanter Unterschied darin, dass Väter als zurückgezogen und souverän und Mütter als dominant und zurückweisend beschrieben werden.
7. Bei Betrachtung der Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Therapeutengeschlecht wird deutlich, dass Therapeutinnen die Eltern und Mütter signifikant häufiger mit disharmonischen Begriffen charakterisieren als ihre männlichen Kollegen dies tun. So beschreiben sie die Eltern als depressiv, unzufrieden und ängstlich, fremdbestimmt, verärgert und unsympathisch, die Mütter als sich zurückziehend.
8. Bei Betrachtung der Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht zeigt sich lediglich, dass Patientinnen sowohl ihre Eltern, als auch ihre Väter signifikant häufiger als souverän beschreiben als männliche Patienten dies tun.
9. Bei Betrachtung der Beziehungsmuster in Abhängigkeit bestimmter Geschlechterkonstellationen von Therapeut und Patient, zeigt sich, dass in der Konstellation Mann – Frau sowohl Eltern, als auch Väter signifikant häufiger als sich zuwendend charakterisiert werden, als die bei anderen Konstellationen der Fall ist.
10. Bei Untersuchung der zeitlichen Entwicklung der Beziehungsmuster zeigt sich in den aktuelleren Berichten eine seltenere Verwendung harmonischer Begriffe zur Charakterisierung der Eltern, der Mütter sowie der Väter. So scheinen die Eltern und Mütter ihre Souveränität einzubüßen, die Väter hingegen ihre Dominanz. Zudem gelten die Eltern und Väter als sich immer mehr zurückziehend und immer weniger als sich zuwendend, liebend und unterstützend.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die vorliegende Arbeit Ergebnisse liefert, die mit Vorbefunden aus der Literatur vereinbar sind. Die verwendete Stichprobe ist jedoch nicht repräsentativ; die Fallzahl der untersuchten Abschlussberichte aber beachtlich. Das Patientengut ist durch Ausbildungsrichtlinien selektiert und die vorliegenden Daten wurden nicht mit Befunden von Patienten mit anderen Diagnosen verglichen.

6. Literaturverzeichnis

1. Abelin L A: Die Theorie der frühkindlichen Triangulation. Von der Psychologie zur Psychoanalyse. In: Stork J (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung. Frommann-Holzboog, Stuttgart, S. 45 – 72 (1986)
2. Albani C, Pokorny D, Blaser G, Grüninger S, König S, Marschke F, Geißler I, Körner A, Geyer M, Kächele H: Re-formulation of Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) categories: The CCRT-LU category system. *Psychother Res* 12: 319 – 338 (2002)
3. Albani C, Geyer M, Pokorny D, Kächele H: Beziehungsstrukturen in der Psychotherapieforschung. Eine innerdeutsche Beziehungsgeschichte. In: Geyer M, Plöttner G, Villmann T (Hrsg.): Psychotherapeutische Reflexionen gesellschaftlichen Wandels. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt, S. 189 – 240 (2003)
4. Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H: Wie lassen sich Beziehungsstrukturen »messen«? In: Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H: Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik, Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 19 – 28 (2008a)
5. Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H: Beziehungsmuster im klinischen Kontext – klinisch relevante ZBKT-LU-Empirie. In: Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H: Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik, Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 79 – 124 (2008b)
6. Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H: Manual zur Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas (ZBKT). Ergänzungen und Weiterentwicklung der Leipzig-Ulmer ZBKT-Arbeitsgruppe (ZBKT-LU). In: Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H: Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik, Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 139 – 172 (2008c)

7. Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H: Datenanalyse mit ZBKT-LU. In: Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H: Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik, Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 173 – 211 (2008d)

8. Backenstraß M, Mundt C: Psychotherapie. In: Rohde A, Marneros A (Hrsg.): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart, S. 392 – 404 (2007)

9. Bambey A, Gumbinger H W: Der randständige Vater. In: Dammasch F, Metzger H G (Hrsg.): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main, S. 218 – 254 (2006)

10. Belle D: Der Stress des Versorgens: Frauen als Spenderinnen sozialer Unterstützung. In: Schmerl C, Nestmann F (Hrsg.): Ist Geben seliger als Nehmen? Frauen und Social Support. Campus, Frankfurt am Main, New York, S. 36 – 52 (1990)

11. Beutler L E, Machado P P P, Allstetter Neufeldt S: Therapist variables. In: Bergin A E, Garfield S L: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley & Sons, New York, Chichester, Brisbane, S. 229 – 269 (1994)

12. Beutler L E, Malik M, Alimohamed S, Harwood T M, Talebi H, Noble S, Wong E: Therapist variables. In: Lambert M J (Hrsg.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York, S. 227 – 306 (2004)

13. Blaß H: Sag mir, wo die Männer sind. In: Dammasch F, Metzger H G, Teising M (Hrsg.): Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main. S. 65 – 80 (2009)

14. Boothe B: Appell und Kontrolle. Beziehungsmuster in der männlichen Hysterie. In: Seidler G H: Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels. Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 166 - 193 (1996)

15. Borens R: Unser Vater/ Vater unser. In: Dammasch F, Metzger H G (Hrsg.): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main, S. 88 – 103 (2006)

16. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Fünfter Familienbericht: Familien und Familienpolitik im geeinigten Deutschland – Zukunft des Humanvermögens. Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission, Bonner Universitäts-Buchdruckerei (1994)
(Bericht vergriffen, liegt nur als gescannte Version vor unter:
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSEJ/Service/Publikationen/publikationen.did=3112.html>)

17. Cohen J A: A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement 20: 37 – 46 (1960)

18. core conflictual relationship theme leipzig – ulm: <http://ccrt-lu.org> (Stand 2010)

19. Dammasch F: Die alleinerziehende Mutter, das Schuldgefühl und die Lehrerin. In: Dammasch F, Metzger H G (Hrsg.): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main, S. 179 – 197 (2006)

20. Dammasch F: Triangulierung und Geschlecht. Das Vaterbild in der Psychoanalyse und die Entwicklung des Jungen. In: Dammasch F, Katzenbach D, Ruth J (Hrsg.): Triangulierung. Lernen, Denken, und Handeln aus psychoanalytischer und pädagogischer Sicht. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main, S. 13 – 39 (2008)

21. Deutsche Psychoanalytische Vereinigung: Ausbildungsrichtlinien: <http://www.dpv-psa.de>, Stand 2007

22. Diamond M J: Das Unbehagen der Männlichkeit. In: Dammasch F, Metzger H G, Teising M (Hrsg.): Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main, S. 161 – 199 (2009)

23. Garfield S L: Research on client variables in psychotherapy. In: Bergin A E, Garfield S L: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley & Sons, New York, Chichester, Brisbane, S. 190 – 228 (1994)
24. Gebhardt H: Vorurteile – Stereotype – Cliché. Versuch einer Begriffsbestimmung aus linguistischer Sicht. Linguistische Berichte 70: 51-62 (1980)
25. Hartenstein W, Bergmann-Gries J, Burkhardt W, Rudat R: Geschlechterrollen im Wandel. Partnerschaft und Aufgabenteilung in der Familie. W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 14 - 38 (1988)
26. Heberle B: Die frühe Vater-Kind-Beziehung. Wandlungen im psychoanalytischen Verständnis. In: Dammasch F, Metzger H G (Hrsg.): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main, S. 20 – 39 (2006)
27. Herzog J M: Frühe Interaktionen und Repräsentanzen: Die Rolle des Vaters in frühen und späten Triaden; der Vater als Förderer der Entwicklung von der Dyade zur Triade. In: Bürgin D (Hrsg.): Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft. Schattauer, Stuttgart, New York, S. 162 – 178 (1998)
28. Hoffmann S O: Die alte Hysterie in den neuen diagnostischen Glossaren. In: Seidler G H (Hrsg.): Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels. Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 1 – 9 (1996)
29. Hoffmann S O, Hochapfel G: Konversionsstörungen/ dissoziative Störungen der Bewegung und Sinnesempfindung. In: Hoffmann S O, Hochapfel G: Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, 7.Auflage, Schattauer, Stuttgart, S. 217 – 236 (2008)
30. Hollstein W: Der Mann als Täter und Opfer. Die Erkenntnisleistung der Männerforschung für den Kontext von Gesundheit und Krankheit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, S. 53 – 66 (2002)

31. Jones E E, Zoppel C L: Impact of Client and Therapist Gender on Psychotherapy Process and Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 259 – 272 (1982)
32. Klöß L: Geschlechtstypische Sprachmerkmale von Psychoanalytikern, Med. Dissertation, Universität Ulm (1988)
33. Klöß-Rotmann L, Kächele H: Gender-Prototypen des Be-Schreibens: Psychoanalytiker als Berichterstatter. In: Kächele H, Pfäfflin F (Hrsg.): *Behandlungsberichte und Therapiegeschichten. Wie Therapeut und Patient über Psychotherapie schreiben*, Psychosozial-Verlag, Giessen, S. 253 - 263 (2009)
34. Kohl F: Hysterie – Nosographisch-konzeptionelle und therapeutische Wandlungen in der Ära von Charcot zu Freud. In: Wahl G, Schmitt W (Hrsg.): *Besessenheit und Hysterie. Weinsberger Gespräche zur Geschichte der Seelenheilkunde*. Verlag Kommunikative Medien und Medizin, Reichenbach, S. 101 – 118 (2001)
35. Krech D, Crutchfield R S, Ballachey E: *Individual in society*. Graw Hill, New York, San Francisco, Toronto, S. 17 - 67 (1962)
36. Landis J R, Koch G G: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159 - 174 (1977)
37. Lang F U: Geschlechtskonstellationen, Diagnosen und sich daraus ergebende Wechselwirkungen in 926 psychoanalytischen Fallberichten im Zeitverlauf von 1969 bis 2006. Med. Dissertation, Universität Ulm (2008)
38. Luborsky L: Measuring a pervasive structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. In: Freedman N, Grand N (Hrsg.): *Communicative structures and psychic structures*. Plenum Press, New York, S. 367 – 395 (1977)
39. Luborsky L, Crits-Christoph P, Mellon J: The advent of objective measures of the transference concept. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 39 - 47 (1986)

40. Meltzoff J, Kornreich M: Research in psychotherapy. Atherton Press, New York, S. 230 - 336 (1970)
41. Mentzos S: Hysterie-Konzepte. In: Mentzos S: Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 31 - 40 (2004a)
42. Mentzos S: Hysterische Charakterbildung. In: Mentzos S: Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 59 - 74 (2004b)
43. Mentzos S: Interpersonale Aspekte. In: Mentzos S: Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 123 - 134 (2004c)
44. Metzger H G: Zwischen Dyade und Triade. Neue Horizonte und traditionelle Rollen für den Vater. In: Steinhardt K, Datler F, Datler J, Gstach (Hrsg.): Die Bedeutung des Vaters in der frühen Kindheit. Psychosozial, Gießen. S. 29 – 42 (2002)
45. Mitscherlich-Nielsen M: Gibt es Unterschiede in der Identität von männlichen und weiblichen Psychoanalytikern? Psyche 36: 267 – 276 (1982)
46. Pokorny D: Internalisierte Beziehungsmuster. Kumulative Habilitationsschrift, Universität Ulm (2010)
47. Riemann F: Die hysterischen Persönlichkeiten. In: Riemann F: Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. Ernst Reinhardt, München, S. 156 - 199 (1985)
48. Rupprecht-Schampera U: Frühe Triangulierung in der Hysterie. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse 7: 637 – 664 (1997)
49. Schachtel Z: Der „unmögliche Beruf“ – aus der Geschlechterperspektive. In: Alpert J: Psychoanalyse der Frau jenseits von Freud. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 249 – 268 (1992)

50. Schaps R: Die Geschichte der Hysterie im medizinischen Denken In: Schaps R: Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau. Campus, Frankfurt, New York, S. 18 - 54 (1992)
51. Scher M: Verbal activity, sex, counselor experience and success in counseling, Journal of Counseling Psychology 22: 97 – 101 (1975)
52. Schmerl C: Die Frau als wandelndes Risiko: Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung bis zur Frauengesundheitsforschung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, S. 32 – 52 (2002)
53. Schrader C: Weibliche Entwicklung und Emanzipation. In: Mitscherlich-Nielsen M, Moeslein-Teising I, Schrader C, Sellschopp A: Frau und Psychoanalyse in Deutschland. Ein Beitrag zur IPV-Tagung in Berlin 2007. Forum Psychoanal 24: 81 – 85 (2008)
54. Schulte-Markwort E: Moderne Ansätze im Verständnis von Besessenheit und Hysterie. In: Wahl G, Schmitt W (Hrsg.): Besessenheit und Hysterie. Weinsberger Gespräche zur Geschichte der Seelenheilkunde. Verlag Kommunikative Medien und Medizin, Reichenbach, S. 15 – 26 (2001)
55. Seidler G H: Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels. Ferdinand Enke, Stuttgart (1996)
56. Strauß B, Hartung J, Kächele H: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, S. 533 - 547 (2002)
57. Veith I: Four thousand years of hysteria. In: Horowitz M (Hrsg.): Hysterical personality. Jason Aronson, New York, S. 7 – 93 (1977)

58. Voigtländer A: Psychoanalytiker auf dem Prüfstand. Die Funktion der Abschlussberichte im Rahmen der Ausbildung. In: Kächele H, Pfäfflin F (Hrsg.): *Behandlungsberichte und Therapiegeschichten. Wie Therapeuten und Patienten über Psychotherapie schreiben.* Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 219 – 251 (2009)
59. Wilczek A, Weinryb R, Barber J P, Gustavsson J P, Asberg M: Change in the core conflictual relationship theme after long-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research* 14: 107 – 125 (2004)
60. Ziegenhain U: *Klinische Anwendung der Bindungstheorie in der frühen Kindheit.* Kumulative Habilitationsschrift, Universität Ulm (2004)
61. Zimmermann V: *Systematische Affektanalyse in Traumberichten depressiver und hysterischer Patienten.* Med. Dissertation, Universität Ulm (1995)

Anhang:

Tab. 1 : Vorstudie, Fragebögen von Studierenden (297 < n < 300)

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SA) der Zuordnung der Beziehungskategorien zu dem Attribut „weiblich“ auf einer Skala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem“. Kategorien nach dem sinkenden Mittelwert sortiert. Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

“weiblich”	MW	SA
C2 lieben	8,25	1,58
C1 nahe sein	8,23	1,47
B2 helfen	7,61	1,44
F2 sich fürchten, ängstlich sein	7,54	1,78
C5 gesund sein	7,28	2,08
E1 enttäuscht sein	7,23	1,93
C3 zuversichtlich, zufrieden, sinnlich vergnügt	7,19	1,63
F1 Schuld/Scham empfinden, unzufrieden sein	7,14	1,83
A2 akzeptieren, verstehen	7,07	1,63
H1 Ekel empfinden, verärgert sein	6,90	1,89
C4 sexuell aktiv sein	6,86	1,82
A1 explorieren, bewundern	6,80	1,71
D1 innerlich stark sein	6,69	1,81
M1 sich zurückziehen, sich zurückhalten	6,64	1,87
G1 abhängig sein	6,57	2,11
G2 schwach sein	6,47	2,13
D2 stolz, autonom sein	6,33	1,77
B1 erklären, bestätigen	6,31	1,68
J1 ignorieren, vorwerfen	6,21	2,28
E2 resignieren	6,11	2,11
J2 widersetzen, kritisieren	6,11	2,05
L1 jemanden ärgern	5,54	2,14
M2 sexuell inaktiv sein	5,46	2,35
M3 krank sein	5,24	2,29
I2 egozentrisch sein	5,11	2,12
H2 unsympathisch sein	5,09	2,25
K2 beherrschen	4,90	2,26
K1 schlecht sein	4,71	2,09
L2 angreifen	4,66	2,18
I1 vernachlässigen	4,10	2,03

Tab. 2: Vorstudie, Fragebögen von Studierenden (297 < n < 300)

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SA) der Zuordnung der Beziehungskategorien zu dem Attribut „**männlich**“ auf einer Skala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem“. Kategorien nach dem sinkenden Mittelwert sortiert. Harmonische Kategorien sind hellgrau, disharmonische **dunkelgrau** unterlegt.

„männlich“	MW	SA
C4 sexuell aktiv sein	8,53	1,51
D2 stolz, autonom sein	8,19	1,62
D1 innerlich stark sein	7,53	1,79
C2 lieben	7,22	1,66
L2 angreifen	6,98	2,05
C3 zuversichtlich, zufrieden, sinnlich vergnügt	6,83	1,67
C5 gesund sein	6,80	2,20
K2 beherrschen	6,79	2,25
B1 erklären, bestätigen	6,74	1,79
I2 egozentrisch sein	6,69	1,96
B2 helfen	6,48	1,63
J2 widersetzen, kritisieren	6,43	1,84
L1 jemanden ärgern	6,42	1,95
I1 vernachlässigen	6,36	2,01
C1 nahe sein	6,21	1,60
A2 akzeptieren, verstehen	5,83	1,68
H2 unsympathisch sein	5,73	2,19
E1 enttäuscht sein	5,69	1,90
A1 explorieren, bewundern	5,69	1,85
J1 ignorieren, vorwerfen	5,66	1,88
H1 Ekel empfinden, verärgert sein	5,39	1,87
E2 resignieren	5,33	2,13
K1 schlecht sein	5,17	2,17
F1 Schuld/Scham empfinden, unzufrieden sein	5,14	1,77
M1 sich zurückziehen, sich zurückhalten	5,08	1,99
M3 krank sein	5,05	2,42
F2 sich fürchten, ängstlich sein	4,44	1,82
G1 abhängig sein	4,18	2,04
G2 schwach sein	3,74	1,95
M2 sexuell inaktiv sein	3,35	2,06

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt

meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele für die hervorragende Betreuung bei der Erstellung der Dissertation,

Herrn PD Dr. Dan Pokorny für die hervorragende methodische Unterstützung,

meinen Eltern,

sowie

meinem Mann Fabian und unserer Tochter Mia Aurora.