

3. Entwurf

Psychoanalytische Fallberichte: Geschlechtskonstellationen und sich daraus ergebende Wechselwirkungen auf Diagnosen im Zeitverlauf von 1969 bis 2006

Fabian U. Lang, Dan Pokorny & Horst Kächele (Ulm)

Summary

Psychoanalytic case reports: constellations of gender and hence following reciprocal effects upon diagnoses in course of time from 1969 to 2006

Objectives: The study focuses on therapist's and patient's gender and hence following reciprocal effects and also on the diagnoses and the respective changes within the last four decades (divided in three periods).

Methods: The features were analysed by the above-mentioned criteria with descriptive statistics. The *Archive of Psychoanalytic Case Reports of Ulm* contains 926 reports of graduating candidates of psychoanalysis and represents the basis of the study.

Results: We demonstrate strong gender-related effects increasing over the three decades. There are statistical significant coherences concerning therapist's and patient's gender, diagnosis and course of time impacting also the use of diagnoses.

Discussion: Nevertheless the sample may not be representative of the all patients in psychoanalytic therapy because of unknown selection effects due training regulations.

Keywords: case study, gender effects

Zusammenfassung

Fragestellung: Die Studie fokussiert auf das Geschlecht von Therapeut und Patient und deren Wechselwirkungen auch in Hinsicht auf die gestellten Diagnosen und den jeweiligen Wandel innerhalb der vergangenen vier Dezennien (unterteilt in drei etwa gleich große Perioden).

Methode: Die Merkmale werden hinsichtlich der oben genannten Kriterien mit den Methoden der deskriptiven Statistik analysiert. Das *Ulmer Archiv psychoanalytischer Fallberichte* besteht aus 926 Abschlussarbeiten von DPV-Ausbildungskandidaten zum Psychoanalytiker und stellt die Grundlage für die Untersuchung dar.

Ergebnisse: Die vorliegende Untersuchung liefert statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen Therapeuten- und / oder Patientengeschlecht, Diagnose und Zeitverlauf. Diese Ergebnisse sind mit Vorbefunden aus der Literatur vereinbar.

Diskussion: Die Stichprobe ist vermutlich nicht repräsentativ für die anfallende Klientel von Patienten in psychoanalytischer Therapie, da es sich um ein durch Ausbildungsregeln selektiertes Patientengut handelt.

1. Einführung

Es wurde schon oft der Mangel an veröffentlichten psychoanalytischen Fallberichten beklagt (Michels 2000). Andererseits wurde bislang kaum über jene Fallberichte gesprochen, die zum Abschluß der psychoanalytischen Ausbildung verfasst werden, und die nach Meyer (1994) das mitgliederstärkste Taxon darstellen. An diesem Textkorpus, das in Ulm systematisch gesammelt wurde, und das jedes Jahr um weitere Berichte ergänzt wird, wurden bislang nur wenige Studien durchgeführt (z.B. Klöss-Rotmann 1987; Klöss-Rotmann et al. 2008). Unter den vielen potentiellen Fragestellungen, die mittels dieses Korpus untersucht werden können, haben wir uns für die Fragen der Geschlechterperspektive entschieden.

Das wachsende Interesse am Geschlecht als wichtigen Einflussparameter auf psychische Erkrankungen und die Aktualität entsprechender Fragestellungen wird mit der Veröffentlichung von entsprechenden Lehr- und Handbüchern, wie beispielsweise *Klinische Psychologie der Frau* (Franke u. Kämmerer 2002) und *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie* (Rohde u. Marneros 2007) deutlich.

Der Aspekt der gestellten Diagnosen und ihr Wandel in der Zeit ist neben dem Geschlechtseinfluss darauf auch Gegenstand dieser Arbeit; hierbei wird das Augenmerk insbesondere auf Geschlechtskonstellationen, Diagnosen, Wechselwirkungen und die jeweiligen Verläufe über die Zeit gerichtet, wie sie in psychoanalytischen Behandlungen beobachtet werden können.

So wurden in der vorliegenden Arbeit 926 psychoanalytische Fallberichte der *Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung* untersucht und hinsichtlich der Geschlechterkonstellation für Therapeut und Patient, der gestellten Diagnose im Allgemeinen und auch speziell der Diagnose in Abhängigkeit von der Geschlechterkonstellation ausgewertet. Um die zeitlichen Einflüsse deutlich zu machen, wurde das verfügbare Material in drei etwa gleich groß gewählten Zeitabschnitten von 1969 bis 2006 aufgeteilt (Tabelle 1).

3. Entwurf

Tabelle 1: Übersicht über die Verteilung der Patienten auf die drei Perioden

Perioden			
Periode	Zeitraum	Anzahl	Prozent
1	1969-1985	294	31.7
2	1986-1995	303	32.7
3	1996-2006	329	35.5
Gesamt		926	100.0

2. Patientengeschlecht im Zeitverlauf

Über den gesamten Beobachtungszeitraum sind circa zwei Drittel der Patienten weiblich und circa ein Drittel männlich. Diese Zusammensetzung des Gesamtpatientenkollektivs überrascht nicht. Nach Strauß et al. (2002) "erscheint die geschlechtsspezifische Inzidenz und Prävalenz von psychischen Störungen relativ konstant [...] und etwa in einem Verhältnis von 2:1 von Frauen und Männern" (S. 534). Auch in anderen Untersuchungen liegen ähnliche Verteilungsmuster vor, da sich "die vielen Studien aus dem Bereich der Psychotherapieforschung [...] meist auf Stichproben mit einem Geschlechterverhältnis von ca. zwei Dritteln Frauen zu einem Drittel Männer" beziehen (S. 535).

Allerdings zeigt sich doch im Zeitverlauf eine beträchtliche Veränderung in der Klientel der Ausbildungsfälle, wie Tabelle 2 aufweist:

3. Entwurf

Tabelle 2: Periode und Patientengeschlecht

		Patientengeschlecht		Insgesamt
		Frau	Mann	
Periode	1 1969-1985	165	129	294
		56.1%	43.9%	100%
	2 1986-1995	213	90	303
		70.3%	29.7%	100%
	3 1996-2006	257	72	329
		78.1%	21.9%	100%
Insgesamt	635	291	926	
	68.6%	31.4%	100%	

Aus der Sicht der Ausbildung in psychoanalytischer Therapie sind diese Verschiebungen doch Anlass zum Nachdenken; unterstellt man eine gewisse Repräsentanz der vorgestellten Ausbildungsfälle mit der Gesamtzahl der Ausbildungsfälle, müssen Fragen aufgeworfen werden. Der Rückgang männlicher Patienten dürfte die klinische Erfahrungsbasis nachhaltig einschränken

3. Geschlecht der Analytiker in Ausbildung

Die annähernd gleiche Verteilung von männlichen zu weiblichen Therapeuten während der letzten 37 Jahre *verdeckt* eine deutliche Umverteilung hin zu mehr weiblichen Therapeuten über die drei Einzelperioden. Betrug der Anteil weiblicher Therapeuten im ersten Drittel nur 43.9%, so nimmt dieser im letzten Drittel auf 68.6% zu (Tabelle 3):

3. Entwurf

Tabelle 3: Periode und Therapeutengeschlecht¹.

		Therapeutengeschlecht		Insgesamt
		Frau	Mann	
Periode	1 1969-1985	129 43.9%	165 56.1%	294 100%
	2 1986-1995	152 50.2%	151 49.8%	303 100%
	3 1996-2006	207 62.9%	122 37.1%	329 100%
Insgesamt		488 52.7%	438 47.3%	926 100%

Im Kontrast hierzu nahmen an der DPV-Katamnesen-Studie 50.6% weibliche und 49.4% männliche Analytiker teil (Rüger 2002, S. 48); dieser Befund ist in der Teilnahme vorweg von erfahrenen Psychoanalytikern begründet, deren Ausbildung schon längere Zeit zurückgelegen haben dürfte

4. Therapeuten- und Patientengeschlechtskonstellationen im Zeitverlauf

Die Therapeuten-Patienten-Konstellation *Frau/Frau* wird im Gesamtzeitraum mit 39.3% am häufigsten gebildet, gefolgt von der Konstellation *Mann/Frau* mit 29.3%. Es schließen sich die Paarungen *Mann/Mann* mit 18.0% und *Frau/Mann* mit 13.4% an.

Kandidatinnen stellen also in beinahe 3/4 ihrer Fälle weibliche Patienten und in etwa 1/4 der Fälle Männer vor. Auch die Kandidaten stellen, wie zu erwarten, überwiegend weibliche Patienten vor. Doch es lässt sich zeigen, dass Kandidatinnen für das Kolloquium Geschlechtsgenossinnen, Kandidaten wiederum Geschlechtsgenossen präferieren! Dieser Zusammenhang zwischen Therapeuten- und Patientengeschlecht ist statistisch signifikant mit $p = 0.001$ (Fisher Exakttests).

¹ Der Anteil weiblicher Therapeuten in den drei Perioden wurde mit dem Chi-Quadrat-Test und dem Fisherschen Exakttest verglichen. Die beobachteten Unterschiede zwischen den drei Perioden sind statistisch signifikant ($\chi^2 = 23.74$, Fg = 2, $p = 0.001$, Fisherscher Exakttest nach Monte-Carlo $p = 0.001$).

3. Entwurf

Tabelle 4: Therapeutengeschlecht und Patientengeschlecht in der Gesamt-Stichprobe

Ist		Patientengeschlecht			also davon auszugehen, zunehmend weibliche
		Frauen	Männer	Gesamt	
dass mehr	Frauen	364	124	488	
		74.6%	25.4%	100%	
	Männer	271	167	438	
		61.9%	38.1%	100%	
	Gesamt	635	291	926	
		68.6%	31.4%	100%	

Ausbildungskandidaten immer mehr weibliche Patienten behandeln und im Kolloquium vorstellen? Gibt es eine systematische Verschiebung hinsichtlich weiblicher Kollusionen? Auf diese Frage finden wir folgende Antwort:

Die Therapeuten-Patienten-Konstellation *Mann/Mann* nimmt stetig von 25.5% über 18.2% auf 11.2% ab (vgl. Tabelle 5). Im Gegensatz dazu nimmt die *Frau/Frau*-Kombination kontinuierlich von etwa einem Viertel in *Periode 1* über 38.6% in *Periode 2* auf über die Hälfte der Fälle in *Periode 3* zu. Die gemischt geschlechtliche Konstellation *Mann/Frau* bleibt über die ersten beiden Zeiträume annähernd gleich bei knapp einem Drittel der Fälle und sinkt dann auf circa ein Viertel in *Periode 3* ab. Die Therapeuten-Patienten-Paarbildung *Frau/Mann* nimmt von initial 18.4% hin auf circa 11 % ab. Männliche Patienten werden zwar absolut auch weniger, aber immer weniger wählen weibliche Therapeuten einen männlichen Patienten als Kolloquiumsfall.

Tabelle 5: Therapeuten-/ Patientengeschlecht und Perioden

		Therapeuten- / Patientengeschlecht				Insgesamt
		Frau/Frau	Frau/Mann	Mann/Frau	Mann/Mann	
Periode	1 1969-1985	75 25.5%	54 18.4%	90 30.6%	75 25.5%	294 100%
	2 1986-1995	117 38.6%	35 11.6%	96 31.7%	55 18.2%	303 100%
	3 1996-2006	172 52.3%	35 10.6%	85 25.8%	37 11.2%	329 100%
	Insgesamt	364 39.3%	124 13.4%	271 29.3%	167 18%	926 100%

Für eine Bewertung dieser Verschiebungen darf nicht vergessen werden, dass es die Fallberichte für eine Prüfungssituation verfasst werden. Es ist denkbar, dass weibliche Paarbildungen einen gesellschaftlichen Kontext reflektieren, indem Verstehensprozesse zwischen Frauen für solche Situationen geeigneter erscheinen. Kämmerer (2001) führt beispielsweise an, dass Frauen sich bevorzugt gegenüber anderen Frauen öffnen und dies insbesondere "dann, wenn eine enge Beziehung zu der an der Interaktion beteiligten Person besteht" (S. 75).

Und warum gehen männliche Dyaden systematisch über diesen langen Zeitraum zurück? Fürchten die Kandidaten, sich mit homosexuellen Übertragungskonstellationen zu zeigen? Hierbei handelt es sich um Fragen, die natürlich nun andere Methoden als die des statistischen Nachweises erfordern.

5. Diagnosen

Wir wenden uns nun den in den Fallberichten gestellten Diagnosen zu. Tabelle 6 vermittelt einen Überblick über 17 Diagnose-Gruppen². Deutlich wird, dass in allen drei Perioden *Hysterie* die am häufigsten gestellte Diagnose ist, gefolgt von *Depression*, *Narzisstische Störung*, *Angst*, *Identitätsproblematik*, *Psychosomatische*

² Für diese Erhebung wurden sprachlich vielfältig variierende Bezeichnung zu Diagnose-Gruppen zusammengefasst

3. Entwurf

Störung und schließlich *Zwang*. Die übrigen Diagnosen liegen mit ihren Häufigkeiten unter 4%.

3. Entwurf

Tabelle 6: Übersicht über die Einzeldiagnosen in den drei Perioden

Diagnose	Periode			Gesamt
	1969-1985	1986-1995	1996-2006	
Hysterie	83 28.2%	101 33.3%	73 22.2%	257 27.8%
Depression	28 9.5%	58 19.1%	104 31.6%	190 20.5%
Narzisstische Störung	24 8.2%	33 10.9%	52 15.8%	109 11.8%
Angst	30 10.2%	23 7.6%	27 8.2%	80 8.6%
Identitätsproblematik	23 7.8%	24 7.9%	9 2.7%	56 6%
Psychosom. Störung	9 3.1%	13 4.3%	19 5.8%	41 4.4%
Zwang	17 5.8%	9 3%	11 3.3%	37 4%
Frühe Störung	14 4.8%	12 4%	4 1.2%	30 3.2%
Beziehungsproblematik	14 4.8%	6 2%	2 0.6%	22 2.4%
Trauma	4 1.4%	4 1.3%	9 2.7%	17 1.8%
Autonomieproblematik	4 1.4%	3 1%	9 2.7%	16 1.7%
Persönlichkeitsstörung	5 1.7%	8 2.6%	2 0.6%	15 1.6%
Phallische Problematik	10 3.4%	0 0%	1 0.3%	11 1.2%
Anale Störung	8 2.7%	1 0.3%	0 0%	9 1%
Arbeitsstörung	4 1.4%	0 0%	2 0.6%	6 0.6%
Perversion	4 1.4%	0 0%	0 0%	4 0.4%
Sonstiges	13 4.4%	8 2.6%	5 1.5%	26 2.8%
Gesamt	294 100%	303 100%	329 100%	926 100%

3. Entwurf

5.1 Hysterie

In der vorliegenden Studie wurden unter dem Oberbegriff *Hysterie* überwiegend die Einzeldiagnosen *Hysterie* (40.1%) und *hysterische Neurose* (26.5%) zusammengefasst. Daneben tauchen eine Vielzahl von diagnostische Beschreibungen in den Fallberichten aus, die nach Lektüre der Berichte durchaus auch hier eingeordnet werden konnten. Die nach wie vor bestehende Unlust der Verfasser von Fallberichten und ihrer Supervisoren, sich der offiziellen ICD-Diagnostik anzuschliessen, schwächt solche Aussagen natürlich beträchtlich ab. Zum Beispiel ist es nur schwer möglich, anzugeben, ob auch die ICD-Diagnose *histrionische Persönlichkeitsstörung F60.4* in dieser Gruppe enthalten ist.

5.2 Depression

Hinter diesem Oberbegriff verstecken sich in die Einzeldiagnosen *depressive Neurose* (23.6%), *Depression* (17.8%), *Depression, neurotische* (10.5%), *neurotische Depression* (7.3%) und *depressiv-hysterische Neurose* (6.8%). Ähnlich klingende Diagnosen mit Häufigkeiten unter 4% sind nicht einzeln aufgeführt.

Zieht man zum Vergleich die zweithäufigste Diagnosegruppe der DPV-Studie von Leuzinger-Bohleber et al. (2002) heran, die affektiven Störungen nämlich, die dort mit 27.3%" angegeben werden (S. 81), so liegt weitgehende Übereinstimmung mit den von uns gefundene Werten vor.

Der statistisch signifikante Anstieg der Diagnose *Depression* im Zeitverlauf deckt sich mit anderen Ergebnissen aus der Literatur. So wird beispielsweise im *DAK-Gesundheitsreport 2005* angeführt, dass "depressive Störungen [...] in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg zu verzeichnen [haben]: Die Zahl der Ausfalltage stieg zwischen 2000 und 2004 um 42%, die Zahl der Erkrankungsfälle um 30%. [...] Der Anstieg der psychischen Erkrankungen insgesamt betrug zwischen 2000 und 2004 dagegen nur 19%" (S.64). Dieser Trend bestätigt sich auch bei uns

5.3 Narzisstische Störung

Es war zu erwarten, dass die Kategorie „Narzisstische Störung im Zeitraum von dreißig Jahren an Popularität gewinnen würde (Hartman 1997); in unserem Korpus steigt von eingangs 8,2% diese Diagnose auf den doppelten Wert im letzten Drittel an.

Der statistisch signifikante Anstieg der *Narzisstischen Störung* über die vergangenen vier Dezennien lässt sich auch anhand in der Literatur vorhandener Befunde bele-

3. Entwurf

gen. So beschreibt Lasch (1995a) "den zeitgenössischen Narzißmus als gesellschaftliches und kulturelles Phänomen" (S.64), resultierend aus einem "niedergelassenen Lebensstil - die Kultur des vom Konkurrenzdenken geprägten Individualismus, die in ihrem Niedergang die Logik des Individualismus ins Extrem eines Krieges aller gegen alle getrieben und das Streben nach Glück in die Sackgasse einer narzißtischen Selbstbeschäftigung abgedrängt hat" (Lasch, 1995b, S.14). Schon bei Thomä und Kächele (1976) führten aus, "daß narzißtische Störungen heute häufiger als früher diagnostiziert werden" (S.183). Die Autoren erklären dies durch die "Zunahme von Selbstunsicherheiten in unserer durch Auflösung und Umschichtung tradierter Werte und Normen gekennzeichneten Zeit", so dass "die psychoanalytische Interpretation des Narcissusthemas als Paradigma einer Selbst- und Wahrnehmungsstörung" verstanden werden muss" (S.189).

5.4 Phallische Problematik

Die statistisch signifikante Abnahme der Diagnosehäufigkeit von *Phallische Problematik* kann mit einer zunehmenden Abwendung von der Triebtheorie Freuds plausibel gemacht werden. Denn der Entwicklung der *Ich-Psychologie* in den 50er und 60er Jahren in den Vereinigten Staaten (Hartmann, 1950) folgte die Entwicklung der *Selbst-Psychologie* (Kohut, 1966) und last but not least die *Objekt-Psychologie* in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts (Sandler, 1983).

5.5 Identitätsproblematik

Als Erikson 1970 das Thema *Identität* in die Psychoanalyse einbrachte, erfreute sich die Diagnose *Identitätsproblematik* zunächst großer Beliebtheit. Offensichtlich ist diese Beliebtheit der Diagnose im Schwinden begriffen. Der zwar nicht statistisch signifikante, jedoch richtungsweisende Befund, dass die Diagnose *Identitätsproblematik* kontinuierlich von 1969 bis 2005 an Bedeutung verliert, lässt sich so gut nachvollziehen.

5.6 Persönlichkeitsstörung

Diese Diagnose beinhaltet zu etwas mehr als der Hälfte Patienten mit einer Borderline-Störung. Im Zeitverlauf steigt diese Diagnose in der Periode 1986 bis 1995 an und fällt dann wieder ab. Die Aussage, dass "Borderline-Störungen [...] in den letzten Jahren [...] nach Häufigkeit zu[nehmen]" (Deister 2005, S.351) deckt sich nicht mit

3. Entwurf

unserer Beobachtung in diesem Klientel, wobei die Gründe vermutlich in den technischen Problemen der Behandlung dieser Patientengruppe liegen dürften. Nicht zufällig wurden gerade für diese diagnostische Gruppe spezielle manualbasierte psychoanalytische und nicht-psychoanalytische Behandlungskonzepte entwickelt (Clarkin et al. 2000).

5.7 Zwang

Für den zwar nicht statistisch signifikanten, jedoch richtungsweisenden Befund, dass die Diagnose *Zwang* während der Periode von 1986 bis 1995 an Bedeutung verliert und anschließend wieder gewinnt, findet sich ein interessanter Hinweis. Die Psychoanalytikerin Frank (2007) kommentierte nämlich en passant, dass 1977 von "der Behandlung eines Zwangsneurotikers als Kolloquiumspatienten abgeraten [wird], da die Darstellung einer solchen Behandlung 'die Laune des Publikums verdirbt und Unwillen hervorruft'" (S.15).

5.8 Sonstige

Interessanterweise nimmt der Anteil der nicht in die oben aufgeführten diagnostische Gruppen einteilbaren Diagnosen mit dem Verlauf der drei Perioden ab. Eine mögliche Ursache könnte in einer wachsenden Akzeptanz der Operationalisierung psychoanalytischer Diagnosen und einem damit einhergehenden geringeren Spielraum in der Diagnosestellung liegen. Insbesondere die Tatsache, dass die Diagnosenverschlüsselung nach der ICD der WHO für die Krankenhäuser bereits seit 1968 (DDR) bzw. 1986 (Bundesrepublik) vorgeschrieben war, fällt auch zeitlich mit der Abnahme der Häufigkeit *sonstiger Diagnosen* zusammen. Ob das Erscheinen des multi-axialen Diagnostik-Manuals des *Arbeitskreises für operationalisierte psychodynamische Diagnostik* im Jahre 1996 hier schon Einfluss genommen hat, ist eher unwahrscheinlich.

6. Verteilung der Diagnosen auf die Geschlechter

Abschließend sollen nun die Zusammenhänge zwischen Geschlechtskonstellationen und Diagnosen betrachtet werden.

6.1 Therapeutengeschlecht

3. Entwurf

Wir können einige statistisch signifikante Befunde aufzeigen: weibliche Therapeuten vergeben häufiger die Diagnose *Identitätsproblematik* und *Depression* als ihre männlichen Kollegen und seltener die Diagnose *Angst*, sowie niemals die *Perversion*. Das Überwiegen der männlichen Therapeuten bei der Diagnose *Perversion* lässt sich möglicherweise damit erklären, dass die Supervisoren der Lehranalyse es eher männlichen Therapeuten zutrauen, sich in die häufig ebenfalls männlichen Patienten einzufühlen. So führt Sigusch (2005) an, dass "die bisherigen Perversionslehren [...] nur das männliche Geschlecht im Visier haben. Erst seit etwa zwei Jahrzehnten wird vereinzelt ernsthaft diskutiert, ob es Perversionsbildungen auch bei Frauen häufiger gibt" (S.130). In diesem Zusammenhang finden sich bei Becker (2005) Hinweise darauf, dass weibliche Perversion von der Umgebung häufig nicht als pervers erkannt wird, da bei Frauen der Fetisch oft das eigene Kind (Übergriffe der Mutter beispielsweise bei der Körperpflege) oder der eigene Körper (Bulimie, Anorexie, Autoaggression) ist.

6.2 Patientengeschlecht

Weibliche Patienten bekommen häufiger die Diagnose *Depression* gestellt. Kühner (2001) führt an, dass "Frauen und Männer [...] jedoch bei gleicher fremdbeurteilter Depressionsschwere auch vergleichbare Selbstbeurteilungen depressiver Symptomatik [angeben]" (S.176), womit eine geschlechtsunterschiedliche Bereitschaft, Symptome zuzugeben, als Erklärung ebenfalls ausfällt. Auch die Hypothese, dass Frauen und Männer Depression mit unterschiedlicher Symptomatik ausdrücken, nämlich bei Männern eher "über 'acting out' Symptome - und hier insbesondere über Alkoholmissbrauch bzw. Abhängigkeit -" (S.177), wird von Kühner (2001) bezweifelt. Für eine Affinität der Diagnose zum weiblichen Geschlecht spricht auch das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung, nämlich dass *Depression* dreimal häufiger von Frauen bei Frauen als bei Männern diagnostiziert wird, wobei der Therapeutinnenanteil bei der Vergabe der Diagnose auch insgesamt überwiegt.

Nicht unerwartet wird die Diagnose *Hysterie* signifikant häufiger an Frauen als an Männer vergeben. Spitzer und Freyberger (2007) weisen explizit "auf die Bedeutung des biologischen und soziokulturellen Geschlechts" bei dieser Erkrankung hin. Obwohl nach Schmerl (2002) das "das historisch überlieferte Bild der Hysterika als klassische Diagnose für Frauen in seine androzentrischen Klischeebestandteile zerlegt

3. Entwurf

[wurde]" (S. 39), bleibt die ausgeprägte Geschlechtsspezifität in diesen Berichten bestehen. Vielleicht entspricht nach Herpertz et al. (2007) der hysterische Charakter in vielen Aspekten dem, was mit Weiblichkeit und auch mit weiblicher Attraktivität assoziiert wird und deshalb bezeichnen sie "das Konzept der Hysterie als 'eine Karikatur der Weiblichkeit'" (S.220).

Hierfür könnte auch sprechen, dass "so gut wie alle psychoanalytischen Interpretationen hysterischer Konversionsreaktionen [...] mit dem Phallus assoziiert [sind], egal wie das Symptom aussieht [...]. Selbst wenn eine umfassendere Deutung, und man ist versucht zu sagen, *Beobachtung* zugelassen wird, wird der Kern der Konversionsreaktion stets am selben Ort gesucht" (Hoppe, 1991, S.177).

Möglicherweise ist für die erhöhte Zahl der Hysteriediagnosen bei Frauen die Ursache in einer doch nicht so kompletten Entfernung der genannten Klischees aus den Köpfen (männlicher ?) Therapeuten zu suchen. Ein weiterer Hinweis in diese Richtung könnte auch ein anderes Ergebnis dieser Arbeit sein, nämlich dass Männer diese Diagnose am häufigsten bei Frauen stellen. Unter Berücksichtigung der These von Spitzer und Freyberger (2007), die beinhaltet, dass die "Kategorie der dissoziativen Störungen [...] aus der 'alten Hysterie' hervorgegangen" (S.141) ist, können die von den Autoren hierzu publizierten Ergebnisse auf die *Hysterie* in der vorliegenden Arbeit übertragen werden: "Die Befundlage zu Geschlechtsunterschieden ist widersprüchlich" (S.145). Auch bei Herpertz et al. (2007) "findet sich [bezüglich der histrionischen Persönlichkeitsstörung] in systematischen Untersuchungen kein eindeutiges Überwiegen des weiblichen Geschlechts, vorausgesetzt, es werden halbstrukturierte Interviews auf der Basis der Klassifikationssysteme verwandt". Weiter heisst es, dass "in der klinisch-intuitiven Konzeptbildung der histrionischen Persönlichkeitsstörung [...] gewöhnlich deutliche Bezüge zum weiblichen Rollenstereotyp" (beides S.218) vorherrschen. Auch dies könnte möglicherweise für eine vorurteilsbedingte Überrepräsentation der Diagnose unter den weiblichen Patienten.

Das Gegenstück zur Hysterie, nämlich die *Narzisstische Persönlichkeitsstörung* wird im vorliegenden Korpus der Ausbildungsfälle interessanterweise überwiegend bei männlichen Patienten diagnostiziert. Allerdings stehen epidemiologische Untersuchungen zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung weitgehend aus, wie Herpertz et al. (2007, S.218) bemerken. Diese Autoren äußern die Vermutung, "dass das männliche Rollenstereotyp - wenn auch nicht unbedingt im Hinblick auf die definitori-

3. Entwurf

schen Kriterien der gängigen Klassifikationssysteme, so doch in der intuitiven Konzeptbildung des Kliniklers - [...] von der narzisstischen Persönlichkeitsstörung abgebildet wird. Mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung wird allgemein eine selbstherrliche Inszenierung eigener Fähigkeiten und Talente, die rastlose Suche nach Erfolg und Bewunderung sowie Egozentrismus assoziiert" (S.219). Es gibt also auch hier Hinweise darauf, dass es sich bei der Diagnose *narzisstische Störung*, wie möglicherweise auch bei der *Hysterie*, um ein geschlechtsspezifisches Klischee handeln könnte. Diese These wird gestützt durch unser Ergebnis, dass die Diagnose am häufigsten von Frauen an Männer vergeben wird. Auch die Diagnose *Trauma* wird bei Frauen häufiger gestellt als bei Männern. Als Ursache hierfür könnte eine in der Literatur beschriebene stärkere Vulnerabilität von Frauen sein (Teegen 2002).

6.3 Therapeuten- und Patientengeschlecht

Wir haben am diesem Psychoanalyse-Korpus nachgewiesen, dass die *Hysterie* von Männern an Frauen am häufigsten vergeben wird, an Männer hingegen am seltensten. Dies kann für die oben angeführte These sprechen, nach der es sich hierbei um Überrepräsentation der Frauen infolge eines geschlechtsspezifischen Klischees handelt. Auch die Tatsache, dass die *Narzisstische Störung* am häufigsten von Frauen an Männer und am seltensten an Frauen vergeben wird, lässt möglicherweise eine ähnliche Ursache vermuten.

Die Diagnose *Angst* wird häufig von Männern an Frauen vergeben und von Männern insgesamt doppelt so häufig wie von Frauen. Auch dies kann in der geschlechtsspezifischen Sozialisation von Männern begründet sein. Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit, dass *Trauma* eine insbesondere in der *Frau-Frau*-Konstellation auftretende Diagnose ist, kann dadurch zustande kommen, dass Frauen sich bevorzugt Frauen gegenüber öffnen, da häufig Männer die Ursache der Traumatisierung sind.

Fazit

Das Fazit dieser Untersuchung soll in einer Anregung münden. Psychoanalytische Fallberichte stellen eine reiche, durchaus eigenständige Textsorte dar, die bei sorgfältiger Archivierung durchaus gender-spezifische Tendenzen erkennen lässt, deren Wahrnehmung und Aufarbeitung zu einem Nachdenken über diagnostische Präferenzen in der psychoanalytischen Ausbildung beitragen kann.

3. Entwurf

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe OPD (Hg.) (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Bern: Huber.
- Becker S (2005): Das weibliche Körper selbst und die Perversion. Warum Frauen sexualisierte Aggression anders externalisieren als Männer. Forum Psychoanal 21, 242-254.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2000): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Stuttgart: Schattauer.
- DAK Versorgungsmanagement (Hg.) (2005): DAK-Gesundheitsreport 2005. Eigenverlag.
- Deister A (2005a): Persönlichkeitsstörungen. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie, S.349-369. Stuttgart: Thieme.
- Deister A (2005b): Sexuelle Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie, S.279-293. Stuttgart: Thieme.
- Erikson E H (1970): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frank C (2007): "Seitwärts"-Gehen. Zum Abbruch der Analyse einer Zwangskranken nach Symptomfreiheit. Jahrb Psychoanal 54, 11-41.
- Franke A, Kämmerer A (Hg.): Klinische Psychologie der Frau. Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann H (1950): Psychoanalysis and Developmental Psychology. Psychoanal Study Child 5, 7-17.
- Hartmann H P (1997): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 42, 69-84.
- Herpertz S, Habermeyer E, Habermeyer V (2007): Persönlichkeitsstörungen. In: Rohde A, Marneros A (Hg.): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie, S.212-224. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hoppe B (1991): Symptome: Ausdruck blockierter weiblicher Genitalität oder Symbole des Umbruchs. In: Hoppe B (Hg.) Körper und Geschlecht. Körperbilder in der Psychotherapie, S.170-190. Berlin: Reimer.
- Kämmerer A (2001): Weibliches Geschlecht und psychische Störung - Epidemiologische, diagnostische und ätiologische Überlegungen. In: Franke A, Kämmerer A (Hg.): Klinische Psychologie der Frau, S.51-88. Göttingen: Hogrefe.

3. Entwurf

- Klöß-Rotmann L (1987): Geschlechtstypische Sprachmerkmale von Psychoanalytikern. Med. Dissertation Universität Ulm.
- Klöß-Rotmann L, Pirmoradi S, Kächele H (2008): Psychoanalytiker als Berichterstatler: Gender-Prototypen des Be-Schreibens. Forum der Psychoanalyse, eingereicht.
- Kohut H (1969): Die psychoanalytische Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. *Psyche - Z Psychoanal* 23, 321-349.
- Kühner C (2001): Affektive Störungen. In: Franke A, Kämmerer A (Hg.): *Klinische Psychologie der Frau*, S.165-208. Göttingen: Hogrefe.
- Lasch C (1995a): Die narzißtische Persönlichkeit unserer Zeit. In: Lasch C (Hg.): *Das Zeitalter des Narzissmus*, S.59-83. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Lasch C (1995b): Vorwort. In: Lasch C (Hg.): *Das Zeitalter des Narzissmus*, S.11-18. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Leuzinger-Bohleber M, Fischmann T, Rüger B (2002): Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Therapien - Ergebnisse im Überblick. In: Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Stuhr U, Beutel M (Hg.): "Forschen und Heilen" in der Psychoanalyse. *Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis*, S.75-109. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meyer AE (1994): Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-Darstellung - Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. *Z Psychosom Med Psychoanal* 40, 77-98.
- Michels R (2000): The psychoanalytic case study. *J Am Psychoanal Ass* 48, 355-375
- Rohde A, Marneros A (Hg.): *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Rüger B (2002): Statistisches Design und Repräsentativität. In: Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Stuhr U, Beutel M (Hg.): "Forschen und Heilen" in der Psychoanalyse. *Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis*, S.46-58. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sandler J (1983): Die Beziehung zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. *Psyche - Z Psychoanal* 37, 577-595.
- Schmerl C (2002): Die Frau als wandelndes Risiko: Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung bis zur Frauengesundheitsforschung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, S.32-52. Bern: Huber.

3. Entwurf

Sigusch V (2005): Notiz zur weiblichen Perversion. In: Sigusch V (Hg.): Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion, S.130-134. Frankfurt: Campus.

Spitzer C, Freyberger H J (2007): Dissoziative Störungen. In: Rohde A, Marneros A (Hg.): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie, S.141-158. Stuttgart: Kohlhammer.

Strauß B, Hartung J, Kächele H (2002): Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, S.533-540. Bern: Huber.

Teegen F (2001): Traumatische Gewalterfahrungen und Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Franke A, Kämmerer A (Hg.): Klinische Psychologie der Frau, S.255-284. Göttingen: Hogrefe.

Thomä H, Kächele H (1976): Bemerkungen zum Wandel neurotischer Krankheitsbilder. Psychother Med Psychol 26, 183-190.