

FABIAN U. LANG, DAN POKORNY UND HORST KÄCHELE, ULM

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

Übersicht: 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 Dezzennien (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 und -kandidatinnen zum Psychoanalytiker und stellt die Grundlage für die Untersuchung dar. Ergebnisse: Wir können starke geschlechtsabhängige Effekte zeigen, die über die drei Perioden zunehmen. 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: Nichtsdestotrotz ist die Stichprobe vermutlich nicht repräsentativ für die anfallende Klientel von Patienten in psychoanalytischer Therapie, da es sich um ein durch Ausbildungsregeln selektiertes Patientengut handelt.

Schlüsselwörter: Fallstudie; geschlechtsspezifische Auswirkungen

1. Einführung

Immer wieder wird der Mangel an veröffentlichten psychoanalytischen Fallberichten beklagt (z. B. 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 und jedes Jahr um weitere Berichte ergänzt wird, wurden bislang nur wenige Studien durchgeführt (z. B. Klöß-Rotmann 1987; Klöß-Rotmann et al. 2009). 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 bzw. Gender als wichtigen Einflußparameter auf psychische Erkrankungen und die Aktualität entsprechender Fragestellungen wird mit der Veröffentlichung von ent-

* Bei der Redaktion eingegangen am 13. 11. 2008.

sprechenden Lehr- und Handbüchern, wie beispielsweise *Klinische Psychologie der Frau* (Franke & Kämmerer 2001) und *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie* (Rohde & Marneros 2007), deutlich.

Neben dem Geschlechtseinfluß ist auch der Aspekt der gestellten Diagnosen und ihr Wandel in der Zeit Gegenstand dieser Arbeit; hierbei wird das Augenmerk insbesondere auf Geschlechterkonstellationen, 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* (DPV) untersucht und hinsichtlich der Geschlechterkonstellation, der gestellten Diagnose im allgemeinen und 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 gewählte Zeitabschnitte von 1969 bis 2006 aufgeteilt (Tabelle 1).

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 ca. zwei Drittel der Patienten weiblich und ca. ein Drittel männlich. Diese Zusammensetzung des Gesamtpatientenkollektivs überrascht nicht. Nach Strauß, Hartung & Kächele (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:

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 %

Fisher Exakttest (3x2-Tabelle): $p \leq 0.001$

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 schmälern.

3. Geschlecht der Analytiker in Ausbildung

Die annähernd gleiche Verteilung von männlichen zu weiblichen Therapeuten während der letzten 37 Jahre *verdecks* eine deutliche Umverteilung hin zu mehr Therapeutinnen 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).

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.

Tabelle 3: Periode und Therapeutengeschlecht.

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

Fisher Exakttest (3x2-Tabelle): $p \leq 0.001$

4. Therapeuten- und Patientengeschlechterkonstellationen im Zeitverlauf

Die Therapeuten-Patienten-Konstellation *Frau/Frau* wird im Gesamtzeitraum am häufigsten gebildet, gefolgt von der Konstellation *Mann/Frau*. Es schließen sich die Paarungen *Mann/Mann* und *Frau/Mann* an (Tabelle 4).

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 $p \leq 0.001$ (Fisher Exakttests).

Ist also davon auszugehen, daß zunehmend mehr weibliche Ausbildungskandidaten immer mehr weibliche Patienten behandeln und im Kolloquium vorstellen? Gibt es eine systematische Verschiebung hinsichtlich weiblicher Paarbildungen? Auf diese Frage finden wir folgende Antwort:

Die Therapeuten-Patienten-Konstellation *Mann/Mann* nimmt über die Zeit stetig ab (vgl. Tabelle 5). Im Gegensatz dazu nimmt die *Frau/Frau*-Kombination kontinuierlich von etwa einem Viertel in *Periode 1* 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 ca.

Tabelle 4: Therapeutengeschlecht und Patientengeschlecht in der Gesamt-Stichprobe

		Patientengeschlecht		
		Frauen	Männer	Gesamt
Therapeutengeschlecht	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 %

Fisher Exakttest: $p \leq 0.001$

ein Viertel in *Periode 3* ab. Die Therapeuten-Patienten-Paarbildung *Frau/Mann* nimmt im Verlauf 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	54	90	75	294
		25.5 %	18.4 %	30.6 %	25.5 %	100 %
	2 1986-1995	117	35	96	55	303
		38.6 %	11.6 %	31.7 %	18.2 %	100 %
	3 1996-2006	172	35	85	37	329
		52.3 %	10.6 %	25.8 %	11.2 %	100 %
	Insgesamt	364	124	271	167	926
		39.3 %	13.4 %	29.3 %	18 %	100 %

Fisher-Exakttest, 3x4-Tabelle (1000000 Monte-Carlo-Simulationen¹): $p \leq 0.001$

¹ Bei komplexeren Häufigkeitstabellen ist die Berechnung des verallgemeinerten exakten Fishertests wegen des zu hohen rechnerischen Aufwandes nicht praktisch durchführbar. Daher werden die exakten Werte mit den auf dem Zufall basierenden Monte-Carlo-Simulationen geschätzt. Diese Methode liefert immerhin zuverlässigere Aussagen als der klassische Chi-Quadrat-Test nach Pearson.

Für eine Bewertung dieser Verschiebungen darf nicht vergessen werden, daß 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 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-Gruppen (für diese Erhebung wurden sprachlich vielfältig variierende Bezeichnungen zu Diagnose-Gruppen zusammengefaßt). Deutlich wird, daß insgesamt *Hysterie* die am häufigsten gestellte Diagnose ist, gefolgt von *Depression*, *Narzisstische Störung*, *Angst*, *Identitätsproblematik*, *Psychosomatische Störung* und schließlich *Zwang*. Die übrigen Diagnosen liegen mit ihren Häufigkeiten unter 4 %.

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 diagnostischen Beschreibungen in den Fallberichten aus, die nach gemeinsamer 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.

Tabelle 6: Übersicht über die Einzeldiagnosen in den drei Perioden

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

Globaler Fisher-Exakttest (1000000 Monte-Carlo-Simulationen): $p \leq 0.001$ Lokale Fisher-Exakttests: grau unterlegt bei $p \leq 0.05$

5.2 Depression

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

Zieht man zum Vergleich die zweithäufigste Diagnosegruppe der DPV-Studie von Leuzinger-Bohleber, Fischmann & Rüger (2002) heran, die affektiven Störungen nämlich, die dort mit 27.3 % angegeben werden (S. 81), so liegt weitgehende Übereinstimmung mit den von uns gefundenen 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 (Hartmann 1997); in unserem Korpus steigt diese Diagnose von eingangs 8,2 % 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 belegen. So beschreibt Lasch (1995) »den zeitgenössischen Narzißismus als gesellschaftliches und kulturelles Phänomen« (S. 64), resultierend aus einem »niedergehenden 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« (S. 14). Schon Thomä & 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 gekenn-

zeichneten 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 *Phallischer 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 1969) 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 Hochschätzung einer schwer faßbaren Diagnose im Schwinden begriffen. Der statistisch signifikante Befund, daß die Diagnose *Identitätsproblematik* von 1969 bis 2005 an Bedeutung verliert, läßt sich so gut nachvollziehen.

5.6 Zwang

Für den statistisch signifikanten Befund, daß die Diagnose *Zwang* ab der Periode von 1986 bis 1995 an Bedeutung verliert, 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).

5.7 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[neh-

men]« (Deister 2005a, S. 351), trifft für das Klientel der Ausbildungsfälle nicht zu; die Gründe liegen vermutlich in den technischen Problemen der Behandlung dieser Patientengruppe. Nicht zufällig wurden gerade für diese diagnostische Gruppe spezielle manualbasierte psychoanalytische und nicht-psychoanalytische Behandlungskonzepte entwickelt (Clarkin et al. 2000).

5.8 Sonstige

Interessanterweise nimmt der Anteil der nicht in die oben aufgeführten diagnostischen 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 Diagnostikstellung 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 die Erscheinung des multiaxialen 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 Geschlechterkonstellationen und Diagnosen betrachtet werden.

6.1 Therapeutengeschlecht

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 Perversionenlehren [...] 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 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 & Freyberger (2007) weisen explizit »auf die Bedeutung des biologischen und soziokulturellen Geschlechts« bei dieser Erkrankung hin. Obwohl nach Schmerl (2002) »das historisch überlieferte Bild der Hysterika als klassische Diagnose für Frauen in seine androzentrischen Klischeebestandteile zerlegt [wurde]« (S. 39), bleibt die ausgeprägte Geschlechtsspezifität in diesen Berichten bestehen. Vielleicht entspricht nach Herpertz, Habermeyer & Habermeyer (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, *Beob-*

achtung 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 bevorzugt bei Frauen stellen. Unter Berücksichtigung der These von Spitzer & 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, Habermeyer & Habermeyer (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 sprechen.

Das Gegenstück zur Hysterie, nämlich die *Narzißtische Störung*, wird im vorliegenden Korpus der Ausbildungsfälle interessanterweise überwiegend bei männlichen Patienten diagnostiziert. Allerdings stehen epidemiologische Untersuchungen zur narzißtischen Persönlichkeitsstörung weitgehend aus, wie Herpertz, Habermeyer & Habermeyer (2007, S. 218) bemerken. Diese Autoren äußern die Vermutung, »daß das männliche Rollenstereotyp – wenn auch nicht unbedingt im Hinblick auf die definitorischen Kriterien der gängigen Klassifikationssysteme, so doch in der intuitiven Konzeptbildung des Klinikers – [...] 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 2001).

6.3 Therapeuten- und Patientengeschlecht

Wir haben an 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 genderspezifischen 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 könnte in einer Anregung münden. Psychoanalytische Fallberichte stellen eine reiche, durchaus eigenständige Textsorte dar, die bei sorgfältiger Archivierung durchaus genderspezifische Tendenzen erkennen läßt, deren Wahrnehmung und Aufarbeitung zu einem Nachdenken über diagnostische Präferenzen in der psychoanalytischen Ausbildung beitragen kann.

Adresse der Verf.: Prof. Dr. Horst Kächele, Klinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Am Hochsträß 8, 89081 Ulm.
E-Mail: horst.kaechele@uni-ulm.de

BIBLIOGRAPHIE

- Arbeitsgruppe OPD (Hg.) (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern (Huber).
- Becker, S. (2005): Das weibliche Körperselbst und die Perversion. Warum Frauen sexualisierte Aggression anders externalisieren als Männer. *Forum Psychoanal* 21, 242–254.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2000): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Stuttgart (Schattauer).
- DAK Versorgungsmanagement (Hg.) (2005): DAK-Gesundheitsreport 2005. Hamburg (Eigenvorlag).

- Deister, A. (2005a): Persönlichkeitsstörungen. In: Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. 3., überarb. Aufl. Stuttgart, New York (Thieme), 349–369.
- (2005b): Sexuelle Störungen. In: Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. 3., überarb. Aufl. Stuttgart, New York (Thieme), 279–293.
- Erikson, E.H. (1970 [1959]): *Identität und Lebenszyklus*. Übers. K. Hügel. Frankfurt/M (Suhrkamp).
- Frank, C. (2007): »Seitwärts«-Gehen. Zum Abbruch der Analyse einer Zwangsranken nach Symptombefreiheit. *Jahrb Psychoanal* 54, 11–41.
- Franke, A. & Kämmerer, A. (Hg.) (2001): *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.), 212–224.
- Hoppe, B. (1991): Symptome: Ausdruck blockierter weiblicher Genitalität oder Symbole des Umbruchs. In: Dies. (Hg.): *Körper und Geschlecht. Körperbilder in der Psychotherapie*. Berlin (Reimer), 170–190.
- Kämmerer, A. (2001): Weibliches Geschlecht und psychische Störung – Epidemiologische, diagnostische und ätiologische Überlegungen. In: Franke, A. & Kämmerer, A. (Hg.): 51–88.
- Klöß-Rotmann, L. (1987): *Geschlechtstypische Sprachmerkmale von Psychoanalytikern*. Med. Diss., Universität Ulm.
- Klöß-Rotmann, L., Pirmoradi, S. & Kächele, H. (2009): Psychoanalytiker als Berichterstatter: Gender-Prototypen des Be-Schreibens. *Forum Psychoanal* (im Druck).
- 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.), 165–208.
- Lasch, C. (1995 [1979]): *Das Zeitalter des Narzißmus*. Übers. G. Burmundt. 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.E.: »Forschen und Heilen« in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Stuttgart (Kohlhammer), 75–109.
- Meyer, A.E. (1994): Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-darstellung – Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. *Z Psychosom Med Psych* 40, 77–98.
- Michels, R. (2000): The case history. *J Am Psychoanal Ass* 48, 355–375.
- Rohde, A. & Marneros, A. (Hg.) (2007): *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Rüger, B. (2002): Statistisches Design und Repräsentativität. In: Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U. & Beutel, M.E. (2002): »Forschen und Heilen« in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Stuttgart (Kohlhammer), 46–58.
- Sandler, J. (1983): Die Beziehungen 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*. Bern (Huber), 32–52.
- Sigus, V. (2005): Notiz zur weiblichen Perversion. In: Ders.: *Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion*. Frankfurt/M. (Campus), 130–134.
- Spitzer, C. & Freyberger, H.J. (2007): Dissoziative Störungen. In: Rohde, A. & Marneros, A. (Hg.), 141–158.
- 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*. Bern (Huber), 533–540.
- Teegen, F. (2001): Traumatische Gewalterfahrungen und Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Franke, A. & Kämmerer, A. (Hg.), 255–284.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1976): Bemerkungen zum Wandel neurotischer Krankheitsbilder. *Psychother Med Psychol* 26, 183–190.

Summary

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

Résumé

Présentation de cas psychanalytiques: les constellations sexuelles et les effets réciproques qui en résultent sur les diagnostics pendant la période 1969–2006. – L'étude se focalise sur le genre sexuel du thérapeute et celui du patient ainsi que sur leurs interactions aussi en ce qui concerne les diagnostics établis et les différents changements qui ont eu lieu au cours des quatre décennies passées (divisées en trois périodes ayant à peu près la même durée). Eu égard aux critères évoqués ci-dessus, les caractéristiques sont analysées avec les méthodes de la statistique descriptive. Les *Archives d'Ulm des présentations cas psychanalytiques (Ulmer Archiv psychoanalytischer Fallberichte)* sont constituées de 929 travaux de fin de formation des candidats pour devenir psychanalyste dans le cadre de la formation de la DPV et elles fournissent la base de l'étude. On peut montrer d'importants effets en fonction du genre sexuel. L'étude ici présentée démontre des liens statistiquement significatifs entre le genre sexuel du thérapeute et/ou du patient, le diagnostic et l'évolution dans le temps. Ces résultats sont compatibles avec les résultats préalablement trouvés dans la littérature. L'échantillon n'est sans doute pas représentatif des patients qui suivent une thérapie psychanalytique puisqu'il s'agit de patients sélectionnés d'après les règles de formation.

Mots clés: présentation de cas; effets relatifs au genre sexuel