

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 Holzimmer  
Arad / Rumänien  
2010

Amtierender Dekan: Prof. Dr. med. Klaus-Michael Debatin

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

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

Tag der Promotion:

## Inhaltsverzeichnis

	Inhaltsverzeichnis	I
	Abkürzungsverzeichnis	II
1.	Einleitung	1
1.1.	Hysterie	
1.2.	Core Conflictual Relationship Theme Method	
2.	Material und Methode	
2.1.	Material: 300 Studierende: Was ist weiblich, was ist männlich?	
2.2.	Material: 100 DPV-Abschlussberichte	
2.3.	Methode	
3.	Ergebnisse	
3.1.	Vorstudie: 300 Studierende	
3.1.1.	Attribut „weiblich“	
3.1.2.	Attribut „weiblich“ – eine detaillierte Darstellung	
3.1.3.	Attribut „männlich“	
3.1.4.	Attribut „männlich“ – eine detaillierte Darstellung	
3.1.5.	Was ist weiblich, was ist männlich? Darstellung der CCRT-LU-Cluster-Kategorien	
3.1.6.	Was ist weiblich, was ist männlich? Detaillierte Darstellung der CCRT-LU-Standardkategorien	
3.2.	Hauptstudie: 100 DPV-Abschlussberichte	
3.2.1.	Gruppeneinteilung	
3.2.2.	Patientenalter	
3.2.3.	Therapiedauer	
3.2.4.	Jahr des Kolloquiums	
3.2.5.	Das Beziehungsmuster der Eltern, Mütter und Väter	
3.2.6.	Das Beziehungsmuster von Mutter und Vater – eine detaillierte Darstellung	
3.2.7.	Direkter Vergleich des Beziehungsmusters von Mutter und Vater	
3.2.8.	Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht	
3.2.9.	Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Therapeutengeschlecht	
3.2.10.	Therapeuten-Patienten-Konstellationen	
3.2.11.	Zeitliche Entwicklung der Beziehungsmuster	
3.2.12.	Reliabilität	

- 4. Diskussion
  - 4.1. Vorstudie: 300 Studierende
    - 4.1.1. Attribut „weiblich“
    - 4.1.2. Attribut „männlich“
    - 4.1.3. Was ist weiblich, was ist männlich?
  - 4.2. Hauptstudie: 100 DPV-Abschlussberichte
    - 4.2.1. Gruppeneinteilung
    - 4.2.2. Patientenalter
    - 4.2.3. Therapiedauer
    - 4.2.4. Jahr des Kolloquiums
    - 4.2.5. Das Beziehungsmuster der Eltern, Mütter und Väter
    - 4.2.6. Direkter Vergleich des Beziehungsmusters von Mutter und Vater
    - 4.2.7. Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht
    - 4.2.8. Das Beziehungsmuster im Abhängigkeit vom Therapeutengeschlecht
    - 4.2.9. Therapeuten-Patienten-Konstellation
    - 4.2.10. Zeitliche Entwicklung der Beziehungsmuster
    - 4.2.11. Reliabilität
- 5. Zusammenfassung
- 6. Literaturverzeichnis
  - Anhang
  - Danksagung
  - Lebenslauf

## 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
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 Product and Service Solution
t	t - Test, t - Statistik
Tab.	Tabelle
v. Chr.	vor Christus
w	Geschlecht: weiblich

W	Wünsche, Bedürfnisse, Absichten
WO	Objektbezogene Wünsche, Bedürfnisse, Absichten
WS	Subjektbezogene Wünsche, Bedürfnisse, Absichten
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 „Zentrale Beziehungs-Konflikt Methode“ (engl. Core Conflictual Relationship Theme Method) geben, um später auf die konkrete Anwendung im Falle der vorliegenden Arbeit einzugehen.

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 17:52  
Gelöscht: e

### 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 & Hochapfel 2008).

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 17:52  
Gelöscht: ,

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.

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 17:53  
Gelöscht: Über

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 früher 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 Ödipus-komplexen 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 poly-symptomatisches Bild - da er der Meinung war, die Konversionssymptome reichten viel weiter als die hysterische Dynamik (Hoffman & 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

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 17:54  
Gelöscht: und

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 17:55  
Gelöscht: ,

(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

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 17:56  
Gelöscht: m

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-) Partnern 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?

## 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, eingereicht). 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 nun eine einheitliche Liste der 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.ccr-lu.org](http://www.ccr-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: 300 Studierende: 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 300 Medizinstudenten der Universität Ulm verteilt. Der Fragebogen umfasste 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 Cluster- bzw. Standardkategorien ihrer Meinung nach waren. 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.

Der Fragebogen kann dem Anhang entnommen werden.

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:03  
Gelöscht: Durchführung

### 2.2. Material: 100 DPV-Abschlussberichte

Die *Deutsche Psychotherapeutische 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 4x25 Fälle aus einem bestimmten Zeitraum etwa gleichmäßig verteilt ausgewählt. Da jedoch nur eine bestimmte Anzahl an Exemplaren im Ulmer DPV-Fallarchiv vorhanden sind, 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:

Aus dem Deckblatt der Abschlussberichte wurden Informationen zur Hauptdiagnose Hysterie gewonnen, sowie zum Patienten- und Therapeutengeschlecht, wobei dies an dem Vornamen des Therapeuten, bzw. an der männlichen oder weiblichen Endung des Wortes „Patient“ ausgemacht wurde. Ebenfalls dem Deckblatt entnommen wurde 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/der Patienten/ -in zu machen. Anschließend wurden im Bericht genannte Adjektive gesammelt, die der/die Patient/ -in zur Charakterisierung seiner/ihrer Mutter bzw. seines/ihrer Vaters verwendete. Die ausschlaggebenden Fragen dabei waren: Wie wirkt die Mutter bzw. der Vater auf den/die Patienten/ -in 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 bzw. kannten es nur aus Erzählungen von Familienangehörigen und Verwandten. Wusste der/die Patient/ -in nichts über einen Elternteil, konnte kein Adjektiv dokumentiert werden. 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. 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 zu korrigieren. Ziel war es, sicherzustellen, dass damit das genaueste Bild des entsprechenden Elternteils aufgezeigt wird. Kategorisiert wurden die entsprechenden Adjektive anhand des CCRT-LU-Kategorien-systems (Core Conflictual Relationship Theme Method - Leipzig - Ulm). Um die Reliabilität zu überprüfen, wurden abschließend 20 der 100 Exemplare stichprobenartig ausgewählt und von einer unabhängigen 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, eingereicht). 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 hierarchisch gestalteten Kategoriensystems bei.

In einer Beziehungsepisode werden vier Komponenten bestimmt:

- WS-Komponente: Subjektbezogene 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 Punkte A-D als harmonisch und E-M als disharmonisch zusammenfasst.

Vorab soll eine Übersicht über die einzelnen Cluster gegeben werden, wobei eine vollständige Liste dem Anhang 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 nicht nur dem Kind, d.h. dem Patienten, sondern auch dem restlichen Umfeld 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: 300 Studierende**

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 den einzelnen Clustern bzw. Standardkategorien auf einer Skala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem“ zuordnen, 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.

Anmerkend soll hier darauf hingewiesen werden, dass in den folgenden Tabellen dieser Arbeit die harmonischen Kategorien zur übersichtlicheren Darstellung hellgrau unterlegt wurden.

##### **3.1.1. Attribut „weiblich“**

In Tabelle 1 sind die einzelnen Cluster-Kategorien des CCRT-LU-Systems in absteigender Reihenfolge sortiert nach dem Mittelwert aufgeführt, die von den Probanden mit dem Attribut „weiblich“ belegt wurden. 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 *unzufrieden sein, Angst haben* (F), welches Platz 2 der Tabelle belegt.

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.

Man kann somit sagen, dass bei den teilnehmenden Probanden das Bild einer Frau bzw. des Weiblichen immer noch eng mit harmonischen Attributen, wie den oben genannten, verbunden ist.

Tab. 1: Attribut „**weiblich**“, in absteigender Reihenfolge sortiert nach dem Mittelwert.

Harmonische Kategorien sind hellgrau unterlegt. ( $297 \leq n \leq 300$  Studierende)

MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung.

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



### 3.1.2.        Attribut „weiblich“ – eine detaillierte Darstellung

Die folgende Tabelle gibt eine detaillierte Übersicht über die einzelnen Standardkategorien, die von den befragten Probanden dem Attribut „weiblich“ zugeordnet wurden. Bereits bei der ersten Betrachtung der Tabelle wird aufgrund der farblichen Markierung sichtbar, dass den Frauen eher die harmonischen Standardkategorien des CCRT-LU-Systems zugeordnet werden. Ganz oben in der Tabelle und somit mit dem höchsten Mittelwert steht *lieben* (C2), gefolgt von Kategorie C1 (*nahe sein*). Auch *helfen* (B2), *sich fürchten*, *ängstlich sein* (F2) und *gesund sein* (C5) werden mit hohen Mittelwerten häufig als eher weiblich angesehen.

Mit den niedrigsten Mittelwerten bilden Standardkategorie K2 (*beherrschen*), K1 (*schlecht sein*), L2 (*angreifen*) und I1 (*vernachlässigen*) die Schlusslichter der Tabelle und werden somit am wenigsten häufig dem Attribut „weiblich“ zugeordnet.

Zusammenfassend zeigt sich auch hier wieder, dass einer Frau eher liebevolle, helfende, zuwendende Eigenschaften zugesprochen werden, beherrschende, angreifende und vernachlässigende Eigenschaften hingegen eine untergeordnete Rolle spielen.

Tab. 2: CCRT-LU-Standardkategorien, die dem Attribut „weiblich“ zugeordnet werden, in absteigender Reihenfolge sortiert nach dem Mittelwert. Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt.  
(293 ≤ n ≤ 300 Studierende) MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung.

		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

### 3.1.3. Attribut „männlich“

Nun wird das Augenmerk auf jene Kategorien gelegt, die mit dem Attribut „männlich“ assoziiert werden. Bei Betrachtung der Tabelle 3 sieht man, dass hier ebenfalls die harmonischen Clusterkategorien im Vordergrund stehen. So sehen die 300 befragten Studenten Eigenschaften, wie beispielsweise *souverän sein* (D) und *lieben, sich wohlfühlen* (C), am häufigsten als männlich an. Die disharmonische Kategorie L (*ärgern, angreifen*) scheint jedoch ebenfalls eine Rolle zu spielen. Darauf folgend zeigt sich erneut die harmonische Clusterkategorie B (*unterstützen*).

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 unten stehenden Tabelle.

Um dem Leser einen abschließenden Überblick zu geben, ist es wichtig zu betonen, 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.

Tab. 3: Attribut „**männlich**“, in absteigender Reihenfolge sortiert nach dem Mittelwert.  
 Harmonische Cluster-Kategorien sind hellgrau unterlegt. ( $297 \leq n \leq 300$  Studierende)  
 MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung.

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

#### 3.1.4. Attribut „männlich“ – eine detaillierte Darstellung

Es soll nun ebenfalls für das Attribut „männlich“ eine detaillierte Übersicht gegeben werden. Bereits auf den ersten Blick sieht man, dass, genau wie bei der vorherigen Tabelle, auch hier die harmonischen Standardkategorien bevorzugt ausgewählt wurden.

C4 (*sexuell aktiv sein*) wurde von den Probanden am stärksten den Männern zugeordnet, gefolgt von Standardkategorie D2 (*stolz, autonom sein*). Des Weiteren spielen *innerlich stark sein* (D1) und *lieben* (C2) eine wichtige Rolle. Aber auch die disharmonische Standardkategorie L2 (*angreifen*) muss genannt werden.

Am wenigsten als „männlich“ angesehenen wird *sich fürchten, ängstlich sein* (F2), *abhängig sein* (G1), *schwach sein* (G2) und *sexuell inaktiv sein* (M2). Die genannten disharmonischen Standardkategorien bilden mit den niedrigsten Mittelwerten den Abschluss der Tabelle.

Man kann somit sagen, dass dem Männlichen genau wie dem Weiblichen liebevolle Eigenschaften zugesagt werden, jedoch die sexuelle Aktivität hier eine wichtige Rolle zu spielen scheint und häufiger Attribute verwendet werden, die dem Mann zuschreiben, stolz, autonom, stark, zufrieden, zuversichtlich und gesund zu sein, er jedoch auch eher angreift und beherrscht.

Tab. 4: Standardkategorien, die dem Attribut „**männlich**“ zugeordnet werden, in absteigender Reihenfolge sortiert nach dem Mittelwert. Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. ( $293 \leq n \leq 300$  Studierende)  
MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung.

		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

### 3.1.5. Was ist weiblich, was ist männlich?

#### Darstellung der CCRT-LU-Cluster-Kategorien

In der unten stehenden Tabelle 5 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) häufiger mit dem Weiblichen assoziiert wird. Dasselbe gilt für die Cluster-Kategorie G (*fremdbestimmt sein*), A (*sich zuwenden*) sowie M (*sich zurückziehen*), die alle signifikant häufiger dem weiblichen Attribut zugeordnet werden ( $p < 0,001$ ).

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. Die genannten Kategorien werden unter anderen signifikant häufiger mit dem Adjektiv „männlich“ in Verbindung gebracht ( $p < 0,001$ ).

Somit kann man die Aussage treffen, dass, bei Gegenüberstellung der beiden Attribute „weiblich“ und „männlich“, die befragten Studierenden meist disharmonische Kategorien verwenden. Bei genauer Betrachtung der Tabelle stellt man jedoch einige Unterschiede fest. Zusammenfassend werden Frauen eher passive Eigenschaften zugesagt, wie beispielsweise ängstlich, unzufrieden, fremdbestimmt, depressiv, aber auch zuwendend und liebend zu sein, wohingegen Männer eher in einer aktiveren Rolle gesehen werden. So sollen diese dominierend, souverän, unzuverlässig und aggressiver sein.

Tab. 5: Cluster-Kategorien der Attribute „weiblich“ und „männlich“, sortiert nach der Effektstärke. Mittelwerte und Effektstärke sind fett gedruckt. ( $297 \leq n \leq 300$  Studierende)  
 Rot = weiblich, Blau = männlich; MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung,  
 ES = Effektstärke, t = t-Test, p = Signifikanz.

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



### 3.1.6. Was ist weiblich, was ist männlich?

#### Detaillierte Darstellung der CCRT-LU-Standardkategorien

In der folgenden Tabelle 6 soll analog zu Abschnitt 3.1.5. eine Übersicht über die Standardkategorien des CCRT-LU-Systems gegeben werden, die im Rahmen einer Umfrage von den teilnehmenden Probanden auf einer Skala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem“ als weibliche oder männliche Eigenschaft eingeordnet werden. Die Sortierung der Tabelle erfolgt nach der Effektstärke. Zur übersichtlicheren Darstellung wurden erneut Mittelwerte bzw. Effektstärken, die für das Attribut „weiblich“ von Bedeutung sind, rot dargestellt, wobei die blaue Farbe für das Attribut „männlich“ verwendet wurde.

Betrachtet man nun die folgende Tabelle, wird offensichtlich, dass *sich fürchten, ängstlich sein* (F2) signifikant häufiger als weiblich eingestuft wird. Dasselbe gilt für *schwach sein* (G2) und *nahe sein* (C1). Auch Standardkategorie G1 (*abhängig sein*) wird signifikant häufiger mit dem Attribut „weiblich“ assoziiert. Des Weiteren ist an dieser Stelle *Schuld/Scham empfinden, unzufrieden sein* (F1) zu nennen.

Disharmonischen Kategorien wie *vernachlässigen* (I1) und *angreifen* (L2) werden signifikant häufiger mit dem Attribut „männlich“ assoziiert. Jedoch spielen auch harmonische Kategorien eine Rolle. So ist der folgenden Tabelle zu entnehmen, dass die befragten Probanden auch *stolz, autonom sein* (D2) und *sexuell aktiv sein* (C4) signifikant häufiger als männliche Eigenschaft ansehen.

Man kann somit zusammenfassend sagen, dass auch in dieser Tabelle erneut gehäuft disharmonische Kategorien zur Charakterisierung beider Geschlechter verwendet werden. Bei der Gegenüberstellung wird jedoch wieder deutlich, dass Frauen viel häufiger nachgesagt wird, sie seien ängstlich, würden sich fürchten und seien schwach, wohingegen Männer eher als vernachlässigend, angreifend, stolz, und autonom angesehen werden.

Tab. 6: Standardkategorien der Attribute „weiblich“ und „männlich“, sortiert nach der Effektstärke. Mittelwert und Effektstärke sind fett gedruckt. ( $293 \leq n \leq 300$  Studierende).  
 Rot = weiblich, Blau = männlich; MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung,  
 ES = Effektstärke, t = t-Test, p = Signifikanz

			„weiblich“		„männlich“		ES	t	p
			MW	SA	MW	SA			
↑ „weiblich“	F2	sich fürchten, ängstlich sein	<b>7,54</b>	1,78	<b>4,44</b>	1,82	<b>+1,72</b>	+22,96	< 0,001
	G2	schwach sein	<b>6,47</b>	2,13	<b>3,74</b>	1,95	<b>+1,34</b>	+17,67	< 0,001
	C1	nahe sein	<b>8,23</b>	1,47	<b>6,21</b>	1,60	<b>+1,31</b>	+19,01	< 0,001
	G1	abhängig sein	<b>6,57</b>	2,11	<b>4,18</b>	2,04	<b>+1,15</b>	+16,59	< 0,001
	F1	Schuld/Scham empfinden, unzufrieden sein	<b>7,14</b>	1,83	<b>5,14</b>	1,77	<b>+1,11</b>	+16,32	< 0,001
	M2	sexuell inaktiv sein	<b>5,46</b>	2,35	<b>3,35</b>	2,06	<b>+0,95</b>	+14,62	< 0,001
	M1	sich zurückziehen, sich zurückhalten	<b>6,64</b>	1,87	<b>5,08</b>	1,99	<b>+0,81</b>	+10,11	< 0,001
	E1	enttäuscht sein	<b>7,23</b>	1,93	<b>5,69</b>	1,90	<b>+0,80</b>	+13,35	< 0,001
	H1	Ekel empfinden, verärgert sein	<b>6,90</b>	1,89	<b>5,39</b>	1,87	<b>+0,80</b>	+11,16	< 0,001
	A2	akzeptieren, verstehen	<b>7,07</b>	1,63	<b>5,83</b>	1,68	<b>+0,75</b>	+8,63	< 0,001
	B2	helfen	<b>7,61</b>	1,44	<b>6,48</b>	1,63	<b>+0,73</b>	+10,20	< 0,001
	C2	lieben	<b>8,25</b>	1,58	<b>7,22</b>	1,66	<b>+0,64</b>	+10,70	< 0,001
	A1	explorieren, bewundern	<b>6,80</b>	1,71	<b>5,69</b>	1,85	<b>+0,62</b>	+7,34	< 0,001
	E2	resignieren	<b>6,11</b>	2,11	<b>5,33</b>	2,13	<b>+0,37</b>	+5,14	< 0,001
	J1	ignorieren, vorwerfen	<b>6,21</b>	2,28	<b>5,66</b>	1,88	<b>+0,26</b>	+3,44	0,001
	C3	zuversichtlich, zufrieden, sinnlich vergnügt	<b>7,19</b>	1,63	<b>6,83</b>	1,67	<b>+0,22</b>	+3,09	0,002
	C5	gesund sein	<b>7,28</b>	2,08	<b>6,80</b>	2,20	<b>+0,22</b>	+3,86	< 0,001
	M3	krank sein	<b>5,24</b>	2,29	<b>5,05</b>	2,42	<b>+0,08</b>	+1,15	0,253
	J2	widersetzen, kritisieren	<b>6,11</b>	2,05	<b>6,43</b>	1,84	<b>-0,16</b>	-2,04	0,042
← „männlich“	K1	schlecht sein	<b>4,71</b>	2,09	<b>5,17</b>	2,17	<b>-0,22</b>	-4,76	< 0,001
	B1	erklären, bestätigen	<b>6,31</b>	1,68	<b>6,74</b>	1,79	<b>-0,25</b>	-3,10	0,002
	H2	unsympathisch sein	<b>5,09</b>	2,25	<b>5,73</b>	2,19	<b>-0,29</b>	-5,06	< 0,001
	L1	jemanden ärgern	<b>5,54</b>	2,14	<b>6,42</b>	1,95	<b>-0,43</b>	-5,78	< 0,001
	D1	innerlich stark sein	<b>6,69</b>	1,81	<b>7,53</b>	1,79	<b>-0,47</b>	-5,67	< 0,001
	I2	egozentrisch sein	<b>5,11</b>	2,12	<b>6,69</b>	1,96	<b>-0,77</b>	-10,90	< 0,001
	K2	beherrschen	<b>4,90</b>	2,26	<b>6,79</b>	2,25	<b>-0,84</b>	-11,00	< 0,001
	C4	sexuell aktiv sein	<b>6,86</b>	1,82	<b>8,53</b>	1,51	<b>-1,00</b>	-17,30	< 0,001
	D2	stolz, autonom sein	<b>6,33</b>	1,77	<b>8,19</b>	1,62	<b>-1,10</b>	-15,00	< 0,001
	L2	angreifen	<b>4,66</b>	2,18	<b>6,98</b>	2,05	<b>-1,10</b>	-15,00	< 0,001
	I1	vernachlässigen	<b>4,10</b>	2,03	<b>6,36</b>	2,01	<b>-1,12</b>	-15,80	< 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-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, was aus Abbildung 1 ersichtlich wird. Die Jahre 1974, 1987 und 1988 werden hier aufgrund der unpassenden Konstellation bzw. Diagnose nicht berücksichtigt. Es wird deutlich, dass in nahezu allen Jahren eine für die Studie geeignete Konstellation Frau - Frau im Ulmer Fallarchiv vorhanden ist (Ausnahme 1979 und 1989), jedoch nicht für die Konstellation Mann - Mann (lediglich 1978-1995 und 1998-1999).

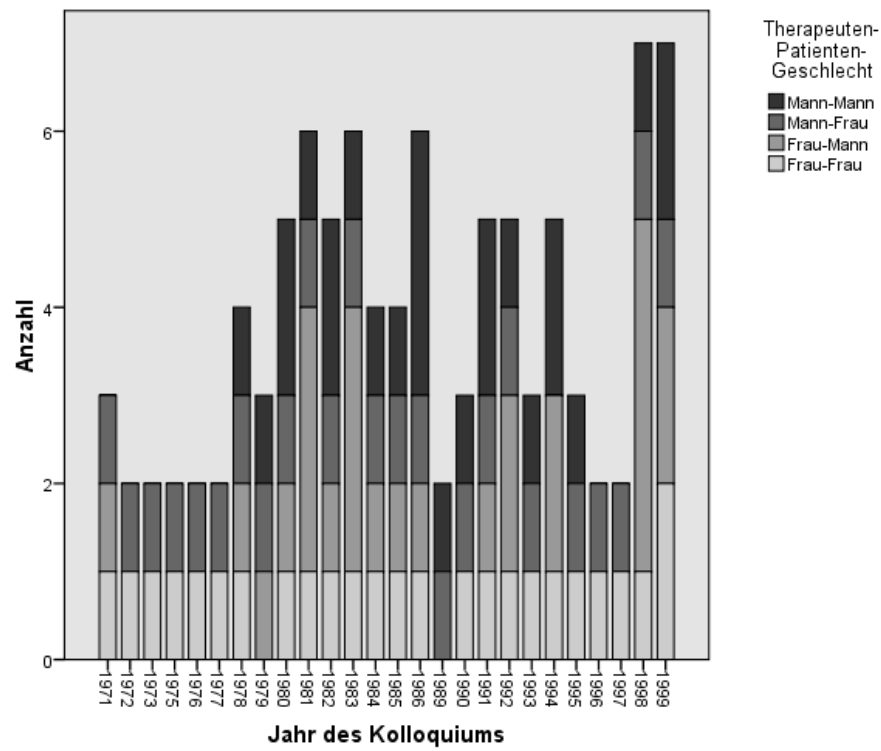


Abb. 1: Verteilung der Berichte auf die einzelnen Kolloquiumsahre, in Abhängigkeit von der jeweiligen Therapeuten-Patienten-Konstellation

### 3.2.5. 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. Wie bereits in den vorhergehenden Tabellen, werden auch in den folgenden die harmonischen Kategorien hellgrau unterlegt.

#### 3.2.5.1. Das elterliche Beziehungsmuster

Anfangs soll nun die Beschreibung der Eltern als Einheit erfolgen. Hierbei wird in Tabelle 7 eine Zusammenfassung der harmonischen Cluster-Kategorien A - D, der disharmonischen Cluster-Kategorien E - M und ein Harmonieindex (relativer Anteil der harmonischen Kategorien an allen harmonischen und disharmonischen Kodierungen für die jeweiligen Dimensionen) 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 disharmonische Kategorie F (*unzufrieden sein, Angst haben*) eine Rolle zu spielen scheint. Dagegen kamen in den Abschlussberichten *fremdbestimmt sein* (G), *sich zurückziehen* (M), *ärgern, angreifen* (L) und *verärgert, unsympathisch sein* (H) am wenigsten zum Einsatz.

Abschließend kann man nun hervorheben, dass die Patienten ihre Eltern als liebende, sich zuwendende und souveräne Personen ansehen, diese jedoch auch häufig als unzufriedene, ängstliche und zurückweisende Menschen erleben.

Tab. 7: Absolute und relative Häufigkeiten der CCRT-LU-Kategorien in Bezug auf die Eltern, in abnehmender Reihenfolge sortiert nach dem Mittelwert.  
Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. (n = 100 DPV-Berichte)

		Mittelwert	Standardabweichung
<b>Index</b>		0,55	0,19
<b>Harmonisch</b>		2,94	0,89
<b>Disharmonisch</b>		2,57	0,59
<b>C</b>	lieben, sich wohlfühlen	3,06	1,06
<b>A</b>	sich zuwenden	2,95	1,02
<b>D</b>	souverän sein	2,92	0,96
<b>F</b>	unzufrieden sein, Angst haben	2,92	1,13
<b>J</b>	zurückweisen	2,83	1,11
<b>B</b>	unterstützen	2,82	1,04
<b>K</b>	dominieren	2,78	0,86
<b>I</b>	unzuverlässig sein	2,77	1,09
<b>E</b>	depressiv sein, resignieren	2,70	1,08
<b>G</b>	fremdbestimmt sein	2,67	0,92
<b>M</b>	sich zurückziehen	2,62	0,93
<b>L</b>	ärgern, angreifen	2,13	0,97
<b>H</b>	verärgert, unsympathisch sein	1,74	0,82

### 3.2.5.2. Das mütterliche Beziehungsmuster

An dieser Stelle wird nun die Beschreibung der Mutter verdeutlicht. In Tabelle 8 werden die harmonischen und die disharmonischen Cluster-Kategorien dargestellt, der Index aus beiden, 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), *ärgeren, 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*).

Tab. 8: Absolute und relative Häufigkeiten der Cluster-Kategorien in Bezug auf die **Mutter**, in abnehmender Reihenfolge sortiert nach dem Mittelwert.  
Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. (n = 100 DPV-Berichte)

		Mittelwert	Standardabweichung
<b>Index</b>		0,52	0,16
<b>Harmonisch</b>		3,01	1,19
<b>Disharmonisch</b>		2,58	0,72
<b>K</b>	dominieren	3,40	1,62
<b>C</b>	lieben, sich wohlfühlen	3,21	1,40
<b>A</b>	sich zuwenden	3,09	1,36
<b>F</b>	unzufrieden sein, Angst haben	3,09	1,57
<b>J</b>	zurückweisen	3,07	1,47
<b>B</b>	unterstützen	3,00	1,39
<b>I</b>	unzuverlässig sein	2,88	1,44
<b>E</b>	depressiv sein, resignieren	2,84	1,61
<b>D</b>	souverän sein	2,72	1,39
<b>G</b>	fremdbestimmt sein	2,46	1,59
<b>L</b>	ärgern, angreifen	2,15	1,37
<b>H</b>	verärgert, unsympathisch sein	1,73	1,04
<b>M</b>	sich zurückziehen	1,59	1,12



### 3.2.5.3. Das väterliche Beziehungsmuster

Im Folgenden soll nun die Beschreibung des Vaters erfolgen.

Bei Betrachtung der Tabelle 9 wird sichtbar, dass zur Charakterisierung des Vaters ebenfalls harmonischen Cluster häufiger verwendet werden.

Es zeigt sich nun jedoch, 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 häufig das Gefühl haben, ihre Väter zögen sich aus der Interaktion mit ihnen bzw. ihrem Umfeld zurück. Es gilt auch zu betonen, dass die Väter häufig als souverän und liebevoll empfunden werden, jedoch auch als fremdbestimmt, was zu der Erkenntnis aus der vorhergehenden Tabelle 8 passt, in der die Dominanz der Mutter hervorgehoben wurde.

Tab. 9: Absolute und relative Häufigkeiten der Cluster-Kategorien in Bezug auf den **Vater**, in abnehmender Reihenfolge sortiert nach dem Mittelwert.

Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. (n = 100 DPV-Berichte)

		Mittelwert	Standardabweichung
<b>Index</b>		0,57	0,24
<b>Harmonisch</b>		2,87	1,15
<b>Disharmonisch</b>		2,56	0,76
<b>M</b>	sich zurückziehen	3,65	1,52
<b>D</b>	souverän sein	3,11	1,37
<b>C</b>	lieben, sich wohlfühlen	2,91	1,36
<b>G</b>	fremdbestimmt sein	2,88	1,57
<b>A</b>	sich zuwenden	2,80	1,32
<b>F</b>	unzufrieden sein, Angst haben	2,74	1,50
<b>I</b>	unzuverlässig sein	2,65	1,42
<b>B</b>	unterstützen	2,64	1,40
<b>J</b>	zurückweisen	2,58	1,54
<b>E</b>	depressiv sein, resignieren	2,56	1,49
<b>K</b>	dominieren	2,15	1,51
<b>L</b>	ärgern, angreifen	2,10	1,47
<b>H</b>	verärgert, unsympathisch sein	1,74	1,05

### **3.2.6. Das Beziehungsmuster von Mutter und Vater – eine detaillierte Darstellung**

In den nachfolgenden Tabellen wurden die Häufigkeiten dargestellt, mit denen die jeweiligen Cluster-Kategorien des CCRT-LU-Systems bei der Beschreibung der Mutter bzw. des Vaters vorkommen. Dabei wurde mit dem zweiseitigen, exakten Wilcoxon-Test überprüft, ob bestimmte Kategorien bei einem der Elternteile signifikant häufiger vorkommen, als bei dem anderen.

#### **3.2.6.1. Das mütterliche Beziehungsmuster – eine detaillierte Darstellung**

Zu Beginn wird nun das Augenmerk auf die Mutter gelegt. Anhand von Tabelle 10 wird deutlich, dass Patienten mit der Diagnose Hysterie zur Charakterisierung ihrer Mütter hochsignifikant häufiger die disharmonischen Kategorien *unzuverlässig sein* (I), *vernachlässigen* (I1), *vernachlässigen, im Stich lassen, oberflächlich, verantwortungslos, gefühllos* (I12) und *unzufrieden sein, Angst haben* (F) anwenden, als dies bei ihren Vätern der Fall ist. Standardkategorien wie *sich fürchten, ängstlich sein* (F2), *ängstlich sein, sich fürchten, besorgt sein, ausweichen, feige sein* (F21) und *jemanden ärgern* (L1) werden ebenfalls signifikant häufiger aufgeführt. Des Weiteren sind K (*dominieren*), K2 (*beherrschen*), K21 (*verpflichten, vorschreiben, unter Druck setzen, fordern, zu etwas zwingen*) und J (*zurückweisen*), J12 (*beschuldigen, vorwerfen*), J2 (*widersetzen, kritisieren*), J22 (*zurückweisen, ausschließen, kritisieren, ermahnen, verurteilen, tadeln*) zu nennen, sowie *Schuld/Scham empfinden, unzufrieden sein* (F1), *sich unwohl fühlen, unzufrieden sein* (F13), *depressiv sein, resignieren* (E), *enttäuscht sein* (E1) und *kränken, beleidigen, blamieren, lächerlich machen, demütigen* (L11), die alle von den Patienten signifikant häufiger zur Charakterisierung der Mutter benannt werden.

In der Zusammenschau der Ergebnisse, kann gesagt werden, dass die Analysanden ihre Mütter als unzuverlässig, oberflächlich, verantwortungs- und gefühllos empfinden und sich von ihnen vernachlässigt und im Stich gelassen fühlen.

Tab. 10: Mittlere Häufigkeiten der CCRT-LU-Kategorien charakteristisch für die **Mutter** (fett gedruckt). p = exakter Wilcoxon-Test, Signifikanz einseitig. (n = 100 DPV-Berichte)

		<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>	<b>p</b>
<b>I</b>	unzuverlässig sein	<b>43</b>	20	0,001
<b>I1</b>	vernachlässigen	<b>38</b>	15	0,001
<b>I12</b>	vernachlässigen, im Stich lassen, oberflächlich, verantwortungslos, gefühllos	<b>31</b>	8	< 0,001
<b>K</b>	dominieren	<b>42</b>	26	0,026
<b>K2</b>	beherrschen	<b>36</b>	20	0,023
<b>K21</b>	verpflichten, vorschreiben, unter Druck setzen, fordern, zu etwas zwingen	<b>25</b>	11	0,020
<b>J</b>	zurückweisen	<b>40</b>	23	0,012
<b>J12</b>	beschuldigen, vorwerfen	<b>6</b>	0	0,031
<b>J2</b>	widersetzen, kritisieren	<b>21</b>	10	0,043
<b>J22</b>	zurückweisen, ausschließen, kritisieren, ermahnen, verurteilen, tadeln	<b>19</b>	8	0,035
<b>F</b>	unzufrieden sein, Angst haben	<b>31</b>	9	< 0,001
<b>F2</b>	sich fürchten, ängstlich sein	<b>25</b>	9	0,005
<b>F21</b>	ängstlich sein, sich fürchten, besorgt sein, ausweichen, feige sein	<b>19</b>	5	0,007
<b>F1</b>	Schuld/ Scham empfinden, unzufrieden sein	<b>6</b>	0	0,031
<b>F13</b>	sich unwohl fühlen, unzufrieden sein	<b>6</b>	0	0,031
<b>E</b>	depressiv sein, resignieren	<b>29</b>	16	0,047
<b>E1</b>	enttäuscht sein	<b>28</b>	14	0,024
<b>E12</b>	verzweifelt sein, leiden, trauern	<b>8</b>	2	0,070
<b>L1</b>	jemanden ärgern	<b>24</b>	8	0,002
<b>L11</b>	kränken, beleidigen, blamieren, lächerlich machen, demütigen	<b>17</b>	7	0,031
<b>B22</b>	großzügig sein, verwöhnen, bevorzugen	<b>14</b>	6	0,077
<b>C4</b>	sexuell aktiv sein	<b>11</b>	3	0,057

### 3.2.6.2. Das väterliche Beziehungsmuster – eine detaillierte Darstellung

Tabelle 11 zeigt nun Kategorien, die zur Charakterisierung des Vaters herangezogen wurden. Es ist offensichtlich, dass hierbei besonders M-Kategorien eine wichtige Rolle spielen. So werden folgende Begriffe signifikant häufiger zur Beschreibung des Vaters herangezogen, als dies bei der Charakterisierung der Mutter der Fall ist: *sich zurückziehen* (M), *sich zurückziehen, sich zurückhalten* (M1), *Abstand haben, zurückziehen, entziehen* (M12) und *sterben, sich umbringen* (M34). Des Weiteren muss an dieser Stelle G21 (*schwach, hilflos, rechtlos, ausgeliefert, ungeschützt, unterlegen, verletzt sein*) genannt werden. Ebenfalls signifikante Werte ergaben sich bei den Standardkategorien *Auseinandersetzungen vermeiden, angepasst, nachgeben, sich unterwerfen* (M14) und *bestrafen, rächen, zerstören, Gewalt anwenden* (L23).

Somit kann man sagen, dass die Patienten das Gefühl beschreiben, ihre Väter würden sich aus der Interaktion mit ihnen zurückziehen und seien eher angepasst, unterwürfig und passiv. Andererseits werden auch Väter beschrieben, die eine aktive Rolle im Familienleben spielen, dies jedoch in einer bestrafenden, gewaltvollen Art und Weise.

Tab. 11: Mittlere Häufigkeiten der CCRT-LU-Kategorien charakteristisch für den **Vater** (fett gedruckt). p = exakter Wilcoxon-Test, Signifikanz einseitig. (n = 100 DPV-Berichte)

		<b>Vater</b>	<b>Mutter</b>	<b>p</b>
<b>M</b>	sich zurückziehen	<b>61</b>	33	< 0,001
<b>M1</b>	sich zurückziehen, sich zurückhalten	<b>38</b>	9	< 0,001
<b>M12</b>	Abstand haben, zurückziehen, entziehen	<b>15</b>	0	< 0,001
<b>M14</b>	Auseinandersetzung vermeiden, angepasst, nachgeben, sich unterwerfen	<b>10</b>	0	0,002
<b>M3</b>	krank sein	<b>38</b>	24	0,034
<b>M34</b>	sterben, sich umbringen	<b>29</b>	9	0,001
<b>G</b>	fremdbestimmt sein	<b>44</b>	30	0,092
<b>G2</b>	schwach sein	<b>34</b>	18	0,020
<b>G21</b>	schwach, hilflos, rechtlos, ausgeliefert, ungeschützt, unterlegen, verletzt sein	<b>29</b>	9	0,001
<b>L2</b>	angreifen	<b>34</b>	20	0,038
<b>L23</b>	bestrafen, rächen, zerstören, Gewalt anwenden	<b>30</b>	12	0,002
<b>A</b>	sich zuwenden	<b>32</b>	17	0,024
<b>A2</b>	akzeptieren, verstehen	<b>23</b>	10	0,035
<b>A23</b>	zugehen, beachten, eingehen, zuhören, entschuldigen	<b>10</b>	2	
<b>C13</b>	mögen, beliebt sein, sympathisch sein, Freundschaft haben, sich verstehen	<b>11</b>	2	0,022

### 3.2.7. Direkter Vergleich des Beziehungsmusters von Mutter und Vater

Im Folgenden werden Mütter und Väter anhand der Effektstärke, dem gepaarten t-Test und dem Wilcoxon-Test direkt verglichen. Die Werte sind nach der Effektstärke sortiert.

Daraus ergibt sich die Darstellung, dass Cluster-Kategorien, die häufig dem Vater 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 deren signifikante Werte fett gedruckt.

Bei genauer Betrachtung der Tabelle 12 wird deutlich, dass die Cluster-Kategorien *sich zurückziehen* (M) und *souverän sein* (D) besonders häufig von den Patienten zur Beschreibung der Väter herangezogen werden und dabei ein signifikanter Unterschied zwischen Vater und Mutter besteht.

Die disharmonischen Cluster *dominieren* (K) und *zurückweisen* (J) zeigen ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen Mutter und Vater, wobei die genannten Cluster jedoch vermehrt zur Beschreibung der Mütter herangezogen werden.

Aus der Datenlage wird somit ersichtlich, dass Väter, im Vergleich zu den Müttern, häufiger als sich zurückziehend empfunden werden und souverän auf ihre Kinder wirken. Die Mütter der Patienten hingegen werden von ihren Kindern häufiger als dominant und zurückweisend beschrieben.

Tab. 12: Direkter Vergleich von **Mutter** und **Vater** sortiert nach der Effektstärke.  
 Signifikante Werte und Mittelwerte sind fett gedruckt. Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. (n = 100 DPV-Berichte)  
 Rot = weiblich, Blau = männlich; MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung,  
 ES = Effektstärke, p = Signifikanz.

			Mutter		Vater		ES	t paired p	Wil- coxon p
			MW	SA	MW	SA			
	<b>Index</b>		<b>0,52</b>	0,16	<b>0,57</b>	0,24	0,21	0,001	<b>0,017</b>
	<b>Harmonisch</b>		<b>3,00</b>	1,19	<b>2,86</b>	1,15	-0,12	0,353	0,317
	<b>Disharmonisch</b>		<b>2,58</b>	0,72	<b>2,56</b>	0,76	-0,02	0,841	0,883
väterlich ↑	<b>M</b>	sich zurückziehen	<b>1,59</b>	1,12	<b>3,65</b>	1,52	<b>1,54</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
	<b>D</b>	souverän sein	<b>2,72</b>	1,39	<b>3,11</b>	1,37	<b>0,28</b>	0,051	<b>0,046</b>
	<b>G</b>	fremdbestimmt sein	<b>2,46</b>	1,59	<b>2,88</b>	1,57	<b>0,27</b>	0,105	0,083
	<b>H</b>	verärgert, unsympathisch sein	<b>1,73</b>	1,04	<b>1,74</b>	1,05	<b>0,01</b>	0,939	0,899
	<b>L</b>	ärgern, angreifen	<b>2,15</b>	1,37	<b>2,10</b>	1,47	<b>-0,04</b>	0,810	0,802
	<b>I</b>	unzuverlässig sein	<b>2,88</b>	1,44	<b>2,65</b>	1,42	<b>-0,16</b>	0,220	0,184
	<b>E</b>	depressiv sein, resignieren	<b>2,84</b>	1,61	<b>2,56</b>	1,49	<b>-0,18</b>	0,212	0,194
	<b>A</b>	sich zuwenden	<b>3,09</b>	1,36	<b>2,80</b>	1,32	<b>-0,22</b>	0,098	0,084
	<b>C</b>	lieben, sich wohlfühlen	<b>3,21</b>	1,40	<b>2,91</b>	1,36	<b>-0,22</b>	0,096	0,096
	<b>F</b>	unzufrieden sein, Angst haben	<b>3,09</b>	1,57	<b>2,74</b>	1,50	<b>-0,23</b>	0,094	0,101
mütterlich ↓	<b>B</b>	unterstützen	<b>3,00</b>	1,39	<b>2,64</b>	1,40	<b>-0,26</b>	0,056	0,056
	<b>J</b>	zurückweisen	<b>3,07</b>	1,47	<b>2,58</b>	1,54	<b>-0,33</b>	<b>0,018</b>	<b>0,018</b>
	<b>K</b>	dominieren	<b>3,40</b>	1,61	<b>2,15</b>	1,51	<b>-0,80</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

### **3.2.8. Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht**

Nachfolgend wird der Einfluss des Patientengeschlechts auf die Charakterisierung der Eltern als Einheit, der Mütter, sowie der Väter dargestellt. Anhand der Datenlage kann deutlich gemacht werden, dass der besagte Einfluss jedoch nur sehr gering ausgeprägt ist, weshalb nachfolgend nur die signifikanten Werte genannt werden. Die genauen Daten können den Tabellen 1, 2 und 3 im Anhang entnommen werden. Die Tabellen sind nach der Effektstärke sortiert, wobei Cluster-Kategorien, die von männlichen Patienten besonders häufig genannt wurden, in der oberen Hälfte der Tabellen stehen und jene, die von Patientinnen verwendet wurden, in der unteren Hälfte platziert sind. Zur besseren Überschaubarkeit werden signifikante Werte fett gedruckt.

#### **3.2.8.1. Das elterliche Beziehungsmuster**

Mit dem zweiseitigen t-Test und dem U-Test wurde nun untersucht, ob und in wie weit sich das Patientengeschlecht auf die Beschreibung der Eltern auswirkt. In Tabelle 1 zeigt sich lediglich, dass weibliche Patienten ihre Eltern signifikant häufiger als souverän beschreiben (Kategorie D (*souverän sein*)), als männliche Patienten dies tun ( $p(t\text{-Test}) = 0,005$ ,  $p(U\text{-Test}) = 0,006$ ). Hierbei zeigt sich bei den weiblichen Patienten ein Mittelwert von 3,18 bei einer Standardabweichung von 0,83, wohingegen die männlichen Patienten einen Mittelwert von 2,65 und einer Standardabweichung von 1,02 aufweisen. Die Effektstärke beträgt -0,57.

#### **3.2.8.2. Das mütterliche Beziehungsmuster**

Nun soll der Einfluss des Patientengeschlechts auf die Beschreibung der Mutter untersucht werden. Bei Betrachtung von Tabelle 2 im Anhang wird deutlich, dass bezüglich des mütterlichen Beziehungsmusters kein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten besteht. Die genauen Daten können der Tabelle 2 im Anhang entnommen werden.



### 3.2.8.3. Das väterliche Beziehungsmuster

An dieser Stelle findet nun auch die Beschreibung des Vaters Beachtung. Tabelle 3 im Anhang macht deutlich, dass Patienten weiblichen Geschlechts ihren Vater signifikant häufiger ( $p(\text{U-Test}) = 0,032$ ) mit harmonischen Cluster-Kategorien beschreiben, als männliche Patienten dies tun. Hierbei zeigt sich bei den Patientinnen ein Mittelwert von 3,07 bei einer Standardabweichung von 0,91, wohingegen männliche Patienten einen Mittelwert von 2,66 aufweisen, bei einer Standardabweichung von 1,32. Die Effektstärke beträgt -0,36. Des Weiteren werden die Väter von den weiblichen Patienten signifikant häufiger als souverän beschrieben (Kategorie D (*souverän sein*)) ( $p(\text{t-Test}) = 0,004$ ,  $p(\text{U-Test}) = 0,007$ ). Bei genauer Betrachtung der Tabelle zeigt sich ein Mittelwert von 3,50 ( $SA = 1,13$ ) bei den weiblichen Patienten und einen Mittelwert von 2,72 ( $SA = 1,49$ ) bei den männlichen Patienten. Die Effektstärke beträgt hier -0,59. Die restlichen Daten können der genannten Tabelle im Anhang entnommen werden.

### 3.2.9. Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Therapeutengeschlecht

Um weitere Einflüsse des Beziehungsmusters der Eltern, Mütter und Väter in Betracht zu ziehen, werden sämtliche Daten nun unter dem Aspekt des Therapeutengeschlechtes ausgewertet. Bei Betrachtung der zugehörigen Tabellen 4, 5 und 6 im Anhang, wird jedoch deutlich, dass das Therapeutengeschlecht nur einen geringen Einfluss auf die genannten Beziehungsmuster hat. Die genauen Daten können den Tabellen im Anhang entnommen werden.

#### 3.2.9.1. Das elterliche Beziehungsmuster

Aus Tabelle 4 im Anhang wird ersichtlich, dass bei weiblichen Therapeuten, im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen, Eltern signifikant häufiger mit disharmonischen Kategorien beschrieben werden ( $p(\text{t-Test}) = 0,034$ ,  $p(\text{U-Test}) = 0,046$ ). Bei den weiblichen Therapeuten liegt der Mittelwert bei 2,69 ( $SA = 0,64$ ), wohingegen der Mittelwert bei männlichen Therapeuten bei 2,45 ( $SA = 0,52$ ) liegt. Die Effektstärke beträgt -0,48. Um eine detaillierte Übersicht zu geben, sind nachfolgend die einzelnen Cluster-Kategorien des CCRT-LU-Systems zu nennen, die signifikante Werte aufweisen. Hierbei spielt Kategorie H (*verärgert, unsympathisch sein*) eine wichtige Rolle. In den DPV-Berichten weiblicher

Therapeuten werden die Eltern signifikant häufiger als verärgert oder unsympathisch beschrieben, als dies in den Berichten ihrer männlichen Kollegen der Fall ist ( $p(t\text{-Test}) = 0,043$ ). Bei den weiblichen Therapeuten liegt ein Mittelwert von 1,90 ( $SA = 0,90$ ) vor, wohingegen bei den männlichen Therapeuten ein Mittelwert von 1,57 ( $SA = 0,70$ ) zu verzeichnen ist. Die Effektstärke liegt bei -0,41.

Mit einem Mittelwert von 2,86 ( $SA = 1,01$ ) beschreiben die Patienten ihren Therapeutinnen gegenüber ihre Eltern signifikant häufiger als fremdbestimmt (Kategorie G (*fremdbestimmt sein*)), wobei bei den männlichen Therapeuten der Mittelwert bei 2,48 ( $SA = 0,79$ ) liegt. Der Signifikanzwert  $p$  liegt im t-Test bei 0,038, im U-Test bei 0,027. Die Effektstärke beträgt hier -0,42.

Des Weiteren lassen sich in den Berichten weiblicher Therapeuten zur Beschreibung des elterlichen Beziehungsmusters *depressiv sein, resignieren* (E) und *unzufrieden sein, Angst haben* (F) signifikant häufiger finden, als dies bei ihren männlichen Kollegen der Fall ist. So beschreiben die Analysanden ihre Eltern ihren Therapeutinnen gegenüber häufiger als unzufrieden und ängstlich ( $MW = 3,17$ ,  $SA = 1,13$ ), als sie dies ihren männlichen Therapeuten gegenüber tun ( $MW = 2,66$ ,  $SA = 1,09$ ). Die Effektstärke beträgt hierbei -0,46, wohingegen das Signifikanzniveau sowohl im t-Test, als auch im U-Test bei 0,023 liegt. Derselbe Sachverhalt lässt sich auch auf *depressiv sein, resignieren* (E) übertragen, wobei die Werte hier jedoch abweichen. So liegt der Mittelwert bei weiblichen Therapeuten bei 2,94 ( $SA = 1,12$ ), bei ihren männlichen Kollegen bei 2,46 ( $SA = 0,98$ ). Die Effektstärke liegt hier nun bei -0,45, das Signifikanzniveau im t-Test bei 0,025, im U-Test hingegen bei 0,010.

Die weiteren Zahlenwerte können der Tabelle im Anhang entnommen werden.

### **3.2.9.2. Das mütterliche Beziehungsmuster**

Wird nun das Augenmerk auf die Mutter gerichtet, ist in Tabelle 5 im Anhang deutlich zu sehen, dass die Patienten ihre Mütter weiblichen Therapeuten gegenüber signifikant häufiger mit disharmonischen Begriffen beschreiben ( $p(t\text{-Test}) = 0,007$ ,  $p(U\text{-Test}) = 0,006$ ;  $ES = -0,55$ ). Der Mittelwert bei den weiblichen Therapeuten liegt bei 2,77 ( $SA = 0,69$ ), bei den männlichen Therapeuten hingegen bei 2,36 ( $SA = 0,70$ ).

Sowohl bei weiblichen, als auch bei männlichen Therapeuten wird am wenigsten Cluster-Kategorie M (*sich zurückziehen*) zur Charakterisierung der Mutter herangezogen. In den

DPV-Berichten weiblicher Therapeuten werden die Mütter jedoch signifikant häufiger als sich zurückziehend beschrieben, als in den Berichten ihrer männlichen Kollegen ( $p(t\text{-Test}) = 0,009$ ,  $p(U\text{-Test}) = 0,006$ ). Der Mittelwert liegt bei den weiblichen Therapeuten bei 1,88 (SA = 1,30), bei den männlichen bei 1,30 (SA = 0,81). Die Effektstärke liegt bei -0,53.

Die restlichen Daten können der Tabelle 5 im Anhang entnommen werden.

### **3.2.9.3. Das väterliche Beziehungsmuster**

Bei Betrachtung von Tabelle 6 im Anhang wird deutlich, dass kein signifikanter Einfluss des Therapeutengeschlechts auf die Beschreibung des väterlichen Beziehungsmusters nachgewiesen werden kann. Die vollständige Tabelle mit den genauen Daten kann dem Anhang entnommen werden.

### **3.2.10. Therapeuten-Patienten-Konstellationen**

Die nachfolgenden Tabellen verdeutlichen die elterlichen, mütterlichen und väterlichen Beziehungsmuster in Abhängigkeit von bestimmten Therapeuten-Patienten-Konstellationen (Frau - Frau, Frau - Mann, Mann - Mann, Mann - Frau). Dargestellt wird eine Übersicht aus harmonischen und disharmonischen CCRT-LU-Kategorien, dem Index aus beiden, sowie Kategorien, die signifikante Werte aufweisen.

#### **3.2.10.1. Das elterliche Beziehungsmuster**

Bei genauer Betrachtung der Tabelle 13 wird deutlich, dass bei einer Therapeuten-Patienten-Konstellation Frau - Frau bzw. Frau - Mann signifikant häufiger disharmonische Kategorien zur Beschreibung des elterlichen Beziehungsmusters herangezogen werden. Am deutlichsten ist dies bei der Konstellation weiblicher Therapeut - weiblicher Patient sichtbar. Dieser Sachverhalt zeigt sich mit einer Signifikanz von  $p = 0,036$ , die vom Therapeutengeschlecht abhängt.

Legt man nun sein Augenmerk auf die harmonischen Kategorien, zeigt sich, dass Patientinnen ihren männlichen Therapeuten gegenüber signifikant häufiger *sich zuwenden* (A) zur Charakterisierung des elterlichen Beziehungsmusters verwenden. Die Signifikanz  $p$  ist dabei abhängig von der spezifischen Konstellation Mann - Frau. In DPV-Berichten

männlicher Ausbildungskandidaten beschreiben Patientinnen ihre Eltern auch signifikant häufiger als souverän (D (*souverän sein*)). Es ist wichtig zu erwähnen, dass der genannte Sachverhalt von dem Patientengeschlecht abhängt.

Nachfolgend sollen nun die disharmonischen Kategorien Beachtung finden.

In der Konstellation Frau - Frau wird Cluster-Kategorie E (*depressiv sein, resignieren*) signifikant häufiger zur Erläuterung des elterlichen Beziehungsmusters genannt. Des Weiteren wird bei Betrachtung von Tabelle 13 sichtbar, dass männliche Patienten ihren weiblichen Therapeuten gegenüber signifikant häufiger ihre Eltern als unzufriedene und ängstliche Personen bezeichnen (F (*unzufrieden sein, Angst haben*)). Hingegen beschreiben weibliche Patienten in den Berichten ihrer weiblichen Therapeuten signifikant häufiger die Tatsache, ihre Eltern als fremdbestimmt zu erleben (G (*fremdbestimmt sein*)), verwenden aber auch die Begriffe *verärgert, unsympathisch sein* (H). Bei den vier letztgenannten disharmonischen Cluster-Kategorien hängt die Signifikanz von dem Therapeutengeschlecht ab.

Zur besseren Überschaubarkeit ist es von Bedeutung, das Obengenannte nochmals kurz zusammenzufassen. Man kann die Aussage treffen, dass weibliche Patienten ihren Therapeutinnen ein Bild ihrer Eltern vermitteln, das eher disharmonisch geprägt ist. So werden die Eltern als depressiv, resignierend, fremdbestimmt und verärgert, bzw. unsympathisch beschrieben. Des Weiteren begegnet einem beim Lesen von Berichten weiblicher Therapeuten das Bild ängstlicher, unzufriedener Eltern, wobei die analysierten Patienten hier jedoch männlichen Geschlechts sind.

Erwähnenswert ist weiterhin das Bild sich zuwendender und souveräner Eltern, das von männlichen Therapeuten in der Analyse weiblicher Patienten geschildert wird.

Tab. 13: Das **elterliche Beziehungsmuster** in Abhängigkeit von der Therapeuten-Patienten-Konstellation. Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. Signifikante Werte sind fett gedruckt. (n = 25, je Konstellation)

w-w = Frau/Frau, w-m = Frau/Mann, m-m = Mann/Mann, m-w = Mann/Frau.

MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung;

G Th = Therapeutengeschlecht, G Pat = Patientengeschlecht

		Geschlechterkonstellation Therapeut - Patient				Varianzanalytische Effekte, Signifikanz p		
		w-w	w-m	m-m	m-w	G Th	G Pat	G Th * G Pat
<b>Index</b>	<b>MW</b>	0,50	0,53	0,58	0,58	0,109	0,732	0,703
	<b>SA</b>	0,19	0,15	0,23	0,18			
<b>Harmonisch</b>	<b>MW</b>	2,81	2,82	2,79	0,83	0,165	0,134	0,113
	<b>SA</b>	0,74	1,05	3,33	0,85			
<b>Disharmonisch</b>	<b>MW</b>	<b>2,75</b>	2,64	2,48	2,42	<b>0,036</b>	0,835	0,472
	<b>SA</b>	<b>0,59</b>	0,69	0,60	0,42			
<b>A</b> sich zuwenden	<b>MW</b>	2,72	3,02	2,76	<b>3,28</b>	0,461	0,588	<b>0,046</b>
	<b>SA</b>	0,76	1,25	0,90	<b>1,06</b>			
<b>D</b> souverän sein	<b>MW</b>	2,98	2,56	2,74	<b>3,38</b>	0,120	<b>0,005</b>	0,553
	<b>SA</b>	0,78	1,11	0,94	<b>0,83</b>			
<b>E</b> depressiv sein, resignieren	<b>MW</b>	<b>3,06</b>	2,82	2,62	2,30	<b>0,025</b>	0,850	0,188
	<b>SA</b>	<b>0,92</b>	1,31	1,19	0,71			
<b>F</b> unzufrieden sein, Angst haben	<b>MW</b>	3,14	<b>3,20</b>	2,90	2,42	<b>0,023</b>	0,225	0,344
	<b>SA</b>	0,95	<b>1,30</b>	1,17	0,95			
<b>G</b> fremd-bestimmt sein	<b>MW</b>	<b>3,00</b>	2,72	2,54	2,42	<b>0,039</b>	0,660	0,273
	<b>SA</b>	<b>0,90</b>	1,10	0,78	0,81			
<b>H</b> verärgert, unsympathisch sein	<b>MW</b>	<b>1,98</b>	1,82	1,62	1,52	<b>0,045</b>	0,854	0,425
	<b>SA</b>	<b>0,77</b>	1,02	0,78	0,62			

### 3.2.10.2. Das mütterliche Beziehungsmuster

Die nachfolgende Tabelle 14 verdeutlicht das mütterliche Beziehungsmuster. Es ist offensichtlich, dass in den Therapieberichten weiblicher Therapeuten die disharmonischen Kategorien sowohl bei weiblichen, als auch bei männlichen Patienten, überwiegen. Die Signifikanz bezieht sich hierbei auf das Therapeutengeschlecht.

Hier ist besonders Cluster-Kategorie M (*sich zurückziehen*) hervorzuheben, die in denselben, bereits oben genannten Konstellationen Frau - Frau bzw. Frau - Mann signifikant häufiger zur Charakterisierung der Mutter herangezogen wird. Abhängig ist dieser Sachverhalt von dem Therapeutengeschlecht.

Tab. 14: Das **mütterliche Beziehungsmuster** in Abhängigkeit von der Therapeuten-Patienten-Konstellation. Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. Signifikante Werte sind fett gedruckt. (n = 25, je Konstellation)

w-w = Frau/Frau, w-m = Frau/Mann, m-m = Mann/Mann, m-w = Mann/Frau.

MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung;

G Th = Therapeutengeschlecht, G Pat = Patientengeschlecht

		Geschlechterkonstellation Therapeut - Patient				Varianzanalytische Effekte, Signifikanz p		
		w-w	w-m	m-m	m-w	G Th	G Pat	G Th * G Pat
<b>Index</b>	<b>MW</b>	0,49	0,50	0,54	0,57	0,061	0,776	0,569
	<b>SA</b>	0,17	0,13	0,17	0,15			
<b>Harmonisch</b>	<b>MW</b>	2,80	2,89	3,00	3,33	0,181	0,614	0,378
	<b>SA</b>	1,18	1,05	1,27	1,22			
<b>Disharmonisch</b>	<b>MW</b>	<b>2,77</b>	<b>2,77</b>	2,38	2,40	<b>0,008</b>	0,937	0,937
	<b>SA</b>	<b>0,78</b>	<b>0,59</b>	0,73	0,69			
<b>M</b> sich zurückziehen	<b>MW</b>	<b>1,88</b>	<b>1,88</b>	1,40	1,20	<b>0,010</b>	0,649	0,649
	<b>SA</b>	<b>1,36</b>	<b>1,27</b>	1,00	0,58			

### 3.2.10.3. Das väterliche Beziehungsmuster

Die folgende Tabelle 15 verdeutlicht das väterliche Beziehungsmuster.

Bei genauer Betrachtung derselben erkennt man, dass hier nun die harmonischen Cluster-Kategorien *sich zuwenden* (A) und *souverän sein* (D) signifikant häufiger Beachtung finden. Dies kann bei beiden Kategorien besonders in den Berichten männlicher Therapeuten mit weiblichen Patienten bestätigt werden. Der Unterschied liegt lediglich darin, dass die Signifikanz bei Cluster-Kategorie A von der spezifischen Konstellation Mann - Frau abhängt, bei Kategorie D jedoch vom Patientengeschlecht.

Tab. 15: Das **väterliche Beziehungsmuster** in Abhängigkeit von der Therapeuten-Patienten-Konstellation. Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. Signifikante Werte sind fett gedruckt. (n = 25, je Konstellation)

w-w = Frau/Frau, w-m = Frau/Mann, m-m = Mann/Mann, m-w = Mann/Frau.

MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung;

G Th = Therapeutengeschlecht, G Pat = Patientengeschlecht

		Geschlechterkonstellation Therapeut - Patient				Varianzanalytische Effekte, Signifikanz p		
		w-w	w-m	m-m	m-w	G Th	G Pat	G Th * G Pat
<b>Index</b>	<b>MW</b>	0,51	0,56	0,61	0,59	0,180	0,462	0,813
	<b>SA</b>	0,22	0,19	0,30	0,22			
<b>Harmonisch</b>	<b>MW</b>	2,81	2,75	2,57	3,33	0,453	0,072	0,124
	<b>SA</b>	0,67	1,40	1,26	1,06			
<b>Disharmonisch</b>	<b>MW</b>	2,73	2,51	2,57	2,43	0,442	0,805	0,241
	<b>SA</b>	0,70	1,01	0,69	0,58			
<b>A</b> sich zuwenden	<b>MW</b>	2,60	2,92	2,44	<b>3,24</b>	0,759	0,359	<b>0,034</b>
	<b>SA</b>	0,866	1,66	1,23	<b>1,33</b>			
<b>D</b> souverän sein	<b>MW</b>	3,36	2,64	2,80	<b>3,64</b>	0,410	<b>0,004</b>	0,822
	<b>SA</b>	1,00	1,50	1,50	<b>1,25</b>			

### 3.2.11. Zeitliche Entwicklung der Beziehungsmuster

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

#### 3.2.11.1. 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 16 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 der Zeit eine zunehmende Bedeutung erlangt. Es ist wichtig hier noch die Signifikanz der genannten Kategorien zu betonen.



Tab. 16: Zeitliche Entwicklung des **elterlichen Beziehungsmusters**, sortiert nach dem Spearman-Korrelationskoeffizienten Rho zwischen der Häufigkeit der Cluster-Kategorien und dem Kolloquiumszeitpunkt. Signifikante Werte sind fett gedruckt. Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. (n = 100 DPV-Berichte)

		Rho	Signifikanz p
<b>Index</b>		-0,129	0,202
<b>Harmonisch</b>		<b>-0,294</b>	<b>0,003</b>
<b>Disharmonisch</b>		0,066	0,517
<b>M</b>	sich zurückziehen	<b>0,279</b>	<b>0,005</b>
<b>F</b>	unzufrieden sein, Angst haben	0,111	0,269
<b>E</b>	depressiv sein, resignieren	0,078	0,441
<b>G</b>	fremdbestimmt sein	0,052	0,608
<b>J</b>	zurückweisen	0,010	0,923
<b>L</b>	ärgern, angreifen	-0,035	0,727
<b>H</b>	verärgert, unsympathisch sein	-0,046	0,646
<b>I</b>	unzuverlässig sein	-0,083	0,412
<b>K</b>	dominieren	-0,160	0,112
<b>D</b>	souverän sein	<b>-0,224</b>	<b>0,025</b>
<b>A</b>	sich zuwenden	<b>-0,245</b>	<b>0,014</b>
<b>C</b>	lieben, sich wohlfühlen	<b>-0,246</b>	<b>0,014</b>
<b>B</b>	unterstützen	<b>-0,252</b>	<b>0,011</b>

### **3.2.11.2. Zeitliche Entwicklung des mütterlichen Beziehungsmusters**

Tabelle 17 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 D (*souverän sein*), welches den am stärksten negativen Korrelationskoeffizienten aufweist und somit im Laufe der Zeit innerhalb der Abschlussberichte am meisten an Bedeutung verloren hat.

Tab. 17: Zeitliche Entwicklung des **mütterlichen Beziehungsmusters**, sortiert nach dem Spearman-Korrelationskoeffizienten Rho zwischen der Häufigkeit der Cluster-Kategorien und dem Kolloquiumszeitpunkt. Signifikante Werte sind fett gedruckt. Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. (n = 100 DPV-Berichte)

		Rho	Signifikanz
<b>Index</b>		-0,172	0,088
<b>Harmonisch</b>		<b>-0,214</b>	<b>0,032</b>
<b>Disharmonisch</b>		0,012	0,909
<b>M</b>	sich zurückziehen	0,152	0,132
<b>E</b>	depressiv sein, resignieren	0,078	0,438
<b>F</b>	unzufrieden sein, Angst haben	0,057	0,573
<b>J</b>	zurückweisen	0,052	0,610
<b>L</b>	ärgern, angreifen	0,022	0,827
<b>K</b>	dominieren	0,012	0,903
<b>H</b>	verärgert, unsympathisch sein	-0,040	0,696
<b>G</b>	fremdbestimmt	-0,102	0,312
<b>I</b>	unzuverlässig sein	-0,108	0,286
<b>C</b>	lieben, sich wohlfühlen	-0,153	0,129
<b>A</b>	sich zuwenden	-0,191	0,058
<b>B</b>	unterstützen	-0,193	0,055
<b>D</b>	souverän sein	<b>-0,214</b>	<b>0,033</b>

### 3.2.11.3. Zeitliche Entwicklung des väterlichen Beziehungsmusters

In Tabelle 18 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 16, 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.

Tab. 18: Zeitliche Entwicklung des **väterlichen Beziehungsmusters**, sortiert nach dem Spearman-Korrelationskoeffizienten Rho zwischen der Häufigkeit der Clusterkategorien und dem Kolloquiumszeitpunkt. Signifikante Werte sind fett gedruckt. Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt. (n = 100 DPV-Berichte)

		Rho	Signifikanz
<b>Index</b>		-0,103	0,308
<b>Harmonisch</b>		<b>-0,257</b>	<b>0,010</b>
<b>Disharmonisch</b>		0,066	0,511
<b>M</b>	sich zurückziehen	<b>0,220</b>	<b>0,028</b>
<b>G</b>	fremdbestimmt sein	0,189	0,060
<b>F</b>	unzufrieden sein, Angst haben	0,076	0,451
<b>I</b>	unzuverlässig sein	0,034	0,735
<b>E</b>	depressiv sein, resignieren	0,026	0,795
<b>J</b>	zurückweisen	0,017	0,866
<b>H</b>	verärgert, unsympathisch sein	0,008	0,936
<b>L</b>	ärgern, angreifen	-0,087	0,390
<b>D</b>	souverän sein	-0,183	0,068
<b>K</b>	dominieren	<b>-0,198</b>	<b>0,048</b>
<b>A</b>	sich zuwenden	<b>-0,212</b>	<b>0,034</b>
<b>B</b>	unterstützen	<b>-0,219</b>	<b>0,028</b>
<b>C</b>	lieben, sich wohlfühlen	<b>-0,236</b>	<b>0,018</b>

### 3.2.12. 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, wohingegen der ICC für metrisch-skalierte Daten angewandt wird und für die Berechnung relativen Häufigkeiten aggregierter Daten zum Einsatz kommt (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 bei Betrachtung des Ranges 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. 19: Reliabilitätsprüfung anhand verschiedener Korrelationskoeffizienten. (n = 40)

IRC = Inter-Rater-Correlation, ICC = Intraclass-Correlation-Coefficient

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

## **4. Diskussion**

### **4.1. Vorstudie: 300 Studierende**

„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 neuen 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 Tabellen 1 und 2 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 3 und 4 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

Eigenschaften: „zielstrebig, logisch, durchsetzungsfähig, rational, politisch, interessiert, risikofreudig“, zu den negativen hingegen: „hart, brutal, karrierebewußt, machbezogen, 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 Tabellen 5 und 6 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 30,9% Frauen und 21,0% Männern zusammen. Und warum sind es nicht 100%??? Hingegen besteht das Therapeutenkollektiv aus 26,4% Frauen und 29,2% Männern. Und warum sind es nicht 100%??? Bezüglich der Therapeuten-Patienten-Konstellationen zeigt sich des Weiteren, dass die Gruppe Mann - Frau mit 34,7% am häufigsten vorkommt. Es folgen die Konstellationen Frau - Frau mit 28,0%, Frau - Mann mit 21,8% und Mann - Mann mit 20,4% (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. Das Beziehungsmuster der 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.

#### 4.2.5.1. 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 präödpalen 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).

#### **4.2.5.2. 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 scheint aber die Dominanz der Mütter zu spielen. Bei detaillierter Betrachtung der Thematik lassen sich vorwiegend negative Beschreibungen auffinden. So gelten die Mütter als unzuverlässig, dominierend und zurückweisend, aber auch vernachlässigend und beherrschend. Es scheint zu überraschen, dass diese Beschreibungen ein so negatives Bild aufzeigen, geht man doch allgemein davon aus, dass das Mütterliche der Innbegriff des liebevollen, fürsorglichen und selbstlosen Verhaltens ist. 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 symbiotische Mutter-Tochter-Verhältnis mit Verdrängung des Vaters als triangulierendes Objekt zur Entstehung einer Hysterie beitragen (Rupprecht-Schampera 1997).

#### **4.2.5.3. 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.

Auch bei detaillierter Betrachtung des väterlichen Beziehungsmusters zeigt sich das Bild eines schwachen, sich zurückziehenden bzw. –haltenden Vaters, der sich leicht durch andere Personen (Mutter?!) beeinflussen lässt und kränklich wirkt, jedoch andererseits durchaus auch mal in die Offensive gehen und angreifen kann.

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 Charakterbildung, 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).



#### 4.2.6. 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. Nicht zu vergessen ist jedoch auch die signifikant häufigere Charakterisierung der Väter als souveräne Personen, wobei man hier vermuten kann, dass diese Beschreibung auf die Interaktionen außerhalb der Familie zutreffen.

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.

#### **4.2.7. Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht**

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 Beziehungsmuster auszuwirken. Diese Erkenntnis lässt sich gut mit der vorliegenden Literatur vergleichen, 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.

##### **4.2.7.1. Das elterliche Beziehungsmuster**

In der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass Patientinnen ihre Eltern signifikant häufiger als souveräne Menschen beschreiben als männliche Patienten dies tun. Wenn man nun jedoch das Augenmerk von den Eltern als Einheit zu den einzelnen Elternteilen Mutter und Vater lenkt, wird bald offensichtlich, dass diese Souveränität dem Vater zugeschrieben wird. Im Vergleich dazu charakterisieren drogenabhängige forensische Patientinnen ihre Eltern als sich zurückziehend (Albani et al. 2008b). Eine diesbezüglich vergleichbare Studie mit Patienten mit der Diagnose Hysterie lässt sich in der Literatur jedoch nicht finden.

##### **4.2.7.2. Das mütterliche Beziehungsmuster**

Bei Betrachtung des mütterlichen Beziehungsmusters zeigt sich, dass hier kein signifikanter Unterschied zwischen den weiblichen und männlichen Patienten vorliegt.

Bei Albani et al. (2008b) kam man 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 hinweisen, dass in den beiden oben angeführten Studien nur weibliche Probanden rekrutiert wurden, was die Aussagekraft bezüglich des Einflusses des Patientengeschlechts erheblich einschränkt. Zudem findet man in der Literatur keine vergleichbare Studie mit Hysterikern.

#### **4.2.7.3. Das väterliche Beziehungsmuster**

Wie bereits oben erwähnt, werden in den untersuchten DPV-Berichten sowohl die Eltern, als auch die Väter als souverän beschrieben. Dies geschieht jedoch signifikant häufiger in den Berichten über die Behandlung weiblicher Patienten. Man kann nun mutmaßen, ob diese Souveränität sowohl den Eltern als Einheit, als auch dem Vater zugeschrieben wird, oder die Charakterisierung der Eltern sich bei genauer Differenzierung nur auf den Vater bezieht. Des Weiteren beschreiben Patientinnen ihre Väter signifikant häufiger mit harmonischen Begriffen als männliche Patienten dies tun.

Diese Erkenntnis lässt sich sehr 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 als liebend, sich zurückziehend, unterstützend und souverän beschrieben wurden, was ebenfalls gut mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie verglichen werden kann. 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.

#### **4.2.8. Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Therapeutengeschlecht**

Es soll nun der Frage nachgegangen werden, welchen Einfluss das Geschlecht des Therapeuten 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.

#### **4.2.8.1. Das elterliche Beziehungsmuster**

In den untersuchten Abschlussberichten weiblicher Therapeuten werden die Eltern häufiger mit disharmonischen, passiven und eher negativen Attributen charakterisiert, als dies bei ihren männlichen Kollegen der Fall ist. So werden die Eltern als verärgert und unsympathisch bezeichnet, als fremdbestimmt, depressiv und resignierend und als unzufrieden und ängstlich. Um eine Erklärung für diesen Sachverhalt zu finden, kann nun vermutet werden, dass die Patienten ihren weiblichen Therapeuten gegenüber selbst für negative Empfindungen offener sind. Der Prototyp der Psychoanalytikerin ist laut Klöß-Rotmann und Kächele (2009) sehr behutsam und einführend in seiner Behandlungstechnik. 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 dies bei männlichen Therapeuten der Fall ist. 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.

Man muss an dieser Stelle natürlich darauf hinweisen, dass es sich hierbei um die Wortwahl der Ausbildungskandidatinnen handelt, die die Erzählungen ihrer Patienten wiedergeben. 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 als Einheit geht.

#### **4.2.8.2. Das mütterliche Beziehungsmuster**

Bei Betrachtung der zugehörigen Tabelle 5 wird deutlich, dass auch hier in den Berichten der Therapeutinnen häufiger disharmonische Begriffe zur Beschreibung der Mütter verwendet werden, als in den Berichten männlicher Therapeuten. Dabei werden die Mütter der Patienten 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 in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass weibliche Therapeuten innerhalb der Analyse ein stärkeres Gespür für problematische familiäre Beziehungen zeigen, was so möglicherweise zur verbesserten Wahrnehmung dieser Problematik durch den Patienten führt.

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.

#### **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 den Berichten weiblicher und männlicher Ausbildungskandidaten. Dieses Ergebnis lässt sich gut mit der Metaanalyse von Bowman et al (2001) vergleichen. Darin schlussfolgern die Autoren, dass das Therapeutengeschlecht wenn überhaupt, nur sehr wenige Auswirkungen auf die Behandlung und deren Erfolg hat, folglich wahrscheinlich auch keine auf die Charakterisierung des väterlichen Beziehungsmusters.

#### **4.2.9. Therapeuten-Patienten-Konstellation**

In der vorliegenden Arbeit wurde ebenfalls 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 war 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.

#### **4.2.9.1. Das elterliche Beziehungsmuster**

Man kann nun nach Durchsicht der Ergebnisse sagen, dass die Eltern häufig mit disharmonischen Begriffen charakterisiert werden, was hier vom Therapeutengeschlecht abhängt. So findet man besonders in den Berichten weiblicher Ausbildungskandidaten die Beschreibung der Eltern als depressive, resignierende, unzufriedene, ängstliche, fremdbestimmte, verärgerte und unsympathische Personen. Eine Erklärung für diesen Sachverhalt könnte darin liegen, dass weibliche Therapeuten im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen mehr Nähe zu ihren Patienten aufbauen und eine behutsame Behandlungstechnik favorisieren, indem sie ein geringer ausgeprägtes Kontrollbedürfnis in der Behandlungssituation haben (Klöß-Rotmann und Kächele 2009). Die Therapeutin gibt dem Patienten möglicherweise so das Gefühl, gut aufgehoben und akzeptiert zu sein, wodurch der Patient auch negative Gefühle und Erinnerungen an die eigenen Eltern zulässt. Des Weiteren muss erwähnt werden, dass Therapeutinnen größeren Wert auf die Bearbeitung sozialer Beziehungen legen als ihre männlichen Kollegen dies tun und eine enge Objektgebundenheit in ihren Berichten betonen, die den Blick auf die Kernfamilie lenkt (Klöß-Rotmann und Kächele 2009).

Auch Jones und Zoppel kamen bereits 1982 zu dem Schluss, dass sich Patientinnen 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 zwischen Therapeutin und Patientin zur Folge. Des Weiteren kann nun erneut gemutmaßt werden, ob es sich in diesem Fall nicht um eine Übertragungssituation handelt. Der Therapeutin wird möglicherweise die Rolle der Mutter zugeschrieben und durch die Interaktion mit dieser die verdrängten negativen Gefühle der Mutter gegenüber reinszeniert.

In den Berichten männlicher Therapeuten und weiblicher Patienten findet man häufig die Charakterisierung der Eltern als souveräne Menschen, wobei das Patientengeschlecht ausschlaggebend ist. Dieselbe Konstellation ist bedeutend für die Beschreibung der Eltern als sich zuwendend. Bei Betrachtung von Tabelle 15 wird nun klar, dass diese positive Beschreibung der Eltern als Einheit, bei genauer Differenzierung in Mutter und Vater, eher dem Vater zugeschrieben wird.

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)). Dies begründet möglicherweise das positive Vaterbild weiblicher Patienten in ihrer Behandlung durch männliche Therapeuten.

#### **4.2.9.2. Das mütterliche Beziehungsmuster**

In den Abschlussberichten weiblicher Therapeuten werden die Mütter sowohl weiblicher, als auch männlicher Patienten häufig mit disharmonischen Kategorien beschrieben. Die Mütter werden besonders als sich zurückziehend empfunden, wobei dies von dem Therapeutengeschlecht abhängt. Dieser Sachverhalt passt nicht zur Aussage von Klöß-Rotmann und Kächele (2009), dass Psychoanalytikerinnen harmonische Zustände anstreben und in ihren Berichten eher die hellen und warmen Seiten des Lebens betonen. Aber auch Jones und Zoppel postulieren 1982, dass weibliche Therapeuten – im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen - in ihren Berichten eher sozial erwünschte Adjektive verwenden. Jedoch kamen sie auch 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 Person beschrieben, die in der Lage ist, 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.

#### **4.2.9.3. Das väterliche Beziehungsmuster**

In den DPV-Berichten männlicher Ausbildungskandidaten findet man häufig die Begriffe *sich zuwenden* und *souverän sein*, wenn es um die Charakterisierung der Väter ihrer weiblichen Patienten geht. 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. 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).

#### **4.2.10. 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 jedoch 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.

#### **4.2.10.1. 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 allein 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.

#### **4.2.10.2. 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.

#### **4.2.10.3. 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 selbsterklärend, 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.

#### **4.2.11. 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.

## 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. Da die Berichte nur wenige Wochen vor dem Abschlusskolloquium erstellt werden, enthalten sie keine endgültigen Angaben zur Therapiedauer. Gegenstand der Untersuchung waren neben dem Patientenalter, der Therapiedauer, dem Therapeuten- und Patientengeschlecht vor allem die mütterlichen und väterlichen Beziehungsmuster, wobei diese auf die Abhängigkeit vom Patienten- und Therapeutengeschlecht, sowie von bestimmten Geschlechterkonstellationen hin untersucht wurden. 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 Method – Systems 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 Merkmalserhebung 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, aufopfernde, sowie eher passive, dependente und ängstliche Eigenschaften zu.
2. Unabhängig vom Geschlecht der befragten Studierenden gelten Männer als souverän, aber auch als unzuverlässig, angreifend, dominant und zurückweisend.

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. Das elterliche Beziehungsmuster scheint liebevoll und sich zuwendend zu sein, wobei die Eltern als souverän, aber auch ängstlich und unzufrieden gelten.
3. Die Patienten beschreiben ihre Mütter als äußerst dominante Personen, die liebevoll und zuwendend, aber auch unzufrieden, ängstlich und zurückweisend sein können. Bei detaillierter Betrachtung zeigt sich ein negatives Bild mit unzuverlässigen, vernachlässigenden und beherrschenden Eigenschaften.
4. Das Vaterbild zeigt einen Menschen, der zurückgezogen, fremdbestimmt und schwach ist, aber auch souverän, liebend und sich zuwendend sein kann.
5. Bei Betrachtung der Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht zeigt sich lediglich, dass Patientinnen ihre Eltern sowie ihre Väter signifikant häufiger als souverän beschreiben als männliche Patienten dies tun.
6. Bei Betrachtung der Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Therapeuten-geschlecht wird deutlich, dass Therapeutinnen die Eltern und Mütter signifikant häufiger mit disharmonischen Begriffen charakterisieren als ihre männlichen Kollegen dies tun. Zudem beschreiben sie die Eltern signifikant häufiger als verärgert, unsympathisch, fremdbestimmt, depressiv, unzufrieden und ängstlich, die Mütter als sich zurückziehend.
7. Bei Betrachtung der Beziehungsmuster in Abhängigkeit bestimmter Geschlechter-konstellationen von Therapeut und Patient, zeigt sich, dass in der Konstellation Mann – Frau sowohl Eltern, als auch Väter signifikant häufiger als sich zuwendend charakterisiert werden.
8. 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.
9. Bei der Reliabilitätsprüfung anhand 20 Berichte zeigt sich nach Landis und Koch im Durchschnitt eine beachtliche Übereinstimmung („substantial agreement“).

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)

Albani C, Pokorny D, Blaser G, Grüninger S, König S, Marschke F, Geißler I, Körner A, Geyer M, Kächele H (2002) Re-formulation of Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) categories: The CCRT-LU category system. Psychother Res 12: 319-338

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:30  
Gelöscht: +

2. 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)

3. 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)

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:30  
Gelöscht: +

4. 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)

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:30  
Gelöscht: +

### uSW

5. 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)
6. 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)



7. Backenstraß M, Mundt C: Psychotherapie. In: Rohde A, Marneros A (Hrsg.): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart, S. 392 – 404 (2007)
  
8. 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)
  
9. 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)
  
10. 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)
  
11. 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)
  
12. 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)
  
13. 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)
  
14. 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)

15. 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/BMFESFJ/Service/Publikationen/publikationen.did=3112.html>)
16. Cohen J A: A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement 20: 37 – 46 (1960)
17. core conflictual relationship theme leipzig – ulm: <http://ccrt-lu.org> (Stand 2010)
18. 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)
19. 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)
20. Deutsche Psychoanalytische Vereinigung: Ausbildungsrichtlinien:  
<http://www.dpv-psa.de>, Stand 2007
21. 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)
22. 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)

23. Gebhardt H: Vorurteile – Stereotype – Cliché. Versuch einer Begriffsbestimmung aus linguistischer Sicht. *Linguistische Berichte* 70: 51-62 (1980)
  
24. 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)
  
25. 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)
  
26. 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)
  
27. 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)
  
28. 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)
  
29. 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)
  
30. 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)

31. Klöß L: Geschlechtstypische Sprachmerkmale von Psychoanalytikern, Med. Dissertation, Universität Ulm (1988)
  
32. 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)
  
33. 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)
  
34. Krech D, Crutchfield R S, Ballachey E: Individual in society. Graw Hill, New York, San Francisco, Toronto, S. 17 - 67 (1962)
  
35. Landis J R, Koch G G: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159 - 174 (1977)
  
36. 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)
  
37. 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)
  
38. 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)
  
39. Meltzoff J, Kornreich M: Research in psychotherapy. Atherton Press, New York, S. 230 - 336 (1970)

40. Mentzos S: Hysterie-Konzepte. In: Mentzos S: Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 31 - 40 (2004a)
41. Mentzos S: Hysterische Charakterbildung. In: Mentzos S: Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 59 - 74 (2004b)
42. Mentzos S: Interpersonale Aspekte. In: Mentzos S: Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 123 - 134 (2004c)
43. 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)
44. Mitscherlich-Nielsen M: Gibt es Unterschiede in der Identität von männlichen und weiblichen Psychoanalytikern? Psyche 36: 267 – 276 (1982)
45. Pokorny D: Internalisierte Beziehungsmuster. Kumulative Habilitationsschrift, Universität Ulm (eingereicht)
46. Riemann F: Die hysterischen Persönlichkeiten. In: Riemann F: Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. Ernst Reinhardt, München, S. 156 - 199 (1985)
47. Rupprecht-Schampera U: Frühe Triangulierung in der Hysterie. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse 7: 637 – 664 (1997)
48. 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)

49. 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) Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:30  
Gelöscht: \*
50. Scher M: Verbal activity, sex, counselor experience and success in counseling, Journal of Counseling Psychology 22: 97 – 101 (1975) Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:30  
Gelöscht: \*
51. 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) Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:30  
Gelöscht: \*
52. 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) Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:30  
Gelöscht: \*
53. 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) Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:30  
Gelöscht: \*
54. Seidler G H: Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels. Ferdinand Enke, Stuttgart (1996) Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:30  
Gelöscht: \*
55. 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) Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:30  
Gelöscht: \*
- Veith I (1977) Four thousand years of hysteria. In: Horowitz M (Hrsg) Hysterical personality. Jason Aronson, New York, S 7-93
56. 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)
57. 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) Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:29  
Gelöscht: ie

58. Ziegenhain U: Klinische Anwendung der Bindungstheorie in der frühen Kindheit. Kumulative Habilitationsschrift, Universität Ulm (2004)
59. Zimmermann V: Systematische Affektanalyse in Traumberichten depressiver und hysterischer Patienten. Med. Dissertation, Universität Ulm (1995)

Office 2004 Test Drive-B..., 30.7.10 18:29  
Gelöscht: \*

## Anhang

### 1. Fragebogen: „Was ist weiblich, was ist männlich?“

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		
	A2 akzeptieren, verstehen		
B	erklären, bestätigen		
	B1 erklären, bestätigen		
	B2 helfen		
C	lieben, sich wohlfühlen		
	C1 nahe sein		
	C2 lieben		
	C3 zuversichtlich, zufrieden, sinnlich vergnügt		
	C4 sexuell aktiv sein		
	C5 gesund sein		
D	souverän sein		
	D1 innerlich stark sein		
	D2 stolz, autonom sein		
E	depressiv sein, resignieren		
	E1 enttäuscht sein		
	E2 resignieren		
F	unzufrieden sein, Angst haben		
	F1 Schuld/Scham empfinden, unzufrieden sein		
	F2 sich fürchten, ängstlich sein		
G	fremdbestimmt sein		
	G1 abhängig sein		
	G2 schwach sein		
H	verärgert, unsympathisch sein		
	H1 Ekel empfinden, verärgert sein		
	H2 unsympathisch sein		
I	unzuverlässig sein		
	I1 vernachlässigen		
	I2 egozentrisch sein		
J	zurückweisen		
	J1 ignorieren, vorwerfen		
	J2 widersetzen, kritisieren		
K	dominieren		
	K1 schlecht sein		
	K2 beherrschen		
L	ärgern, angreifen		
	L1 jemanden ärgern		
	L2 angreifen		
M	sich zurückziehen		
	M1 sich zurückziehen, sich zurückhalten		
	M2 sexuell inaktiv sein		
	M3 krank sein		
Ihr Alter in Jahren beim letzten Geburtstag			
Geschlecht (w oder m)			
Beruf			
... falls "Studierende", bitte noch die Fachrichtung			
VIELEN DANK !!!			



## 2. Das Beziehungsmuster im Abhängigkeit vom Patientengeschlecht

### 2.1. Das elterliche Beziehungsmuster

Tab. 1: Das **elterliche Beziehungsmuster** in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht, sortiert nach der Effektstärke (n = 100). Signifikante Werte sind fett gedruckt.

Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt.

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

		Patientengeschlecht				ES	t-Test P	U-Test P
		weiblich (n=50)		männlich (n=50)				
		MW	SA	MW	SA			
Index		0,54	0,19	0,55	0,20	0,07	0,07	0,813
Harmonisch		3,07	0,83	2,80	0,94	-0,30	-0,30	0,153
Disharmonisch		2,58	0,53	2,56	0,65	-0,04	-0,04	0,806
F	unzufrieden sein, Angst haben	2,78	1,01	3,05	1,23	0,24	0,234	0,197
E	depressiv sein, resignieren	2,68	0,90	2,72	1,24	0,04	0,854	1,000
M	sich zurückziehen	2,62	0,79	2,62	1,05	0,00	1,000	0,953
H	verärgert, unsympathisch sein	1,75	0,73	1,72	0,90	-0,04	0,856	0,467
J	zurückweisen	2,85	1,06	2,80	1,16	-0,04	0,823	0,549
I	unzuverlässig sein	2,81	1,02	2,72	1,16	-0,08	0,681	0,508
G	fremdbestimmt sein	2,71	0,90	2,63	0,95	-0,09	0,666	0,690
A	sich zuwenden	3,00	0,96	2,89	1,09	-0,11	0,593	0,653
B	unterstützen	2,89	1,01	2,75	1,07	-0,13	0,503	0,582
K	dominieren	2,83	0,90	2,72	0,82	-0,13	0,524	0,254
L	ärgern, angreifen	2,21	0,90	2,04	1,04	-0,17	0,385	0,210
C	lieben, sich wohlfühlen	3,20	1,03	2,92	1,08	-0,27	0,187	0,229
D	souverän sein	3,18	0,83	2,65	1,02	-0,57	0,005	0,006

## 2.2. Das mütterliche Beziehungsmuster

Tab. 2: Das **mütterliche Beziehungsmuster** in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht, sortiert nach der Effektstärke (n = 100). Signifikante Werte sind fett gedruckt.

Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt.

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

		Patientengeschlecht				ES	t-Test P	U-Test P
		weiblich (n=50)		männlich (n=50)				
		MW	SA	MW	SA			
Index		0,53	0,16	0,52	0,15	-0,06	0,778	0,687
Harmonisch		3,06	1,22	2,94	1,16	-0,10	0,615	0,636
Disharmonisch		2,58	0,76	2,57	0,68	-0,02	0,939	0,911
F	unzufrieden sein, Angst haben	2,88	1,48	3,30	1,64	0,27	0,183	0,134
I	unzuverlässig sein	2,78	1,40	2,98	1,48	0,14	0,489	0,517
E	depressiv sein, resignieren	2,76	1,47	2,92	1,75	0,10	0,621	0,609
M	sich zurückziehen	1,54	1,09	1,64	1,16	0,09	0,658	0,650
J	zurückweisen	3,02	1,55	3,12	1,41	0,07	0,736	0,759
A	sich zuwenden	3,08	1,38	3,10	1,36	0,01	0,942	0,958
H	verärgert, unsympathisch sein	1,74	0,94	1,72	1,14	-0,02	0,924	0,507
B	unterstützen	3,04	1,41	2,96	1,38	-0,06	0,776	0,792
K	dominieren	3,46	1,72	3,34	1,52	-0,07	0,712	0,506
C	lieben, sich wohlfühlen	3,28	1,43	3,14	1,39	-0,10	0,620	0,616
D	souverän sein	2,86	1,33	2,58	1,44	-0,20	0,315	0,256
G	fremdbestimmt sein	2,70	1,59	2,22	1,56	-0,30	0,131	0,105
L	ärgern, angreifen	2,38	1,46	1,92	1,24	-0,34	0,092	0,086

### 2.3. Das väterliche Beziehungsmuster

Tab. 3: Das **väterliche Beziehungsmuster** in Abhängigkeit vom Patientengeschlecht, sortiert nach der Effektstärke (n = 100). Signifikante Werte sind fett gedruckt.

Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt.

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

		Patientengeschlecht				ES	t-Test P	U-Test P
		weiblich (n=50)		männlich (n=50)				
		MW	SA	MW	SA			
Index		0,55	0,22	0,58	0,25	0,15	0,461	0,622
Harmonisch		3,07	0,91	2,66	1,32	-0,36	0,074	0,032
Disharmonisch		2,58	0,66	2,54	0,86	-0,05	0,805	0,814
G	fremdbestimmt sein	2,72	1,63	3,04	1,51	0,20	0,311	0,301
F	unzufrieden sein, Angst haben	2,68	1,46	2,80	1,54	0,08	0,690	0,681
L	ärgern, angreifen	2,04	1,37	2,16	1,58	0,08	0,686	0,967
H	verärgert, unsympathisch sein	1,76	1,00	1,72	1,11	-0,04	0,850	0,588
E	depressiv sein, resignieren	2,60	1,49	2,52	1,52	-0,05	0,790	0,728
K	dominieren	2,20	1,50	2,10	1,53	-0,07	0,742	0,693
M	sich zurückziehen	3,70	1,43	3,60	1,62	-0,07	0,744	0,895
J	zurückweisen	2,68	1,50	2,48	1,58	-0,13	0,518	0,457
B	unterstützen	2,74	1,28	2,54	1,52	-0,14	0,477	0,289
A	sich zuwenden	2,92	1,16	2,68	1,46	-0,18	0,365	0,251
I	unzuverlässig sein	2,84	1,30	2,46	1,53	-0,27	0,183	0,124
C	lieben, sich wohlfühlen	3,12	1,19	2,70	1,50	-0,31	0,124	0,102
D	souverän sein	3,50	1,13	2,72	1,49	-0,59	0,004	0,007

### 3. Das Beziehungsmuster in Abhängigkeit vom Therapeutengeschlecht

#### 3.1. Das elterliche Beziehungsmuster

Tab. 4: Das **elterliche Beziehungsmuster** in Abhängigkeit vom Therapeutengeschlecht, sortiert nach der Effektstärke (n = 100). Signifikante Werte sind fett gedruckt.

Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt.

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

		Therapeutengeschlecht				ES	t-Test P	U-Test P
		weiblich (n=50)		männlich (n=50)				
		MW	SA	MW	SA			
Index		0,51	0,17	0,58	0,20	0,33	0,105	0,102
Harmonisch		2,81	0,90	3,06	0,88	0,28	0,171	0,146
Disharmonisch		2,69	0,64	2,45	0,52	-0,48	<b>0,034</b>	<b>0,046</b>
D	souverän sein	2,77	0,98	3,06	0,93	0,30	0,132	0,198
C	lieben, sich wohlfühlen	2,91	1,12	3,21	0,98	0,29	0,157	0,154
B	unterstützen	2,70	1,08	2,94	0,99	0,23	0,250	0,140
A	sich zuwenden	2,87	1,04	3,02	1,01	0,15	0,466	0,360
K	dominieren	2,75	0,95	2,80	0,76	0,06	0,772	0,750
J	zurückweisen	2,87	1,15	2,78	1,07	-0,08	0,687	0,866
I	unzuverlässig sein	2,82	1,14	2,71	1,04	-0,10	0,615	0,740
L	ärgern, angreifen	2,21	1,11	2,04	0,82	-0,17	0,385	0,579
M	sich zurückziehen	2,73	0,96	2,51	0,88	-0,24	0,237	0,361
H	verärgert, unsympathisch sein	1,90	0,90	1,57	0,70	-0,41	<b>0,043</b>	0,079
G	fremdbestimmt sein	2,86	1,01	2,48	0,79	-0,42	<b>0,038</b>	<b>0,027</b>
E	depressiv sein, resignieren	2,94	1,12	2,46	0,98	-0,45	<b>0,025</b>	<b>0,010</b>
F	unzufrieden sein, Angst haben	3,17	1,13	2,66	1,09	-0,46	<b>0,023</b>	<b>0,023</b>

### 3.2. Das mütterliche Beziehungsmuster

Tab. 5: Das **mütterliche Beziehungsmuster** in Abhängigkeit vom Therapeutengeschlecht, sortiert nach der Effektstärke (n = 100). Signifikante Werte sind fett gedruckt.

Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt.

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

		Therapeutengeschlecht				ES	t- Test P	U- Test P
		weiblich (n=50)		männlich (n=50)				
		MW	SA	MW	SA			
Index		0,49	0,15	0,55	0,16	0,38	0,058	0,061
Harmonisch		2,84	1,11	3,16	1,25	0,27	0,178	0,181
Disharmonisch		2,77	0,69	2,39	0,70	-0,55	<b>0,007</b>	<b>0,006</b>
C	lieben, sich wohlfühlen	3,02	1,42	3,40	1,37	0,27	0,177	0,176
D	souverän sein	2,54	1,40	2,90	1,36	0,26	0,196	0,169
B	unterstützen	2,84	1,38	3,16	1,41	0,23	0,253	0,252
A	sich zuwenden	2,98	1,29	3,20	1,44	0,16	0,423	0,386
K	dominieren	3,44	1,68	3,36	1,56	-0,05	0,806	0,634
J	zurückweisen	3,16	1,50	2,98	1,45	-0,12	0,544	0,526
L	ärgern, angreifen	2,30	1,54	2,00	1,16	-0,22	0,274	0,568
G	fremdbestimmt sein	2,68	1,77	2,24	1,36	-0,28	0,166	0,239
I	unzuverlässig sein	3,08	1,44	2,68	1,42	-0,28	0,165	0,173
E	depressiv sein, resignieren	3,08	1,65	2,60	1,54	-0,30	0,136	0,126
F	unzufrieden sein, Angst haben	3,38	1,58	2,80	1,53	-0,37	0,065	0,067
H	verärgert, unsympathisch sein	1,92	1,18	1,54	0,86	-0,37	0,068	0,076
M	sich zurückziehen	1,88	1,30	1,30	0,81	-0,53	<b>0,009</b>	<b>0,006</b>

### 3.3. Das väterliche Beziehungsmuster

Tab. 6: Das **väterliche Beziehungsmuster** in Abhängigkeit vom Therapeutengeschlecht, sortiert nach der Effektstärke (n = 100). Signifikante Werte sind fett gedruckt.

Harmonische Kategorien sind hellgrau hinterlegt.

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

		Therapeutengeschlecht				ES	t-Test P	U-Test P
		weiblich (n=50)		männlich (n=50)				
		MW	SA	MW	SA			
Index		0,53	0,21	0,60	0,26	0,27	0,177	0,221
Harmonisch		2,78	1,09	2,95	1,21	0,15	0,462	0,452
Disharmonisch		2,62	0,87	2,50	0,64	-0,15	0,440	0,316
C	lieben, sich wohlfühlen	2,80	1,31	3,02	1,42	0,16	0,423	0,452
D	souverän sein	3,00	1,31	3,22	1,43	0,16	0,425	0,376
I	unzuverlässig sein	2,56	1,54	2,74	1,31	0,13	0,530	0,432
K	dominieren	2,06	1,58	2,24	1,44	0,12	0,553	0,370
B	unterstützen	2,56	1,42	2,72	1,39	0,11	0,569	0,523
M	sich zurückziehen	3,58	1,53	3,72	1,53	0,09	0,647	0,539
A	sich zuwenden	2,76	1,32	2,84	1,33	0,06	0,763	0,749
J	zurückweisen	2,58	1,70	2,58	1,37	0,00	1,000	0,744
L	ärgern, angreifen	2,12	1,57	2,08	1,38	-0,03	0,893	0,910
G	fremdbestimmt sein	3,04	1,64	2,72	1,50	-0,20	0,311	0,268
H	verärgert, unsympathisch sein	1,88	1,14	1,60	0,95	-0,27	0,184	0,249
F	unzufrieden sein, Angst haben	2,96	1,58	2,52	1,39	-0,30	0,142	0,155
E	depressiv sein, resignieren	2,80	1,53	2,32	1,44	-0,32	0,108	0,103

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt

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

Herrn Dr. D. Pokorny für die hervorragende methodische Unterstützung,  
und

meinen Eltern für viel Geduld und aufmunternde Worte während meiner schulischen und studentischen Laufbahn.

## **Lebenslauf**

Geburt: 10. Januar 1984 in Arad, Rumänien

Schulbildung: September 1990 bis Juli 1995  
Albecker-Tor-Grund- und Hauptschule Langenau

September 1995 bis Juli 2000  
Friedrich-Schiller-Realschule Langenau

September 2000 bis Juli 2003  
Valckenburgschule Ulm

Schulabschluss: Allgemeine Hochschulreife

Hochschulstudium: Wintersemester 2003/04 bis Sommersemester 2009  
Studium der Humanmedizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Dezember 2009  
Approbation als Ärztin