

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
– Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft –

**Mann und Frau in der OPD – der „kleine Unterschied“?
Untersuchung des Einflusses des Geschlechtes
von Patienten/Patientinnen und Diagnostikern/Diagnostikerinnen
auf die Befunde der Achsen
„Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“
der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Schmitz-Moormann, Stefani
aus Münster
2005

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. H. Jürgens
1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft
2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. S. Ständer
Tag der mündlichen Prüfung: 02.12.2005

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
– Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft –
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft
Koreferent: Priv.-Doz. Dr. med. S. Ständer

ZUSAMMENFASSUNG

Mann und Frau in der OPD – der „kleine Unterschied“? Untersuchung des Einflusses des Geschlechtes von Patienten/Patientinnen und Diagnostikern/Diagnostikerinnen auf die Befunde der Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“ der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik

Stefani Schmitz-Moormann

Die vorliegende Arbeit befasst sich erstmals unter einer geschlechtsspezifischen Perspektive mit dem diagnostischen Instrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). Die mit der OPD erhobenen Befunde der Achsen II (Beziehung), III (Konflikt) und IV (Struktur) von 2739 männlichen und weiblichen Patienten einer psychosomatischen Universitäts-Poliklinik werden auf geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Da es sich bei der OPD um ein Expertenrating handelt, werden hypothesengeleitet über den Einfluss des Patientengeschlechtes hinaus auch der Einfluss des Geschlechtes der Diagnostiker auf die Befunde sowie der Einfluss von Interaktionen in der Patient-Diagnostiker-Dyade untersucht. Zusammenhänge und Differenzierungen zwischen geschlechtsstereotypen Verhaltensweisen von Männern und Frauen und den auf den Achsen diagnostizierten habituellen dysfunktionellen Beziehungsmustern, überdauernden, neurotischen Konflikten und ich-strukturellen Fähigkeiten sollen erfasst werden.

In den Ergebnissen der Arbeit bildet sich auf den Achsen „Beziehung“ und „Konflikt“ „typisch Männliches“ und „typisch Weibliches“ in den Befunden der Patienten ab, während sich auf der Strukturachse keine wesentlichen Geschlechtsunterschiede zeigen. Insbesondere auf der Beziehungsachse kristallisieren sich Überschneidungen zwischen geschlechtsstereotypen Verhaltensmustern und dysfunktionellen Beziehungsmustern heraus. Diskutiert wird angesichts der Möglichkeit diagnostischer Verzerrungen (gender bias) die Notwendigkeit einer sensibleren Unterscheidung zwischen normalen Geschlechtsakzentuierungen und Dysfunktionalität. Männliche und weibliche Diagnostiker stimmen in ihren Einschätzungen auf den drei Achsen größtenteils überein. Dennoch zeigen sich signifikante Unterschiede, die auf etwas „typisch Männliches“ und etwas „typisch Weibliches“ im diagnostischen Blick auf das „In-Beziehung-Sein“, wie es die OPD beurteilt, hindeuten.

Diskutiert wird die Notwendigkeit, geschlechtersensible Aspekte in das bislang als geschlechtsneutral geltende Instrument OPD einzubeziehen. Sie stellt sich zum einen im Hinblick auf die Differenzierung zwischen geschlechtsstereotypen Mustern und dysfunktionellen Beziehungsmustern, neurotischen Konflikten und auf den Einfluss stereotyper Annahmen der Diagnostiker, zum anderen im Hinblick auf einen geschlechtsspezifischen diagnostischen Spielraum, der den „diagnostischen Goldstandard“ der OPD, an dem sich Diagnostiker orientieren, erweitern könnte. Insgesamt ergibt die eingenommene Genderperspektive auf die OPD ein komplexes Bild mit noch vielen Fragezeichen, das zu einer weiteren Auseinandersetzung anregen soll.

Tag der mündlichen Prüfung: 02.12.2005

Inhaltsverzeichnis

Seite

1	Einführung.....	1
2	Literaturüberblick	3
2.1	Geschichtlicher Überblick über die wissenschaftliche Darstellung und Bewertung von Geschlechtsunterschieden in der medizinisch-psychologischen Forschung.	3
2.2	Geschlechtsunterschiede in der psychologisch-medizinischen Forschung.....	5
2.3	Theorien zu psychologischen Geschlechtsunterschieden.....	6
2.3.1	Biologische Theorien.....	6
2.3.2	Soziale Lerntheorien	7
2.3.3	Kognitive Theorien	7
2.3.4	Sozialpsychologische Theorien.....	7
2.3.5	Analytisch-psychodynamische Theorien	8
2.4	Psychologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen	9
2.4.1	Denken.....	9
2.4.2	Frühe Beziehungsgestaltung	9
2.4.3	Spielverhalten	10
2.4.4	Selbstvertrauen	10
2.4.5	Moral- und Werturteile.....	11
2.5	Geschlechtsstereotype	11
2.5.1	Weibliche Stereotype	11
2.5.2	Männliche Stereotype.....	12
2.5.3	Gegensatzpaare männlicher und weiblicher Persönlichkeitszüge:	13
2.6	Männer und Frauen in der Psychotherapieforschung.....	14
2.6.1	Frauen.....	14
2.6.2	Männer	14
2.7	Männer und Frauen als Patienten und Patientinnen	15
2.7.1	Krankheitsverhalten/Inanspruchnahme.....	15
2.7.2	Beschwerden/Störungen	17
2.7.3	Beziehungsgestaltungen von Patienten und Patientinnen.....	18
2.7.4	Psychotherapieverläufe.....	19
2.7.5	Therapieform.....	19

2.8	Diagnostiker/Diagnostikerinnen, Therapeuten/Therapeutinnen	20
2.8.1	Therapeutisches Handeln	20
2.8.2	Therapieziele.....	21
2.8.3	Behandlungserfolg	21
2.8.4	Wie sehen Patienten ihre Therapeuten?.....	22
2.8.5	Wie sehen Therapeuten ihre Patienten?.....	23
2.8.6	Wie sehen Therapeuten sich selbst?	23
2.9	Interaktionen zwischen Therapeuten/Therapeutinnen und Patienten/ Patientinnen.....	24
2.10	Geschlecht und psychische Diagnostik	26
2.10.1	Geschlechtsstereotype und diagnostisches Urteil	26
2.10.2	„Gender bias“ und diagnostisches Urteil	27
2.11	Die Variable Geschlecht in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD).....	30
3	Fragestellungen und Zielsetzung.....	31
	Hypothesenentwicklung und Fragestellungen	31
3.1	Patientengeschlecht und Beziehungachse	31
3.2	Diagnostikergeschlecht und Beziehungachse	33
3.3	Patientengeschlecht und Konfliktachse	34
3.4	Diagnostikergeschlecht und Konfliktachse	35
3.5	Patientengeschlecht und Strukturachse	35
3.6	Diagnostikergeschlecht und Strukturachse	35
4	Material und Methoden.....	37
4.1	Untersuchungssetting	37
4.2	Stichprobenbeschreibung – Diagnostiker, Patienten	37
4.3	Beschreibung des diagnostischen Instrumentes	38
4.3.1	Achse II – Beziehung	39
4.3.2	Achse III – Konflikt	40
4.3.3	Achse IV – Struktur	40
4.4	Angewandte statistische Methoden	41
5	Ergebnisse	42
5.1	Dysfunktionelle Beziehungsmuster (Achse II)	42
5.1.1	Ergebnisse: Patientengeschlecht und Beziehungachse	42

5.1.2	Diagnostikergeschlecht und Beziehungsachse.....	46
5.1.2.1	Ergebnisse: Diagnostikergeschlecht und Dysfunktionalität von Beziehungsmustern	47
5.1.2.2	Ergebnisse: Diagnostikergeschlecht und spezifische Beziehungsmuster.....	50
5.2	Konfliktachse (Achse III)	64
5.2.1.	Patientengeschlecht und Konfliktachse	64
5.2.1.1	Ergebnisse: Patientengeschlecht und Modus der Konfliktverarbeitung.....	64
5.2.1.2	Ergebnisse: Patientengeschlecht und wichtigster/zweitwichtigster Konflikt	66
5.2.2	Ergebnisse: Diagnostikergeschlecht und Konfliktachse.....	70
5.3	Strukturachse (Achse IV)	79
5.3.1	Ergebnisse: Patientengeschlecht und Strukturachse.....	79
5.3.2	Ergebnisse: Diagnostikergeschlecht und Strukturachse.....	80
6	Diskussion.....	84
6.1	Beziehungsachse	84
6.1.1	Patientengeschlecht und Beziehungsachse	84
6.1.1.1	Dysfunktionalität von Beziehungsmustern in der OPD unter der Perspektive geschlechtsstereotyper Verhaltensweisen	84
6.1.1.2	Interpretation der inhaltlichen Unterschiede in den dysfunktionellen Beziehungsmustern von männlichen und weiblichen Patienten	89
6.1.2	Diagnostikergeschlecht und Beziehungsachse.....	91
6.1.2.1	Wie schätzen männliche und weibliche Diagnostiker die Dysfunktionalität von Beziehungsmustern ein?.....	91
6.1.2.2	Quantitative und qualitative Unterschiede in der diagnostischen Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster.....	93
6.2	Konfliktachse	100
6.2.1	Patientengeschlecht und Konfliktachse	100
6.2.1.1	Modus der Konfliktverarbeitung.....	100
6.2.1.2	Patientengeschlecht – wichtigster Konflikt und zweitwichtigster Konflikt	103
6.2.2	Diagnostikergeschlecht und Konfliktachse.....	104
6.3	Strukturachse.....	106
6.3.1	Patientengeschlecht und Strukturachse.....	106
6.3.2	Diagnostikergeschlecht und Strukturachse.....	106

7	Zusammenfassung	110
8	Literaturverzeichnis.....	112
9	Danksagung	127
10	Lebenslauf.....	128
	Anhang	

1 Einführung

Die Differenzierung in zwei Geschlechter prägt jede zwischenmenschliche Begegnung und gehört zu den unhinterfragten Kategorien menschlicher Urteilsbildung. Vor diesem Hintergrund befasst sich die vorliegende Arbeit mit dem Einfluss der Variable Geschlecht auf die diagnostischen Befunde von männlichen und weiblichen Patienten, die mit dem Instrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik von männlichen und weiblichen Diagnostikern erhoben wurden. Die Befunde wurden an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster im Rahmen der Ambulanzuntersuchungen an 2739 Patienten und Patientinnen von 7 männlichen und 7 weiblichen Diagnostikern erhoben. Untersucht wurden die Befunde der Achsen II (dysfunktionelle Beziehungsmuster), III (neurotische Konflikte) und IV (Struktur) der OPD.

Die psychologischen Unterschiede von Männern und Frauen, ob Männer und Frauen sich ähnlicher seien, als dass sie sich unterschieden (Alfermann 1996), oder ob sie keine nennenswerten Gemeinsamkeiten hätten, außer dass sie der gleichen Spezies angehörten (Pease & Pease 2002), stellen ein kontrovers diskutiertes Thema in vielen wissenschaftlichen Bereichen dar. Neben den unwidersprochenen biologischen Geschlechtsmerkmalen sind im Bereich der medizinisch-psychologischen und soziologischen Wissenschaften Unterschiede in den psychologischen Merkmalen, Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen von Männern und Frauen nachgewiesen. Ihre Einordnung und Bewertung wird jedoch je nach Position unterschiedlich vollzogen, ohne dass an dieser Stelle näher darauf eingegangen werden kann. In dieser Arbeit wird ein Standpunkt eingenommen, der von einer psychologischen Unterschiedlichkeit zwischen Männern und Frauen ausgeht und sich an evolutionsbiologischen (Bischof-Köhler 2002) und neurobiologischen (Baron-Cohen 2003) Untersuchungen orientiert. Der Einfluss von Geschlechtsstereotypen und geschlechtsstereotypen Verhaltensweisen (Alfermann 1996; Born 1992) wird ebenfalls berücksichtigt. Unterschiede zwischen Männern und Frauen werden als komplexe bio-psycho-soziale Realität verstanden.

In der für das Thema der vorliegenden Arbeit relevanten wissenschaftlichen Literatur der Fachbereiche Medizin, hier insbesondere der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, der klinischen Psychologie und dem angrenzenden Gebiet der Sozialwissenschaften finden sich über die Variable der Geschlechtszugehörigkeit eine Vielzahl an Publikationen.

Die folgende Literaturübersicht gibt einen Einblick in die komplexe Thematik der Geschlechterforschung. Dargestellt werden psychologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Normalbevölkerung, so genannte „geschlechtsstereotype Verhaltensweisen“, sowie Theorien zur Entstehung von Geschlechtsunterschieden. Geschlechtsspezifische Aspekte zu Diagnostik, Prävalenz, Ausprägung und Therapie psychischer Erkrankungen bei Männern und Frauen, ebenso Ergebnisse zum Einfluss des Geschlechtes der Diagnostiker auf den diagnostischen und therapeutischen Pro-

zess und die Interaktionen zwischen Männern und Frauen als Diagnostiker bzw. Therapeuten, die Männern und Frauen als Patienten und Patientinnen begegnen, werden aufgezeigt.

Anmerkung:

Wenn im Folgenden über Befunde von Männern und Frauen geschrieben wird, so handelt es sich um die Darstellung von Durchschnittswerten, in der jedoch keine Aussage über das Individuum als Mann oder Frau getroffen werden soll.

2 Literaturüberblick

2.1 Geschichtlicher Überblick über die wissenschaftliche Darstellung und Bewertung von Geschlechtsunterschieden in der medizinisch-psychologischen Forschung.

Die Darstellung und Interpretation von Geschlechtsunterschieden in der wissenschaftlichen Forschung o.g. Fachbereiche erfolgte im Verlauf der letzten Jahrzehnte sehr unterschiedlich und teilweise kontrovers.

Noch bis Mitte des 18. Jahrhunderts bestimmte in der westlichen Gesellschaft und somit auch in der hiesigen medizinisch-psychologischen Forschung ein hierarchisch angelegtes Ein-Geschlecht-Modell die Vorstellungswelt, nach dem die Frau als mindere Ausprägung des Mannes galt. Geschlechtsunterschiede wurden fast regelhaft unter der allgemeingültigen Perspektive bewertet, der Mann sei der Frau im biologischen, sozialen und moralischen Sinne überlegen. Forschungsergebnisse wurden entsprechend interpretiert und publiziert (Bleier 1991). Erst der mit der Aufklärung einhergehende geistige Wandel ließ eine Kultur der Differenz zu und der grundsätzliche biologische Unterschied zwischen Mann und Frau wurde betont und durch die naturwissenschaftliche Forschung belegt (Laqueur 1996).

Mit Fortschreiten der Emanzipationsbewegung der Frauen im Laufe des 20. Jahrhunderts im westlichen Kulturkreis fand auch ein Perspektivenwechsel auf den Geschlechtervergleich in der wissenschaftlichen Forschung statt. In einem groben Überblick über einen Zeitraum von ca. 30 Jahren (Ende der 60er bis Mitte der 90er Jahre), im historischen Kontext der Emanzipationsentwicklung der Frauen, war in der wissenschaftlichen Diskussion um Geschlechterunterschiede und deren Interpretation insbesondere von Frauenseite der Trend zu beobachten, außerhalb der rein biologischen Unterschiede von einer prinzipiellen Gleichheit der Geschlechter auszugehen. Es wurde die Auffassung vertreten, dass Männer und Frauen sich grundsätzlich ähnlicher sind, als dass sie sich unterscheiden. Gestützt wurde diese Auffassung durch ein 1974 von Maccoby & Jacklin durchgeführtes Review, in dem Befunde von 1600 empirischen Arbeiten aus verschiedenen psychologischen Fachgebieten und zu unterschiedlichen Fragestellungen auf Geschlechtsunterschiede hin untersucht wurden. Die Arbeit ergab, dass nur marginale Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestünden, die zu vernachlässigen seien. Insbesondere im emotionalen Sektor wurde als einziger Unterschied die erhöhte Aggressivität bei Männern gefunden. Die nur gering ausgeprägten oder fehlenden Geschlechtsunterschiede klärten nicht mehr als 10 % der Varianz auf, sodass 90 % der interindividuellen Varianz auf anderen Faktoren als dem Geschlecht basierten. Aus soziokultureller Sicht sei es ein Anliegen, ungerechtfertigte Vorurteile über Männer und Frauen, die als über Generationen weitergegebene Rollenstereotype Ausdruck männlicher Prädominanz seien, zu entmachten und der Diskriminierung der Frauen die Basis zu entziehen. Seitdem sei es eine wesentliche Strömung in der Forschung gewesen, Geschlechtergleichheit im Sinne einer Nullhypothese anzunehmen.

Unterschiede im Verhalten und Erleben von Männern und Frauen wurden primär als Ausdruck von im sozialen Kontext anerzogenen Stereotypen, Volksglauben, Meinungen von Ideologen oder patriarchalischer Gesellschaftsstrukturen interpretiert, während in Wirklichkeit Männer und Frauen gleich angelegt seien (Alfermann 1996; Bischof-Köhler 2002). Da man annahm, dass Männer und Frauen austauschbar seien, fand das Geschlecht von Versuchspersonen in Studien selten Erwähnung und Forschungsergebnisse wurden ungeprüft von einem Geschlecht auf das andere übertragen (Buss 2002).

In diesem Zeitraum wurde von Bem (1974) ein Androgyniekonzept entwickelt. Hier wurde im Gegensatz zum bisherigen dichotomen Konzept der Geschlechter, in dem Maskulinität und Femininität zwei gegensätzliche Pole auf einem einzigen Kontinuum darstellten, konzeptualisiert, dass sie zwei unterschiedliche Dimensionen seien, auf denen sich Menschen in mehr oder weniger großem Ausmaß entwickeln könnten. Dies ermöglichte einerseits ein Beibehalten der stereotyp verwurzelten Unterscheidung von „typisch männlich“ und „typisch weiblich“, andererseits wurde die schicksalhafte Bindung an das biologische Geschlecht aufgelöst und ein „mehr männlich“ oder „mehr weiblich“ für beide Geschlechter ermöglicht. Von den aus der zweidimensionalen Betrachtungsweise erwachsenden vier Typenzuordnungen vereint der androgyn Typ männliche und weibliche Eigenschaften. Für den „androgynen Typ“ wurde eine bessere psychische Gesundheit angenommen (Bierhoff-Alfermann 1989).

Für die Strömungen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung um die Variable Geschlecht war der sozialpolitische Einfluss dieser Zeit bedeutsam. Die wissenschaftliche Diskussion schien in engem Zusammenhang mit sozialpolitischen Fragen zur Gleichberechtigung von Frauen zu stehen. Die Forderung der American Psychological Association, das Geschlecht der Versuchspersonen in Studienergebnissen zu spezifizieren, ließ Mitte der achtziger Jahre eine erneute Kontroverse darüber entflammen, ob Männer und Frauen unterschiedlich seien (Buss 2002). 1988 diskutierten Wissenschaftler in der Zeitschrift „American Psychologist“, ob die Darstellung von Geschlechtsunterschieden in der naturwissenschaftlichen Forschung überhaupt notwendig und sinnvoll sei oder ob sie nicht dem Prozess der Geschlechtergleichheit zuwider laufe und dazu verwendet werde, Stereotypisierungen zu forcieren und die Diskriminierung von Frauen zu unterstützen (Baumeister 1988). Hare-Mustin & Marecek (1988) weisen auf die Gefahr einer Konstruktion von Geschlechterunterschieden durch geschlechtsspezifische psychologische Untersuchungen hin, die suggerierten, dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern etwas Naturgegebenes seien und Menschen im Sinne einer sozialen Konstruktion mit ihnen versehen würden.

Andererseits ermöglichte, so die Gegenargumentation, die Beforschung und Veröffentlichung von Geschlechtsunterschieden eine zeitgemäße Re-Evaluation vorherrschender Lehrmeinungen, eine Neubewertung von Geschlechtsunterschieden und Eliminierung unbelegter Annahmen (Rothblum 1988; Eagly 1990; Hyde & Plant 1995; Marecek 1995; Stotland 1999).

Mit Etablierung der präziseren mathematischen Methoden zur Zusammenfassung von Studien und ihren Ergebnissen in Metaanalysen änderten sich die Genauigkeit und die Basis der Schlussfolgerungen. Auf dieser neuen Basis erhobene Schlussfolgerungen weichen von den Befunden der 70er Jahre ab (Feingold 1994). Seit Mitte der 80er Jahre wird die postulierte Ähnlichkeitshypothese der Geschlechter zunehmend infrage gestellt. Befunde belegen, dass die Effektstärken im Bereich der Geschlechterdifferenz in der Regel nicht geringer seien als die in anderen sozialwissenschaftlichen Forschungsbereichen ermittelten Größenordnungen (Eagly & Wood 1999).

2.2 Geschlechtsunterschiede in der psychologisch-medizinischen Forschung

In der wissenschaftlichen Beforschung von Geschlechtsunterschieden werden diese entweder als Variable im Rahmen bestimmter wissenschaftlicher Fragestellungen oder als Geschlechtsvergleiche bezüglich einer zu untersuchenden Variablen einbezogen und ausgewertet. Die Analyse wissenschaftlicher Veröffentlichungen im Bereich Psychotherapie, Psychosomatik und Psychologische Medizin, exemplarisch anhand von Publikationen in der gleichnamigen Zeitschrift, im Rahmen einer Übersichtsarbeit von Davies-Osterkamp (1994) ergab, dass nur 25 % der Veröffentlichungen Geschlechtsvergleiche in zumindest einer der untersuchten Variablen aufwiesen und für eine meta-analytische Untersuchung geeignet seien. In 17 % wurden keine Angaben zur Geschlechterverteilung der Stichproben gemacht, in 62 % keine Angaben zur Geschlechterdifferenz. Davies-Osterkamp kritisiert, dass geschlechterspezifische Analysen in der Mehrzahl nicht durchgeführt werden und schließt sich der Empfehlung von Eagly (1990) an, Datensätze routinemäßig auf Geschlechtsunterschiede zu analysieren.

Eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie (Godfroid 1999; Riecher-Rössler 2000) berücksichtige die Besonderheiten von psychischen Erkrankungen bei beiden Geschlechtern, sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie. Sie trage zur Qualitätssicherung und Patientenzufriedenheit bei.

Jüngere Publikationen zu Geschlechtsunterschieden in der medizinisch-psychologischen Forschung gehen offenbar mit einer größeren Selbstverständlichkeit dem Thema der Geschlechterdifferenzierung nach, mit dem Ziel sie dort anzustreben, wo sie im diagnostischen und therapeutischen Kontext sinnvoll erscheint (Nuckolls 1997; Klotz 1998; Barbieri 1999; Gilbert 1999; Stotland 1999; Mahalik 2000; Ogradniczuk et al. 2001; Gerst 2002). Sowohl in der wissenschaftlichen (Bischof-Köhler 2002; Buss 1995; Alfermann 1996; Eagly 1995; Baron-Cohen 2003), aber, als Ausdruck veränderter gesellschaftlicher Akzeptanz und sozialpolitischer Strömungen, auch in der populärwissenschaftlichen Literatur wie z. B. dem Bestseller von Pease & Pease (2000) zur Psychologie der Geschlechtsunterschiede findet die Annahme zunehmend Verbreitung, dass Geschlechtsunterschiede einer vor einem bio-psycho-sozialen Hintergrund

erwachsenen Normalität entsprechen. Es sei ein komplexes Zusammenspiel der einzelnen mit bedingenden Faktoren anzunehmen, welches bisher nur in Ansätzen verstanden werde (Buss 2002).

Dennoch stellt die Analyse von Geschlechterdifferenzen weiterhin ein kontroverses Thema dar. Die Diskussion um die Wertigkeit und Interaktion der einzelnen Faktoren, beispielsweise die Diskussion um „nature or nurture“, „angelegt oder angelehrt“, „Biologie oder Kultur“ wird weiterhin von unterschiedlichen Positionen geführt und die Sorge, das Feststellen von Unterschieden könne der Diskriminierung des weiblichen oder auch des männlichen Geschlechtes Nährboden bieten, besteht weiterhin (Baron-Cohen 2003; Hanser 2003; Alfermann 1996). Und es sei eine gesellschaftliche Herausforderung, die Prämisse der Gleichheit der Menschen mit der Unterschiedlichkeit der Geschlechter in einen lebhaften, diskriminierungsfreien Einklang zu bringen (Buss 2002).

2.3 Theorien zu psychologischen Geschlechtsunterschieden

Die vorherrschenden Theorien zu psychologischen Geschlechtsunterschieden sollen an dieser Stelle angerissen werden. Sie lassen sich folgenden Kategorien zuordnen:

1. Biologische Theorien
2. Soziale Lerntheorien
3. Kognitive Theorien
4. Sozialpsychologische Theorien
5. Analytisch-psychodynamische Theorien

2.3.1 Biologische Theorien

Biologisch gestützte Theorien zur psychologischen Geschlechterdifferenz führen evolutionsbiologische Argumente ins Feld. Unter dieser Perspektive haben sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den Bereichen herausgebildet, in denen im Verlauf der Evolution verschiedene Anpassungsleistungen zum Überleben der Spezies notwendig waren. Diese hätten sich in der genetischen Matrix etabliert und steuerten über biochemische und hormonale Prozesse auch die für das Überleben der Art notwendigen psychologischen Geschlechtsunterschiede. Ergebnisse neurobiologischer Forschung weisen auf strukturelle Unterschiede der zerebralen Funktionen von Männern und Frauen hin (Buss 1995; Kämmerer 2001; Buss 2001; Bischof-Köhler 2002; Baron-Cohen 2003). Die Konzentrationen der Geschlechtshormone, insbesondere des Testosterons beeinflussen intrauterin die Ausbildung neurobiologischer und damit späterer psychologischer Unterschiede (McEwen 1991; Baron-Cohen 2003; Ginger 2003).

Ein weiterer biologischer Aspekt von Geschlechterunterschieden bei der Entwicklung von psychischen Störungen bei Frauen seien hormonelle Schwankungen, die ursächlich für eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber psychischen Störungen angesehen werden. Aufgrund der hormonellen Faktoren würden psychische Erfahrungen und Konflikte als besonders belastend erlebt. Grundannahme dieser Perspektive sei das Vorliegen weiblicher Schwäche und hormoneller Erschütterbarkeit, welche Unberechenbarkeit und Verletzlichkeit signalisierten (Kämmerer 2001).

2.3.2 Soziale Lerntheorien

Die sozialen Lerntheorien zur Geschlechtsrollenentwicklung nehmen an, dass Individuen im Laufe ihrer Entwicklung durch Beobachten von Verhalten und Modellen lernen, was als geschlechtsangemessen oder als inadäquat gilt. Die soziale Umgebung liefere die entsprechenden Hinweisreize und bekräftige das erwünschte Verhalten. Insofern sei die Geschlechtsrollenentwicklung ein reaktiver Prozess auf soziale Stimuli. Kognitive Konstrukte zu Geschlechtsrollen würden zweitrangig entwickelt (Alfermann 1996; Kämmerer 2001).

2.3.3 Kognitive Theorien

Kognitive Lerntheorien gehen davon aus, dass Menschen als Konstrukteure ihrer Umwelt agieren und einen aktiven Einfluss auf die eigene Entwicklung nähmen. Die Determinante der Geschlechtsrollenentwicklung liege in der Bildung individueller, kognitiver Konstrukte und erworbener Konzepte über Maskulinität und Femininität. Ausgangspunkt sei die Geschlechtsidentität. Die darauf basierenden kognitiven Konzepte über Maskulinität und Femininität führten zu geschlechtsangemessenem Verhalten (Alfermann 1996).

2.3.4 Sozialpsychologische Theorien

Sozialpsychologische Theorien beschäftigen sich im Gegensatz zu sozialen Lerntheorien und kognitiven Entwicklungstheorien, die sich mit der Geschlechtsrollenentwicklung bei Kindern und Prozessen geschlechtstypischer Sozialisation befassen, mit der Erklärung geschlechtstypischen Verhaltens im Rahmen sozialer Interaktionsprozesse, also der Ausführung geschlechtstypischen Verhaltens. Männliche und weibliche Personen würden nicht als unveränderbare, biologisch determinierte Entitäten angesehen, sondern sie seien Produkt ständig stattfindender Konstruktionsprozesse. Entsprechend seien „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ keine Wesensmerkmale von Personen, sondern sie würden in sozialen Handlungen entwickelt (Butler 1991).

Zwei Elemente spielten in sozialpsychologischen Theorien eine Rolle. Zum einen werde das Geschlecht als sozial konstruierte Kategorie dargestellt. Mit dem biologischen Geschlecht würden kognitive Schemata (Geschlechterschemata) assoziiert und bildeten Teil des Selbstbildes. Zudem spielten die kognitiven Schemata und das darauf konstruierte Selbstbild in jeder sozialen Interaktion eine mehr oder weniger große Rolle.

Zum zweiten resultierten aus dem Geschlechterschema Erwartungen, die in soziale Interaktionsprozesse eingingen, Handlungen lenkten und umgekehrt aus Handlungen resultierten.

Die sozialpsychologischen Theorien berücksichtigten sowohl kognitive Elemente, z. B. über den Prozess der Kategorisierung und der Geschlechterschemata, als auch soziale Lernprozesse, die vor allem über den Erwerb von Geschlechtsrollen und geschlechtsstereotypen Erwartungen zu einem Anpassungsdruck führten (Geis 1993; Alfermann 1996; Eagly & Wood 1999; Kämmerer 2001).

2.3.5 Analytisch-psychodynamische Theorien

Aus klassischer psychoanalytischer Sicht entwickle sich die Frau passiver, da sie als Mädchen in der ödipalen Phase realisiere, keinen Penis zu haben, und sich als weniger wert erkenne. Später würde der Penisneid durch den Wunsch, ein Kind zu gebären, kompensiert. In der ödipalen Phase wende sich das Mädchen enttäuscht von der Mutter ab, da diese ebenso minderwertig sei und dem Vater zu. Als normale Triade weiblicher Entwicklung wurden Passivität, Narzissmus und Masochismus angesehen. In der Weiterentwicklung psychoanalytischer Perspektiven wurde Passivität nicht mehr als weibliche Resignation angesichts des Penisneides interpretiert (Notman 1991; Turkel 2000). Das Wesen der Weiblichkeit wurde nun weniger als „Mangelwesen“, sondern vom männlichen differenziert und in einem anderen leiblichen Weltbezug als der Mann gesehen (Condrau 1975).

Eine der moderneren psychodynamischen Sichtweisen betont umgekehrt zum üblichen Blick auf die Frau eher den Blick auf die Entwicklung des Mannes und die Notwendigkeit des Jungen, sich aus der mütterlichen, gegengeschlechtlichen Symbiose zu separieren, um sich mit dem gleichgeschlechtlichen Vater identifizieren zu können. Dies fordere eine andere, forciertere Form von Trennungsarbeit, Abgrenzung und Autonomieentwicklung des Jungen von der Mutter als beim Mädchen, das in der Sicherheit gebenden Nähe der Mutter verbleiben könne. Dieser Unterschied in der Trennungsarbeit zeige sich im Erwachsenen in einem qualitativ unterschiedlichen Ausdruck von Nähe, Intimität und Abhängigkeit zwischen den Geschlechtern (Chodorow 1978; Gilligan 1982; Notman & Nadelson 1995; Sellschopp 2000; Turkel 2000). Andererseits wird von Clower (1991) die Separation der Tochter von ihrer Mutter aufgrund der Gleichgeschlechtlichkeit und Identifizierung als besonders störrisch beschrieben.

2.4 Psychologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Basis aller Theorien zur Entstehung von Geschlechtsunterschieden ist die Wahrnehmung unterschiedlicher psychologischer Eigenschaften bei Männern und Frauen. Im Folgenden werden in der Literatur beschriebene psychologische Unterschiede, die zwischen Männern und Frauen gefunden wurden, skizziert. Die für die Hypothesenbildung der hier vorgelegten Studie relevanten Unterschiede werden ausführlicher dargestellt.

Studien (Notman & Nadelson 1991; Haviland & Malatesta 1981; Baron-Cohen 2003) zeigten, dass Geschlechtsunterschiede im Verhalten sich schon in den ersten Lebensstagen bis -monaten, weit vor der Fähigkeit des Kindes, das Geschlecht anderer oder sein eigenes zu erkennen und sich an ihnen zu orientieren, herausbilden. Diese Unterschiede in den Verhaltens- und Erlebensweisen entwickelten sich auch unter streng geschlechtsneutraler Erziehung (Spiro 1979).

2.4.1 Denken

In Untersuchungen zu Denkleistungen ließen sich bei Frauen/Mädchen bessere verbale Fähigkeiten, bei Männern/Jungen ein besseres visuell-räumliches Vorstellungsvermögen und besseres quantitativ-mathematisches und analytisches Denkvermögen darstellen. Männer und Frauen unterschieden sich in ihren Denkstilen (Schwank 1990). Frauen zeigten nach Schwank eher einen prädikativen Denkstil, Männer einen funktionalen. Baron-Cohen (2003) nimmt an, dass die Denkqualitäten bei Männern durchschnittlich eher analytisch-systematisch funktionierten, während das Denken und Handeln bei Frauen durchschnittlich eher von empathisch-beziehungsorientierten Fähigkeiten geleitet würde.

Ergebnisse aus der neurobiologischen Forschung wiesen auf Unterschiede in den Hirnaktivitäten von Männern und Frauen hin. Die Vernetzung zwischen linker und rechter Hemisphäre über das Corpus callosum sei bei Frauen ausgeprägter, Frauen schienen sprachliche Denkvorgänge in beiden Hirnhälften zu prozessieren, während bei Männern die linke Hirnhälfte dominiere. Laut Ginger (2003) wiesen Befunde der Hirnforschung jedoch auch darauf hin, dass insgesamt die Aktivitäten der linken Hirnhälfte bei Frauen, die der rechten bei Männern ausgeprägter seien.

2.4.2 Frühe Beziehungsgestaltung

Schon am ersten Tag nach der Geburt ließ sich in einer Studie (Baron-Cohen 2003) ein unterschiedliches Interesse von Jungen und Mädchen feststellen. Während neugeborene Jungen ihren Kopf eher einem bewegten, mechanischen Objekt zuwendeten, verfolgten neugeborene Mädchen häufiger die Bewegungen eines menschlichen Ge-

sichtes. Im Säuglingsalter und Kleinkindalter zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede in den Interaktionen zwischen Jungen und Mädchen mit ihren Bezugspersonen. Mädchen im Säuglingsalter nahmen länger Blickkontakt zur Mutter auf, konnten die mütterliche Stimme früher diskriminieren, reagierten auf Geräusche und Stimmen, ließen sich schneller als Jungen beruhigen und sie hätten eine größere Hautsensibilität. Schon im Alter von 12 Monaten reagierten sie empathischer auf Kummer anderer Menschen, zeigten mehr Anteilnahme und tröstendes Verhalten (Zahn-Waxler et al. 1992).

Jungen reagierten weniger auf Kontaktangebote und Mütter scheinen Jungen wegen deren größerer Irritierbarkeit weniger zu stimulieren. Insgesamt wurde ein größeres Bindungspotential bei Mädchen im Vergleich zu Jungen beschrieben. Im Kleinkindalter lägen bei Mädchen eine geringere Risikobereitschaft und ein größeres Bedürfnis, Kontakt zur Mutter zu halten vor während Jungen sich weiter entfernten und explorierten (Bischof-Köhler 2002).

2.4.3 Spielverhalten

Jungen zeigten schon frühzeitig mehr Interesse an mechanischen Spielzeugen und Maschinen, explorierten und experimentierten mehr als Mädchen und spielten mehr in Gruppen mit anderen Jungen. Sie seien durchsetzungsfähiger, aggressiver und hätten mehr Verhaltensauffälligkeiten als Mädchen. Mädchen spielten meist in gleichgeschlechtlichen Dyaden, seien zurückhaltender, gäben in Konflikten eher nach. Sie bevorzugten Puppen und Plüschtiere, in Spielen gehe es oft um Beziehungen und Mädchen seien feinmotorisch geschickter (Goldberg & Lewis 1975; Snow et al. 1983).

2.4.4 Selbstvertrauen

Frauen/Mädchen hätten ein geringeres Selbstvertrauen in Konkurrenzsituationen, sie seien in diesen zurückhaltender als Männer/Jungen, nähmen dadurch Chancen nicht wahr und neigten dazu, ihre Fähigkeiten pessimistischer einzuschätzen und zu unterschätzen. Dabei schätzten Frauen/Mädchen Misserfolge meist als selbstverschuldet ein, d.h. sie attribuierten internal, während sie erfolgreiche Leistungen external attribuierten, d.h. äußere Umstände für ihren Erfolg verantwortlich machten. Insgesamt entstehe bei Frauen/Mädchen eher der Eindruck, selbst keinen Einfluss auf den eigenen Erfolg nehmen zu können.

Männer/Jungen neigten dazu, ihre Leistungsfähigkeit zu überschätzen, die gute Selbsteinschätzung ließe sie jedoch weniger zurückhaltend sein, sie begäben sich in Wettkampfsituationen, auch wenn der Gegner überlegen schiene. Sie schätzten ihre Fähigkeiten hoch ein, verbunden mit dem Gefühl, ihren Erfolg kontrollieren zu können. Erfolg würde i.S. der internalen Kausalattribution mit den eigenen Fähigkeiten in

Verbindung gebracht, während Misserfolg eher external attribuiert würde (Bischof-Köhler 2002).

2.4.5 Moral- und Werturteile

Die Moralentwicklung von Frauen wurde als weniger ausgereift als bei Männern bewertet (Notman & Nadelson 1995). Gilligan (1982) differenzierte die moralische Entwicklung von Männern und Frauen dahingehend, dass Männer eher einer Prinzipienmoral von Gerechtigkeit und Gesetzlichkeit, Frauen eher einer Beziehungsmoral der Fürsorglichkeit und Verantwortlichkeit folgten. Weitere Untersuchungsergebnisse (Nunner-Winkler 1995) deuteten jedoch darauf hin, dass wesentliche Faktoren dafür, auf welcher Ebene ein moralisches Werturteil gefällt werde, die eigene Betroffenheit und die Verhaftung in traditionellen Geschlechtsrollen seien und das Geschlecht selbst als Variable weniger von Bedeutung sei. In der kindlichen Entwicklung wurden in den moralischen Gefühlen keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen festgestellt.

2.5 Geschlechtsstereotype

Stereotype stellen verbreitete und allgemeine Annahmen über die relevanten Eigenschaften von Personengruppen, im Falle der Geschlechtsstereotypen über die typischen Eigenschaften von Männern und Frauen dar. Sie nähmen bedeutsame Unterschiede zwischen den Geschlechtern an, während die Geschlechterrollen die passenden Folien lieferten. Geschlechtsstereotype würden als kollektive Wissensbestände im Laufe der Sozialisation erworben und seien mit leichten Schwankungen interkulturell und im zeitlich-epochalen Vergleich stabil (Alfermann 1996). Sie werden kognitiv in strukturierter Weise, z. B. als Cluster oder Dimensionen gespeichert. In ihnen sind Vorstellungen von „Gender“, im Sinne von psycho-sozialer Geschlechtsspezifität von Männern und Frauen enthalten, wobei Stereotype zu Pauschalisierung tendierten und dazu, Eigenschaften die dem einen Geschlecht zugesprochen würden, dem anderen abzusprechen (Notman & Nadelson 1991). Demgegenüber würden Genderunterschiede als Nuancen von „mehr oder weniger“ verstanden (Gilbert 1999).

Im Folgenden werden Beispiele für männliche und weibliche Stereotype aus wissenschaftlichen Studien aufgeführt, um darzustellen, wie Männer und Frauen typischerweise in ihren jeweiligen Eigenschaften wahrgenommen werden.

2.5.1 Weibliche Stereotype

Positive feminine Eigenschaften, die in einer Studie von Rosenkrantz et al. (1968) genannt werden:

Gebraucht keine harten Worte; sehr beredt; sehr taktvoll; sehr sanft; sehr einfühlsam; sehr religiös; äußert leicht Gefühle; sehr besorgt um die äußere Erscheinung; mit sehr guten Manieren; sehr ruhig; mit großem Sicherheitsbedürfnis; begeistert sich für Kunst und Literatur (Rosenkrantz et al. 1968).

Weibliche stereotype Eigenschaften,

die übereinstimmend in mindestens 20 von 25 untersuchten Staaten genannt wurden: Abergläubisch; abhängig; affektiert; attraktiv; charmant; einfühlsam*; emotional; feminin*; furchtsam; gefühlvoll*; geschwätzig; liebevoll*; milde; neugierig; schwach; sanft; sexy; träumerisch*; unterwürfig*; weichherzig (Williams & Best 1990).

*Diese Eigenschaften wurden übereinstimmend in allen (25) oder fast allen (24) Staaten als typisch weiblich genannt. An der Studie beteiligte Staaten: Australien, Bolivien, Brasilien, Kanada, England, Finnland, Frankreich, Deutschland, Irland, Indien, Italien, Israel, Japan, Malaysia, Niederlande, Neuseeland, Nigeria, Norwegen, Pakistan, Peru, Schottland, Südafrika, Trinidad, USA, Venezuela.

Sozial erwünschte Pole femininer Items

einer Studie von Born (1992) werden wie folgt benannt:

Überhaupt nicht aggressiv; sehr dankbar; sehr ruhig; sieht sich nie als Hauptfigur; sehr warm in Beziehungen zu anderen; mag Kunst und Literatur sehr; fühlt sich überhaupt nicht unbehaglich, wenn andere Gefühle äußern; überhaupt nicht aufdringlich; sehr liebevoll; stark ausgeprägtes Gewissen; sehr rücksichtsvoll; zeigt sehr viel Mitgefühl; benutzt selten Schimpfworte; sehr treu; fast immer bereit, andere zu trösten; sehr sensibel für die Bedürfnisse anderer; strahlt viel Wärme aus; sehr anpassungsfähig; sehr herzlich; beschwichtigt sehr oft in Auseinandersetzungen; sehr sensibel für die Gefühle anderer (Born 1992).

Das weibliche Stereotyp beinhaltet Aspekte wie Wärme, Emotionalität, Sorge für andere und Selbstunsicherheit (Born 1992).

2.5.2 Männliche Stereotype

Positive maskuline Eigenschaften der o.g. Studie von Rosenkrantz et al. (1968) lauten:

Sehr aggressiv; sehr unabhängig; gar nicht emotional; verbirgt immer seine Emotionen; sehr objektiv; nicht leicht beeinflussbar; sehr dominant; befasst sich gerne mit Mathematik und theoretischer Wissenschaft; gar nicht aus der Ruhe zu bringen bei kleinen Krisen; sehr aktiv; sehr wettbewerbsmotiviert; sehr logisch; sehr nach außen orientiert; sehr fähig in Geschäftsdingen; sehr direkt; sehr weltgewandt; nicht leicht verletzbar; sehr abenteuerlustig; kann leicht Entscheidungen treffen; weint nie; handelt immer als

Führer; sehr selbstbewusst; nicht schuldbewusst; wenn aggressiv; sehr ehrgeizig; leicht in der Lage, Gefühle von Gedanken zu trennen; gar nicht abhängig; nie eitel; hält Männer für überlegen; spricht frei über Sex (Rosenkrantz et al. 1968).

Maskuline stereotype Eigenschaften,

die übereinstimmend in mindestens 20 von 25 untersuchten Staaten (s.o.) genannt wurden:

Anmaßend; abenteuerlustig*; aggressiv*; aktiv; dominant*; egoistisch; ehrgeizig; einfallsreich; emotionslos; entschlossen; erfinderisch; ergreift die Initiative; ernsthaft; faul; fortschrittlich; grausam; grob; hartherzig; klar denkend; kräftig*; kühn*; laut; logisch denkend; maskulin*; mutig; opportunistisch; rational; realistisch; robust; selbstbewusst; selbstherrlich*; stark*; streng; stur; tatkräftig; unabhängig*; überheblich; unbekümmert; unerschütterlich; unnachgiebig*; unordentlich; unternehmungslustig*; weise (Williams & Best 1990).

*Diese Eigenschaften wurden übereinstimmend in allen (25) oder fast allen (24) Staaten als typisch männlich bezeichnet.

Sozial erwünschte Pole maskuliner Items

der o.g. Studie von Born (1992) sind folgende:

Sehr realistisch; überhaupt nicht leicht zu beeinflussen; mag Mathematik und Naturwissenschaft sehr; sehr starke Persönlichkeit; sehr aktiv; denkt logisch; überhaupt nicht verletzlich; kann sich fast immer durchsetzen; fähig, Gedanken und Gefühle zu trennen; überhaupt nicht abhängig; große Begabung für technische Dinge; wehrt sich unter Druck; überhaupt nicht ängstlich; verteidigt immer seine eigene Meinung; kann Sachverhalte sehr gut analysieren; hat Führungseigenschaften; sehr selbstsicher; bereit, Risiken einzugehen; überhaupt nicht leichtgläubig; sehr verschwiegen; sehr systematisch (Born 1992).

Das männliche Stereotyp gruppiert sich um die Inhalte „Unabhängigkeit“, „Unverletzbarkeit“, „Kompetenz“ und „Selbstsicherheit“ (Born 1992).

2.5.3 Gegensatzpaare männlicher und weiblicher Persönlichkeitszüge:

Aktivität/Passivität; Machtstreben/Unterwerfung; Aggressivität nach außen/Aggressivität nach innen; abstrahierende Sachlichkeit/emotionaler Ausdruck; Sachorientierung/Beziehungsorientierung; Unterdrückung von Angst/zugelassene Ängstlichkeit; Betonung von Selbstsicherheit und Stärke/Erleben von Unsicherheit und Schwäche (Rudolf & Stratmann 1989; Alfermann 1996).

2.6 Männer und Frauen in der Psychotherapieforschung

2.6.1 Frauen

Im Vergleich zu Männern zögen Frauen einen kommunikativen Modus vor. Enge Bindung, Bezogenheit, Fürsorge für andere und Angst vor Trennung spielten für Frauen eine größere Rolle als für Männer (Notman & Nadelson 1995; Zlotnick 1996; Pease & Pease 2000; Bischof-Köhler 2002).

Frauen würden als expressiver im emotionalen Ausdruck beschrieben, mit einer hohen Bindungsbereitschaft, Empathie und Verantwortungsgefühl für andere. Das Kernselbst der Frau beinhalte das Interesse und die Aufmerksamkeit für andere und bilde so die Basis für emotionale Verbundenheit und die Fähigkeit, mit anderen empathisch zu sein. Weibliche Identität und Selbstbild stünden in engem Zusammenhang mit Beziehungsgestaltungen mit anderen. Damit verbunden sei eine größere Reagibilität auf andere und Schwankungen im eigenen Selbstbewusstsein und erhöhte Verletzlichkeit, wenn Beziehungen konflikthaft erlebt werden. In Konflikten seien Frauen nachgiebiger, passiver, vermieden offene Aggressivität und Konkurrenz, um die Beziehung zu wahren. Gefühle von Ärger und Aggression würden von Frauen als bedrohlich für Beziehungen erlebt (Notman & Nadelson 1995; Turkel 2000).

Im Persönlichkeitsinventar zeigten Frauen mehr Gemeinschaftssinn, Ängstlichkeit, Vertrauen und Wohlgesonnenheit. Frauen zeigten mehr „kommunale“ (soziale Gemeinschaft betonende) und „expressive“ Eigenschaften (Feingold 1994).

Sie hätten eine größere Fähigkeit zur Affiliation (Miller 1976), Neigung zu Pflege, Erziehung (Chodorow 1978) und Verantwortungssinn für andere (Gilligan 1982; Lemkau & Landau 1986) und hegten hohe Ideale an sich, für andere da zu sein. Ihren Selbstwert stabilisierten Frauen oft über die Fürsorge für andere (Westkott 1986).

Sie liefen Gefahr, sich selbst in der Sorge um andere zu vernachlässigen oder Versorgung von anderen nicht in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig beinhalte die Sorge um andere auch die Ebene der Bemächtigung (Hare-Mustin & Marecek 1986).

In ihrer Wahrnehmung seien Frauen eher vom umgebenden Feld abhängig, nähmen Reize im Feldkontext wahr (Pease & Pease 2000).

2.6.2 Männer

Männer werden mit mehr Macht- und Dominanzstreben als Frauen, einer erhöhten Aggressionsbereitschaft, Unabhängigkeit, Leistungsbereitschaft, Rationalität, Aktivität, Kontrolle, Selbstkontrolle und Abgrenzung beschrieben. Das Selbstbild hänge von Unabhängigkeitserfahrung und von Abgrenzung von anderen ab (Kaplan 1979; O'Neil

1980; Hare-Mustin & Marecek 1986). Gleichzeitig zeigten Männer in Labor- und Feldstudien im Vergleich zu Frauen eine größere Hilfsbereitschaft (Alfermann 1996).

Ärger, Aggressivität, körperliche Impulsivität und Feindseligkeit werden als männliche Kodierung von Emotionalität angenommen, bei insgesamt geringerer Expressivität und emotionalem Ausdruck (Ipsaro 1986; Möller-Leimkühler 2000; Ogrodniczuk et al. 2001; Ogrodniczuk & Staats 2002). Konflikthafte männliches Rollenverhalten beinhaltet auf der Ebene von Kontrolle/Unterwerfung das Streben nach Erfolg, Macht und Wettbewerb, auf der Ebene der Affiliation überwiege eine restriktive Emotionalität (Mahalik 2000). Männer nähmen ihre Gefühle und körperliche Befindlichkeiten wie Erschöpfung und Stress weniger wahr oder ignorierten sie (O'Neil 1980).

Im Persönlichkeitsinventar zeigten Männer ein größeres Selbstvertrauen und mehr „instrumentale“ und „agentic“ (das eigene Ich und seine Unabhängigkeit von anderen betonende) Eigenschaften (Feingold 1994).

Hare-Mustin und Marecek (1986) versuchen über einen dekonstruktivistischen Ansatz, die entstandene Dichotomie zwischen dem angenommenen eher männlichen Pol der Autonomie und Kontrolle und dem weiblichen Pol von Abhängigkeit und Unterwerfung in einen komplexeren Zusammenhang zu bringen. So beinhaltet die altruistische, eigene Bedürfnisse zurückstellende Fürsorglichkeit gleichzeitig auch die Ebene der Bemächtigung und Kontrolle darüber, „was gut ist für den anderen“. Und auch der unabhängige, kontrollierende Partner sei auf ein Gegenüber angewiesen, von dem er sich abgrenzen, über den er dominieren könne.

2.7 Männer und Frauen als Patienten und Patientinnen

2.7.1 Krankheitsverhalten/Inanspruchnahme

Frauen schätzten ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Männer, nähmen das Gesundheitswesen häufiger in Anspruch (Maschewski-Schneider et al. 1988; Hessel et al. 2000) und suchten häufiger professionelle Hilfe auf. Sie nähmen ihre und die Befindlichkeiten von Familienangehörigen besser wahr und seien in der Regel für die gesundheitliche Fürsorge in der Familie verantwortlich (Toner 1995). Bei ihnen würden mehr mildere Erkrankungen registriert, während Männer häufiger schwerer chronisch erkrankten. Für Frauen bestünde eine höhere Morbiditätsrate, für Männer eine höhere Mortalitätsrate. Männer suchten seltener ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe auf, seien aber oft gravierender körperlich erkrankt als Frauen. Symptomschilderungen von männlichen Patienten würden von Ärzten ernster genommen, in der Praxis würden Männer gründlicher untersucht. Bei Patientinnen würden Symptomschilderungen eher auf psychische Störungen zurückgeführt und ihnen würden mehr Psychopharmaka verschrieben als Männern (Rudolf & Stratmann 1989). Ein Erklärungsmodell ist, dass Männer „feldunabhängig“ wahrnahmen und so Krankheitssymptome differenzierter be-

schrieben, während die Tendenz von Frauen, feldabhängig wahrzunehmen, zu undifferenzierteren Symptomschilderungen führe (Briscoe et al. 1989).

Frühere Metaanalysen zeigten, dass die Indikation für Psychotherapie bei Frauen häufiger gestellt werde als bei Männern (Böhm 1987; Rudolf & Stratmann 1989) während in einer neueren Untersuchung (Hessel et al. 2000) nur noch tendenzielle Unterschiede in Indikationsstellung und Inanspruchnahme von Psychotherapie gefunden wurden. Das Wissen um und die Akzeptanz von Psychotherapie seien bei beiden Geschlechtern gleich, relativ gering ausgeprägt.

Männer erlebten stärker die Verpflichtung, in der Berufswelt als gesund und belastungsfähig zu imponieren und keine Hilfsbedürftigkeit erkennen zu lassen (Rudolf & Stratmann 1989). Bei Männern sei deshalb die Diskrepanz zwischen Hilfsbedürftigkeit und Hilfesuche größer als bei Frauen (Möller-Leimkühler 2000; Böhm 1987). Frauen zeigten ein intensiveres Klage- und Ausdrucksverhalten, eine größere Körpersymptomklage, mehr körperbezogene Ängste, life events würden als belastender erlebt. Störungen würden von Frauen selbst, im Vergleich zu Männern, eher als psychisch verursacht angenommen. Patientinnen seien emotionaler im Ausdruck und benannten häufiger „Angst“, während männliche Patienten häufiger von „Problemen“ sprächen (Berth et al. 2003). Psychotherapiepatientinnen schrieben ihre Krankheitssymptome eher Ängsten, Partnerschafts- und Familienproblemen und Stressbelastung zu. Männliche Psychotherapiepatienten sähen häufiger finanzielle Probleme und Auseinandersetzungen als Ursache für ihre Erkrankung an (Konzag et al. 2000).

Hinweise aus der Literatur, dass bei Frauen mehr organbezogene Symptome aufträten, bestätigten sich bei Überprüfung nicht und schienen eher auf das intensivere Klageverhalten zurückzuführen zu sein. Befänden sich männliche und weibliche Patienten in stationärer psychotherapeutischer Behandlung, zeige sich kein Unterschied mehr im Krankheitsverhalten (Rudolf & Stratmann 1989).

Patientinnen glaubten eher als Patienten, dass es hilfreich sei, über seine Probleme zu sprechen, und seien interessierter am Verhalten und den Beweggründen anderer Menschen. Frauen zeigten eine höhere „psychological mindedness“ (Shill & Lumley 2002).

Bei Patientinnen, die mit einer psychischen Erkrankung stationär aufgenommen würden, werde bei Aufnahme und bei Entlassung ein höherer funktionaler Wert auf der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) diagnostiziert; nur wenn die Patientinnen verheiratet seien, hätten sie im Vergleich zu verheirateten Männern bei stationärer Aufnahme einen niedrigeren Wert. Insgesamt verbessere sich der GAF bei Patientinnen eher als bei Patienten (Kirshner & Johnston 1983).

2.7.2 Beschwerden/Störungen

Frauen erkrankten doppelt so häufig wie Männer an depressiven Störungen, häufiger an Angst- und Panikstörungen, sozialen Phobien, posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen und Neurosen. Sie führten häufiger Suizidversuche durch. An Persönlichkeitsstörungen würden bei Frauen mehr histrionische, dependente und Borderline Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert (Böhm 1987; Riecher-Rössler 2000; Konzag et al. 2000; Schadeberg et al. 2000). Turkel (2000) interpretiert, dass Frauen eher an Persönlichkeitsstörungen litten, die in ihrer Symptomatik ein ausgeprägtes Beziehungsmoment und den Ausdruck von Gefühlen enthielten. Frauen mit Angststörungen zeigten z. B. im Vergleich zu Männern mit Angststörungen mehr familiäre Beziehungsstörungen (Sachs et al. 2002).

Männer erkrankten häufiger an Suchtstörungen, Zwangsneurosen, schizoiden, narzisstischen und antisozialen Persönlichkeitsstörungen, zeigten häufiger sexuelle und soziale Verhaltensauffälligkeiten, es komme zu mehr vollendeten Suiziden, Schizophrenien verliefen schwerer (Böhm 1987; Riecher-Rössler 2000). Die eher „männlichen“ Persönlichkeitsstörungen spiegelten in ihrer Symptomatik ein hohes Maß an Distanz zu anderen wider und ließen Bezogenheit auf andere vermissen (Turkel 2000).

Das Depressionsrisiko bei Frauen sei erhöht durch die Faktoren Ehe, kleine Kinder, schlechte Schulbildung und gering bezahlte Arbeit (Böhm 1987; Russo 1991).

Für Männer dagegen sei die Ehe ein das Depressionsrisiko senkender Faktor (Gove et al. 1983).

Als Erklärungsmöglichkeit für unterschiedliche Depressionsraten bei Männern und Frauen werde diskutiert, dass Frauen sich mehr als Männer in realen Abhängigkeiten in Partnerschaften und Beruf befänden und häufiger gewalttätigen Handlungen ausgesetzt seien. Frauen würden in ihrer sozialen Rolle zu „gelernter Hilflosigkeit“, passivem Coping und geringerem Selbstvertrauen erzogen (Nolen-Hoeksema 1995; Riecher-Rössler 2000; Russo 1991; Lemkau & Landau 1986).

Im Bereich der Angststörungen wurde ein Zusammenhang zwischen der weiblichen Geschlechterrolle und Angstsymptomen gefunden (Jones & Zoppel 1982; Sachs et al. 2002).

Für Frauen seien andere biographische Faktoren für die Ausbildung neurotischer Störungen relevant als für Männer. Die Geschwisterproblematik und Beziehung zur Mutter stehe bei Frauen im Vordergrund, bei Männern die Beziehung zu Vater und Mutter. Oft seien auf der interaktionellen Ebene Konflikte mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil ein Belastungsfaktor hinsichtlich der Erkrankung (Rudolf & Motzkau 1997).

2.7.3 Beziehungsgestaltungen von Patienten und Patientinnen

Ergebnisse des Psychischen und Sozialkommunikativen Befundes (PSKB) wiesen auf eine größere Bindungsbereitschaft von weiblichen Patienten hin. Sie zeigten höhere Werte in den Items „Scheitern in Beziehungen“, „Enttäuschungsprotest“, „enge Bindung an Eltern und Geschwister“, „enger Bezug zum Kind“. Da Frauen mehr in Beziehung investierten, seien sie anfälliger für Enttäuschung in konflikthafter Beziehungssituationen. Enttäuschungsprotest beinhaltet u. a. Gefühle von „gekränkt sein“, „benachteiligt sein“, Neid, Ärger, Wut und ein „sich unterwerfen“ in der Partnerbeziehung. In diesem Zusammenhang scheint die Affektsteuerung der weiblichen Patienten im Vergleich zu den männlichen beeinträchtigt.

In strukturalen Analysen sozialen Verhaltens (SASB) in Initialphasen von diagnostischen Interviews zeigten sich bei weiblichen Patienten typische Beziehungsmuster in Clustern wie „herabsetzen, beschuldigen, bestrafen“, „beleidigt sein, sich rechtfertigen, beschwichtigen“. Beziehungen würden deutlicher durch die Dimension der Affiliation geprägt. Von behandelnden Ärzten fühlten sich Patientinnen häufiger „im Stich gelassen und ignoriert“ und bezweifelten fürsorgliche Absichten bei ihrem Gegenüber.

Männliche Patienten zeigten im PSKB höhere Werte in den Items „beeinträchtigte Affektsteuerung“, „gestörte soziale Einordnung“, „Bindungsschwierigkeiten“ und „sexuelle Deviation“.

Männliche Patienten hätten insgesamt größere Schwierigkeiten, ihre Autonomie einzuschränken und verlässliche emotionale Bindungen und soziale Beziehungen aufzubauen. Autonomie würde durch eine forcierte rationale und kontrollierte Haltung aufrechterhalten. Dies zeige sich auch in der Beziehungsgestaltung in diagnostischen Interviews, wo männliche Patienten versuchten, die Kontrolle über die Situation zu behalten, den Objekten die Kontrolle entziehen oder versuchten, sich der Kontrolle des Gegenübers zu entziehen und ihre Selbstständigkeit zu betonen. Gleichzeitig zeigten sie so gut wie keine initiale Bindungsbereitschaft (Grande et al. 1992). In der Selbsteinschätzung des PSKB forderten männliche Patienten mehr Rücksichtnahme auf ihre Erkrankung und zeigten sich in ihrer Wertorientierung narzisstischer, prinzipienhafter und rationalisierender als weibliche Patienten (Rudolf & Stratmann 1989; Rudolf 1991).

Auf einen kritischen Gesprächsstil reagierten weibliche Patienten negativ, während sie positiv auf einen empathischen Gesprächsstil reagierten. Bei männlichen Patienten zeige sich ein umgekehrtes Muster (Gross & Steins 1998).

2.7.4 Psychotherapieverläufe

Für den Einfluss der Variable Geschlecht auf das Behandlungsergebnis von Psychotherapien wurden kaum Zusammenhänge gefunden (Zlotnick et al. 1996; Jones & Zoppel 1982).

In einer Studie wiesen Frauen ein besseres Behandlungsergebnis in stationärer psychiatrischer Behandlung auf. Es wurde diskutiert, dass das stationäre Setting auf die Bedürfnisse von Männern nach Kontrolle und Struktur nicht ausgerichtet sei (Kirshner 1983).

Weibliche Patienten berichteten zu Beginn von Gruppentherapien von mehr negativen Reaktionen anderer und von sich selbst in Beziehungsgestaltungen. Dieses Verhalten wurde als Wunsch nach Unterstützung gedeutet. Im Therapieverlauf blieben die Berichte negativer Reaktionen der weiblichen Patienten gleich, die der männlichen Patienten nahmen zu und glichen sich an die Anzahl der weiblichen Patienten an. Diskutiert wurde, ob die Veränderung der männlichen Patienten als schlechterer Verlauf oder als geschlechtsspezifischer Aspekt gedeutet werden kann (Staats et al. 1998).

Weibliche Patienten befänden sich bei gleicher Diagnose, positiverer Einschätzung ihrer Charaktereigenschaften und ihrer sozialen Kompetenzen länger in psychotherapeutischer Behandlung als männliche Patienten. Männliche Patienten würden von Therapeuten mit weniger vorteilhaften Eigenschaften und sozialen Kompetenzen eingeschätzt, dennoch würde für sie eine kürzere Behandlungszeit erwartet (Abramowitz 1976; Heatherington et al. 1986).

Es zeigten sich unterschiedliche zeitliche Muster bei Männern und Frauen in der Veränderung von Symptomen während und nach psychotherapeutischer Behandlung, wobei der Gesamteffekt gleich zu bleiben scheint (Kreische 1996).

In einer Studie über stationäre Psychotherapie deutete sich ein besserer Behandlungserfolg für männliche Patienten an (Schadeberg et al. 2000).

Die Geschlechtszugehörigkeit der Patienten scheinke keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs zu haben (Staats et al. 1998).

2.7.5 Therapieform

Zu den Bedürfnissen von Männern und Frauen in Psychotherapie wurde beschrieben, dass Männer Behandlungen bevorzugten, die ihnen das Gefühl von Unabhängigkeit und emotionalem Abstand böten (Hare-Mustin & Marecek 1986; Kaplan 1987; O'Neil 1980), und dass sie innerhalb eines solchen Rahmens Gefühle, die sonst verleugnet werden, differenziert betrachten könnten (Stiver 1986). Einen solchen Behandlungsrahmen würde eine deutende Behandlungsform bieten (Ogrodniczuk & Staats 2002).

Weibliche Patienten würden subjektiv ein verstehendes, zuhörendes, weniger distanzierendes Verhalten des Therapeuten bevorzugen, die Beziehung sollte durch Empathie, Bindung und emotionalen Austausch beider Teilnehmer geprägt sein (Kaplan 1985; Stiver 1986). Auch der äußere Druck, in dem sich Frauen durch die an sie gestellten Rollenerwartungen befänden, sollte in der Behandlung berücksichtigt werden, um der Tendenz der Patientinnen entgegenzuwirken, die Verantwortung für ihre Probleme bei sich zu suchen (Lemkau & Landau 1986; Nolen-Hoeksema 1995). Eine stützende Therapieform würde diese Kriterien erfüllen (Ogrodniczuk et al. 2001; Ogrodniczuk & Staats 2002).

Patientinnen profitierten mehr von Gruppentherapie als Patienten. In der Gruppe fühlten männliche Patienten sich subjektiv außen stehend und würden auch von Gruppenmitgliedern als „nicht kompatibel“ in der Gruppe eingeschätzt, während es weiblichen Patienten leichter falle, zu anderen Gruppenmitgliedern eine Bindung herzustellen und sich auf die Arbeit innerhalb der Gruppe einzulassen (Ogrodniczuk et al. 2004).

Studien zum Zusammenhang zwischen Patientengeschlecht und Behandlungsform sind widersprüchlich. Zlotnick et al. (1996) fanden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen untersuchten Behandlungsformen und dem Patientengeschlecht. Männer profitierten in einer Studie von Ogrodniczuk (Ogrodniczuk et al. 2001; Ogrodniczuk & Staats 2002) initial von einer deutend-konfrontativen Therapiemethode signifikant besser, Frauen von einer stützenden Therapiemethode. Im weiteren Verlauf glichen sich die Ergebnisse an und katamnestisch ließ sich kein Interaktionseffekt mehr zwischen Behandlungsform und Patientengeschlecht nachweisen. Auch in einem gruppentherapeutischen Setting besserten sich Symptome von Trauer bei Patientinnen deutlicher mit einem stützenden Therapieansatz, bei Patienten deutlicher mit einem konfrontativ-deutenden Ansatz (Ogrodniczuk et al. 2004).

In einer Studie von Schadeberg et al. (2000) erlebten männliche Patienten die Mal- und Gestaltungstherapie, Einzelpsychotherapie und Kommunikative Bewegungstherapie einer stationären Behandlung als weniger wirksam als Patientinnen.

2.8 Diagnostiker/Diagnostikerinnen, Therapeuten/Therapeutinnen

2.8.1 Therapeutisches Handeln

Ärztinnen und Ärzte zeigen ein unterschiedliches Verschreibungsverhalten. Männliche Ärzte verschrieben insgesamt mehr Medikamente. Stiver (1986) interpretierte, dass männliche Psychiater sich durch das Verschreiben von Medikamenten von den Gefühlen der weiblichen Patienten zu distanzieren suchten.

Ärzte/Therapeuten beider Geschlechter diagnostizierten bei weiblichen Patienten häufiger psychische Störungen und verschrieben diesen mehr Psychopharmaka (Glaesmer & Deter 2002).

Im Psychischen und Sozialkommunikativen Befund (PSKB) dokumentierten männliche Therapeuten ein höheres Befundniveau als weibliche Therapeuten, fällten also ein „härteres Urteil“. Nur das Item „Scheitern in Beziehungen“ würde von weiblichen Therapeuten im Vergleich zu männlichen Therapeuten besonders stark gewichtet (Rudolf 1991).

In der Arbeit mit suizidalen Patienten favorisierten männliche Ärzte, insbesondere bei weiblichen Patienten, von Absicherung und Abgrenzung geprägte Maßnahmen, indem sie sich für Pharmakotherapie, stationäre Unterbringung und Klärung juristischer Fragen aussprachen, während weibliche Ärzte sich der therapeutischen Beziehung ausreichend sicher wären, um eine ambulante Weiterbehandlung vorzuschlagen. Dieser Unterschied in der ärztlichen Vorgehensweise sei in der gegengeschlechtlichen Dyade besonders ausgeprägt (Delius et al. 1994).

Weibliche Therapeuten führten häufiger längere Psychotherapien durch als männliche Therapeuten (Garfield & Affleck 1959; Griffith 1976).

Weibliche Therapeuten neigten zu einer gewährenden, akzeptierenden Haltung und zu weniger objektivierender Distanz und Konfrontation als ihre männlichen Kollegen (Rudolf 1991). Sie bevorzugten einen abwartenden, mitgehenden Arbeitsstil, während männliche Therapeuten einen konfrontativ-deutenden Stil bevorzugten (Klöß-Rotmann 1992).

2.8.2 Therapieziele

Billingsley (1977) fand, dass das Geschlecht der Patienten die Therapeuten in ihrer Wahl der Therapieziele für die Patienten nicht beeinflusse, sondern die Psychopathologie ausschlaggebend sei. Männliche und weibliche Therapeuten unterschieden sich jedoch in der Wahl der Therapieziele dahingehend, dass männliche Therapeuten für ihre in neutralen Fallvignetten dargestellten Patienten die Entwicklung eher femininer Eigenschaften anstrebten, weibliche Therapeuten eher maskuline Eigenschaften als erstrebenswert auswählten.

Kaplan & Free (1995) fanden, dass weibliche Psychiaterinnen für ihre weiblichen Patienten eher maskuline oder androgyne Eigenschaften als „geschlechtsangemessen“ auswählten, männliche Psychiater wählten für ihre männlichen Patienten geschlechtlich undifferenzierte Eigenschaften als angemessen aus.

2.8.3 Behandlungserfolg

Mehrere naturalistische und eine experimentelle Studie der 70er und 80er Jahre haben sich mit dem Zusammenhang zwischen Therapeutengeschlecht und Behandlungser-

gebnis befasst (Mogul 1982; Kirshner 1978; Beutler et al. 1986; Jones & Zoppel 1982; Jones et al. 1987; Zlotnick 1996; Heatherington et al. 1986).

Nach Jones et al. (1987) scheint die Geschlechtszugehörigkeit der Therapeuten im Vergleich zu anderen Einflussvariablen nur ein schwacher und inkonsistenter Prädiktor für das Behandlungsergebnis zu sein.

Tendenziell scheinen weibliche Therapeuten bessere Behandlungsergebnisse, insbesondere bei weiblichen Patienten zu erzielen. Ergebnis einer experimentellen Studie war ein besseres Behandlungs- und Katamneseergebnis durch weibliche Therapeuten im Vergleich zu männlichen (Jones et al. 1987). Allerdings wurden ausschließlich weibliche Patienten in die Studie einbezogen, sodass das Ergebnis nur auf diese bezogen werden kann.

In dem Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekt (Sandell et al. 2001) wurden signifikant bessere Behandlungsergebnisse für weibliche Therapeuten gefunden.

In einer Studie von Howard und Orlinsky (1979) zeigten weibliche und männliche Therapeuten mit viel Berufserfahrung und Therapeutinnen mit mäßiger Berufserfahrung bessere Behandlungserfolge als männliche Therapeuten mit mäßiger Berufserfahrung. Kaplan AG (1979) schlussfolgerte, dass weibliche Therapeuten aufgrund ihrer besseren Beziehungsfähigkeit einen Vorsprung in der therapeutischen Arbeit hätten.

Weibliche Therapeuten werden als geduldig, mehr Wert auf Bindungen legend, sensibler, intuitiver, nährender und besser sozialisiert für die helfende Rolle angesehen (Schlesinger-Kipp 1990). Von einigen Autoren wird ihnen deshalb eine Überlegenheit in der therapeutischen Rolle zugesprochen. Eine solche „Überlegenheit“ wird in der Literatur für männliche Therapeuten nicht beschrieben (Kaplan AG 1979; Kaplan AG 1985; Kirshner 1978; Mogul 1982).

Insgesamt scheint „Gender“, bezogen sowohl auf die Patienten als auch auf die Therapeuten, einen komplexen, interaktiven Einfluss auf die therapeutischen Behandlungserfolge zu haben, sodass eine eindimensionale Sichtweise von Überlegenheit des einen oder anderen Geschlechtes zu kurz gegriffen ist. Dennoch suggerieren die Befunde, dass weibliche Therapeuten, Therapeuten gleichen Geschlechtes wie ihre Patienten und eine wenig stereotypisierende Einstellung der Therapeuten Faktoren sind, die sich positiv auf die psychotherapeutische Behandlung auswirken (Beutler et al. 1986).

2.8.4 Wie sehen Patienten ihre Therapeuten?

Männliche Therapeuten würden von Patienten und Patientinnen, die mit Therapeuten beider Geschlechtes Erfahrung hatten, als problemfokussierter, strenger, konfrontati-

ver, weniger tolerant für Tränen und Gefühle, manchmal machohaft, bewertender und hierarchischer erlebt. Weibliche Therapeuten würden angenehmer, weniger bewertend, Gefühle betonend, weich, sympathisch, ernsthafter beschrieben. Die jeweiligen Eigenschaften würden individuell als mehr oder weniger hilfreich erlebt, ohne dass signifikante Interaktionseffekte deutlich würden und ein Therapeutengeschlecht dem anderen gegenüber als überlegen wahrgenommen werde. Vielmehr scheint sich eine individuelle Passung in der Dyade zu etablieren (Gehart & Lyle 2001).

Patienten und Patientinnen beschrieben, dass es einfacher sei, zu weiblichen Therapeuten eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, da diese „akzeptierender, aufmerksamer und verständnisvoller“ erlebt würden (Jones & Zoppel 1982).

2.8.5 Wie sehen Therapeuten ihre Patienten?

Männliche Therapeuten seien in der Beschreibung ihrer Patienten und insbesondere der weiblichen Patienten eher kritisch, bewertend, distanziert, während weibliche Therapeuten ihre Patienten insgesamt und besonders ihre weiblichen Patienten sympathischer und wohlwollender beschrieben. D.h. weibliche Therapeuten erlebten ihre Patienten positiver als männliche Therapeuten, wobei von beiden das eigene Geschlecht positiver erlebt würde (Jones & Zoppel 1982; Rudolf 1991).

Männliche Therapeuten nähmen bei ihren weiblichen Patienten verstärkt negative Züge wie „Zickigkeit“ wahr, während weibliche Therapeuten bei ihren männlichen Patienten eher Eigenschaften wie „machohaft Arroganz“ wahrnahmen (Haan & Livson 1973).

2.8.6 Wie sehen Therapeuten sich selbst?

In einem Kreismodell interpersoneller Beziehungen nach Leary schätzen sich Therapeuten geschlechtsunabhängig als akzeptierend, tolerant, warmherzig, freundlich ein. Affiliation (Dimension der sozialen Kohäsion) wird mit einem mittleren Ausmaß zwischen Kontrolle und Anpassung (Dimension der sozialen Koordination) kombiniert (Orlinsky et al. 1996).

Unter geschlechtsspezifischer Perspektive zeigten sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Therapeuten. Weibliche Therapeuten schätzten die mit den Patienten etablierte therapeutische Beziehung günstiger ein. Sie erlebten sich selbst in der Beziehung zu den Patienten positiver als männliche Therapeuten (Jones & Zoppel 1982; Rudolf 1991).

Männliche Therapeuten sähen sich selbst häufiger als kühl, pragmatisch, distanziert, fordernd, entschlossen, mit Autorität, kritisch. Diese Items würden von Therapeuten

selbst insgesamt als weniger wünschenswert angesehen. Weibliche Therapeuten sähen sich selbst häufiger als engagiert, warmherzig, beteiligt, rezeptiv, intuitiv. Keine signifikanten Unterschiede in der Selbsteinschätzung fänden sich für die Beziehungsitems akzeptierend, herausfordernd, direktiv, effektiv, freundlich, neutral, beschützend (Sellschopp et al. 1998).

2.9 Interaktionen zwischen Therapeuten/Therapeutinnen und Patienten/Patientinnen

Erste Überlegungen zum Einfluss des Therapeutengeschlechtes auf die Interaktion in der Psychotherapie wurden von S. Freud geäußert, der einerseits selbst als männlicher Analytiker beschrieb, wenig Zugang zur präödpalen Beziehung von Patientinnen zu ihren Müttern zu finden, und zu dem Schluss kam, dass weibliche Therapeuten dieses Thema besser mit ihren Patientinnen bearbeiten könnten. Insofern wurde ein Einfluss des Therapeutengeschlechtes angenommen. Andererseits wurde von ihm das Postulat der Neutralität des Therapeuten vertreten. Idealtypischerweise sei der Therapeut in der Lage, sich in beide Geschlechter hineinzusetzen. Die Übertragung des Patienten sei geleitet vom Unbewussten, das sich weniger an realen Geschlechtskonstellationen als an inneren Motiven orientiere, sodass das reale Geschlecht des Therapeuten für die Entwicklung der Übertragung unbedeutend sei. In der Weiterentwicklung der psychoanalytischen Richtung wurde das Postulat der Neutralität des Therapeuten zunehmend in Frage gestellt und die Bedeutsamkeit des Therapeutengeschlechtes in der therapeutischen Interaktion nachgewiesen (Mertens 1991; Kaplan AG 1985; Klöß-Rotmann 1992).

Das therapeutische Ideal von Distanz und Neutralität wurde als ein eher männliches Ideal bewertet, vor dem Hintergrund, dass psychotherapeutische Werte und Ideale aus ihrem historischen Kontext primär männlich geprägt seien. Stiver (1986) deutete aus ihrer weiblichen Perspektive diese psychotherapeutischen Regeln als Impuls von männlichen Therapeuten, sich von weiblichen, gefühlsbetonteren Therapiestilen zu distanzieren.

Geschlechtsspezifische Rollenvorstellungen der Patienten und Therapeuten prägten die Interaktion einschließlich der Begrenzungen an Einfühlungsfähigkeit in Bereiche des anderen Geschlechtes. Auch das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen sei geprägt von der jeweiligen Geschlechterkonstellation (Notman & Nadelson 2004).

In kürzeren Therapien scheine das Geschlecht des Therapeuten bzw. die Interaktion zwischen Therapeuten- und Patientengeschlecht einen begrenzenden Einfluss auf die möglichen Übertragungskonstellationen zu haben (Sellschopp et al. 1998; Sellschopp 2000; Ahlers 1999).

Gemischtgeschlechtliche Dyaden würden von Therapeuten als „emotionaler“ beschrieben, während gleichgeschlechtliche Dyaden in Kurztherapien von Patienten oft hilfreicher erlebt würden (Beutler et al. 1986; Rudolf 1991).

In der analytischen Literatur würden häufig erotische Übertragungsbeziehungen zwischen männlichen Therapeuten und ihren weiblichen Patienten beschrieben, während diese von weiblichen Therapeuten kaum berichtet würden. Männliche Therapeuten tendierten dazu, Sequenzen mit sexuell gefärbten Inhalten zu verlängern, während weibliche Therapeuten diese vermieden. In Träumen über ihre männlichen Patienten berichteten weibliche Therapeuten eher Angst vor einem Eindringen in ihren Privatbereich (Abramowitz et al. 1976; Klöß-Rottmann 1992; Arnold et al. 2000).

Weibliche Patienten würden von männlichen und weiblichen Therapeuten häufiger berührt als männliche Patienten. Weibliche Therapeuten berührten ihre weiblichen Klienten häufiger als ihre männlichen Patienten. Männliche Therapeuten berührten beide Geschlechter gleich häufig und zeigten ein ausgeprägteres unterschwelliges Sexualverhalten (Vogt 2000). Auch reagierten männliche und weibliche Therapeuten unterschiedlich auf sexuelle Gefühle, die Patienten ihnen gegenüber äußerten (Arnold et al. 2000).

In einer Studie von Jones et al. (1987) wurde die psychodynamische Interaktion zwischen den weiblichen Patienten der Studie und den behandelnden weiblichen und männlichen Therapeuten erfasst. Diese entsprechen nicht einer simplen Rekapitulation stereotyper Geschlechtsrollendynamiken. Weibliche Therapeuten wurden nicht wesentlich „näherer“, männliche Therapeuten nicht „analytischer“ und die Patientinnen in Interaktion mit ihren männlichen Therapeuten nicht „dependenter, verführerischer, inadäquater oder passiver“ beschrieben.

In einer Studie von Rudolf (1991) zeigte das PSKB-Item „narzisstisch-kämpferisch“ in der Konstellation männlicher Therapeut/männlicher Patient die höchste Ausprägung, auch die gleichgeschlechtliche weibliche Konstellation zeigt im Vergleich zur gegengeschlechtlichen einen höheren Wert. Vermutet wird, dass die gleichgeschlechtliche Konstellation stärker als Konkurrenzsituation wahrgenommen und dementsprechend agiert werde. Es wird angenommen, dass die Geschlechterkonstellation einen konstituierenden Teil der Beziehungsdynamik ausmache und somit die Befunde beeinflusse (Notman & Nadelson 1991).

Patientin oder Patient richteten ihr Beziehungsangebot an ihr jeweiliges Gegenüber, welches auch in seiner Geschlechtlichkeit wahrgenommen werde und als Mann oder Frau in die Interaktion eintrete (Klöß-Rotmann 1992; Ahlers 1999). Es wird angenommen, dass bestimmte Beziehungsmuster, die auch in der diagnostischen Situation ihren Ausdruck finden, krankheitsunspezifische, geschlechtsgebundene Beziehungsbeziehungen abbildeten und weniger als neurotische Störung anzusehen seien (Grande et al. 1992).

Das Geschlecht der Therapeuten werde von ihren Patientinnen und Patienten als bedeutsamer, unterscheidender Faktor wahrgenommen, wobei jedoch keine Präferenzen bestimmter Konstellationen überwögen, sondern die jeweilige Bewertung eine individuelle sei (Stratkötter & Tölle 1994; Gehart & Lyle 2001).

Weibliche Therapeuten schätzen insgesamt den Behandlungserfolg ihrer Patienten, dann besonders der weiblichen, besser ein als männliche Therapeuten (Jones & Zoppel 1982).

2.10 Geschlecht und psychische Diagnostik

Modelle zu psychischen Störungen und ihrer diagnostischen Erfassung in der klinischen Psychologie sind zunächst überwiegend geschlechterneutral. Nur in wenigen Instrumenten wurden geschlechtsspezifische Cut-off-Schwellen eingeführt. Vernachlässigt wird, dass sich hinter wahrgenommenen, vermeintlich neutralen psychologischen Merkmalen auch geschlechterspezifische Unterschiede oder geschlechtsstereotype Grundannahmen der Diagnostiker verbergen können, dass Geschlecht als Produkt einer sozialen Konstruktion interpretiert werden kann bzw. dass Erwartungen von Personen an sich und andere aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit eine Rolle in der Beziehungsinteraktion spielen.

2.10.1 Geschlechtsstereotype und diagnostisches Urteil

Es wird davon ausgegangen, dass das Geschlecht des zu untersuchenden „Objektes“ prinzipiell einen Einfluss auf den diagnostischen Prozess hat. Geschlechtsstereotype sind nicht nur willkürliche Setzungen, sondern zeichnen etwas nach, das in der Wirklichkeit beobachtbar ist. Im diagnostischen Prozess wird das Verhalten des Objektes vom Beobachter dahingehend bewertet, inwieweit der oder die Beobachtete dem Rollenstereotyp entspricht oder von ihm abweicht. Beispiel für dieses Phänomen ist eine Studie, in der das Verhalten geschlechtsneutral aussehender Kinder von den beobachtenden Erwachsenen unterschiedlich bewertet wurde, je nachdem, ob ihnen gesagt wurde, dass es sich bei dem gleichen Kind um ein Mädchen oder um einen Jungen handele. Ein wild, ungehemmt spielendes Kind, das als Junge bezeichnet worden war, wurde als lebhaft bewertet, während das gleiche Kind, wenn es als Mädchen bezeichnet worden war, als aggressiv bezeichnet wurde (Meyer & Sobieszek 1972). In diesem Fall übten also die geschlechtsstereotypen Erwartungen der Untersucher an das Objekt einen Einfluss auf die Einschätzung des Verhaltens aus.

Broverman et al. (1970) beschrieben in ihrer vielzitierten Studie, dass bei Klinikern beiderlei Geschlechtes unterschiedliche Konzepte zu männlicher und weiblicher Gesundheit angewendet würden, die sich an gesellschaftlichen Geschlechtsstereotypen orientierten. Die Einschätzung „gesunder Erwachsener“ entspreche dabei eher dem männli-

chen Gesundheitsstandard. Befunderhebungen von pathologischen Zuständen bei Männern und Frauen basierten zum Teil auf diesen stereotypen „Gendervorstellungen“. Daraus resultiere ein sex bias mit einer negativeren Einschätzung von Frauen (Kaplan 1983a).

Diese Ergebnisse wurden inzwischen relativiert, da Brovermans Ergebnisse sich in mehreren Studien unter modifizierten Bedingungen nicht replizieren ließen (Born 1992) und darüber hinaus festgestellt wurde, dass Geschlechterunterschiede sich zum Teil im Laufe der letzten Jahrzehnte angeglichen hätten (Alfermann 1996).

Dennoch beeinflussten die Geschlechterrolle oder die Geschlechtsstereotype das Verhalten von Menschen und prägten insofern auch den diagnostischen Befund (Adler et al. 1990). Frauen, die ein „männliches Störungsbild“ (z. B. Alkoholabhängigkeit) und Männer, die ein „weibliches Störungsbild“ (z. B. Angststörung) zeigten, würden jeweils als schwerer gestört eingeschätzt. Geschlechtsrollendevianz führe bei klinisch unauffälligen Personen zu einer ungünstigeren Beurteilung der psychischen Gesundheit (Kalin & Hodgins 1984; Born 1992). Brown (1986) empfiehlt, in der psychologischen Diagnostik das individuelle Geschlechtsrollenverhalten zu explorieren und von psychopathologischem Verhalten zu differenzieren.

Insgesamt können bisherige Studienergebnisse allenfalls als Hinweise auf einen Einfluss des Geschlechtes auf das diagnostische Urteil gelten, da die Studienlage als wenig valide und differenziert gilt (Born 1992).

2.10.2 „Gender bias“ und diagnostisches Urteil

Der Begriff „gender bias“ bezeichnet Fehlbeurteilungen und Urteilsverzerrungen, die in der klinischen Beurteilung von Männern und Frauen in Abhängigkeit von ihrem Geschlecht auftreten.

Unterschiedliche Bias-Formen und Indikatoren für Bias werden in der Literatur beschrieben und im Hinblick auf ihren Einfluss auf die diagnostischen Befunde untersucht. Diese beinhalten u.a. eine geschlechtsspezifische Verzerrung des diagnostischen Konstruktes, unterschiedliche diagnostische Schwellen von gesundem zu maladaptivem Verhalten, unterschiedliche, geschlechtsverzerrte Anwendung von diagnostischen Kriterien, geschlechtsverzerrte Patientenpopulationen in den Stichproben, geschlechtsverzerrte diagnostische Instrumente und einen Bias in den diagnostischen Kriterien selbst (Adler et al. 1990; Born 1992; Garb 1997; Widiger 1998; Hartung & Widiger 1998; Anderson et al. 2001; Morey et al. 2002).

Es soll nur auf eine Bias-Form näher eingegangen werden. Es handelt sich um den Bagatellisierungs- bzw. Pathologisierungsbias. Ein Bagatellisierungsbias liegt vor, wenn die Schwere der Störung oder ihr Krankheitswert in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten oder der Geschlechterrolle, die er einnimmt, niedriger eingestuft

wird. Beim Pathologisierungsbias wird die Schwere der Störung oder ihr Krankheitswert in Abhängigkeit vom Geschlecht oder der Geschlechterrolle höher eingestuft. Beide Biasformen sind im konkreten Fall vorhandener Mittelwerte nicht zu unterscheiden. Für eine Differenzierung der Biasformen müsste gleichzeitig das Gesundheitsbild des Diagnostikers erfasst werden (Born 1992).

Die geschlechtstypische Prävalenz bestimmter Störungsbilder korreliert hoch mit der Rollenangemessenheit/Geschlechtsstereotypie der Störung. Beispielsweise ist bei depressiven Störungsbildern, die in einer übersteigerten Form Elemente der expressiven (weiblichen) Geschlechterrolle aufwiesen, die Prävalenzrate der Frauen höher als die der Männer. Es wird postuliert, dass die Ähnlichkeit zwischen einer „rollenkonformen“ Frau und einer „depressiven“ Frau größer sei, als zwischen einem rollenkonformen Mann und einem depressiven Mann, sodass der Übergang zwischen krank und gesund unklarer sei. Gleichzeitig führe die größere Diskrepanz zwischen der männlichen Geschlechterrolle und der depressiven Störung zu einer „härteren“ Beurteilung depressiver Männer (Born 1992).

Es wurde in mehreren Studien festgestellt, dass Diagnostiker durch die Vorgabe des Geschlechtes der Patienten in ihrer Diagnosestellung beeinflusst sind. Ihre Einschätzung der im Manual vorgegebenen Diagnosekriterien werde vernachlässigt und stereotypengeleitet befundet (Widiger & Ford 1989; Born 1992; Garb 1997). Besonders die Verwendung unstrukturierter Interviews führe zu Verzerrungen der Befunde. Aus diesem Grund bestehe die Tendenz, weibliche Patienten zu häufig mit den Diagnosen histrionische oder dependente Persönlichkeitsstörung zu belegen.

Gleichzeitig werde unabhängig von einem möglichen Bias eine reale, höhere Prävalenzrate für diese Persönlichkeitsstörungen bei Frauen beschrieben (Widiger 1998). Kontroverse Befunde wurden in einer Metaanalyse von Garb (1997) zu der Frage zusammengetragen, inwieweit geschlechterkonformes oder geschlechterkontroverses Verhalten der Patienten als maladaptiv bewertet werde.

Ebenso wurde diskutiert, ob überzogenes geschlechtsstereotypes Verhalten bei dem jeweiligen Geschlecht früher, da es häufiger vorkomme, oder erst später, da man es gewohnt sei, als bei dem anderen Geschlecht als maladaptiv eingeschätzt werde (Widiger 1998).

Anderson et al. (2001) fanden, dass die Einschätzung von Dysfunktionalität geschlechtsneutral sei; maladaptives Verhalten werde bei Männern und Frauen gleichermaßen als dysfunktional bewertet.

Kaplan (1983a) stellte in einem viel beachteten Artikel ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Geschlechtsstereotypen und der größeren Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Frauen her. Sie merkte kritisch an, dass das diagnostische Instrument DSM-III einen „gender bias“ zu Ungunsten von Frauen enthalten könne, indem weibliches stereotypes Verhalten pathologisiert würde (Pathologisierungsbias), während es

versäumt würde, entsprechende männliche Psychopathologien, z. B. eine männliche Variante von dependenter Persönlichkeit, in das Manual einzuführen.

In den folgenden Jahren entspann sich eine kontroverse Diskussion und Forschungsarbeit um die Frage des „gender bias“ in der psychischen Diagnostik der Achse II des DSM-III (Williams & Spitzer 1983; Kaplan 1983b; Kass et al. 1983; Widiger & Ford 1989; Sprock et al. 1990; Adler et al. 1990). Gegenstand war die unterschiedliche Geschlechterverteilung in den Persönlichkeitsstörungen, verbunden mit der Frage, inwieweit es sich um „reale“, geschlechtsspezifische Unterschiede oder um durch Geschlechtsstereotypisierungen verzerrte Unterschiede handele. Es wurde festgestellt, dass die unterschiedliche Geschlechterverteilung in den einzelnen Persönlichkeitsstörungen mit einer größeren Anzahl weiblicher Patienten mit dependenten, histrionischen und Borderline Persönlichkeitsstörungen und männlicher Patienten mit antisozialen und schizoiden Persönlichkeitsstörungen nicht auf eine generelle Diskriminierung von Frauen durch das DSM hinweise. Vielmehr beinhalteten die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen spezifische maladaptive Muster geschlechtsstereotyper Verhaltensweisen (Sprock et al. 1990).

Insgesamt scheint, bei kontroversen Studienergebnissen, das Geschlecht der Patienten die diagnostischen Befunde auf unterschiedlichen Ebenen in komplexer und inkonsistenter Weise zu beeinflussen. Die Einschätzung der Diagnostiker sei geprägt von ihren jeweiligen Geschlechtsrollenstereotypen (Moerman & Van Mens-Verhulst 2004). Dies betreffe einerseits das diagnostische Instrument selbst; laut Kaplan (Kaplan 1983a) sei die Achse II des DSM-III aus dem Blickwinkel der DSM-workgroup, die überwiegend aus Männern bestehe, verzerrt. Andererseits den diagnostischen Prozess; männliche und insbesondere ältere, analytisch ausgerichtete Diagnostiker stereotypisierten mehr als weibliche Diagnostiker (Sherman 1980).

In anschließenden Studien zum DSM-III und DSM-IV wurde ein Einfluss des Therapeutengeschlechtes in der Befunderhebung selbst nicht mehr festgestellt (Widiger & Ford 1989; Adler et al. 1990; Born 1992).

Rudolf (1991) beschrieb unterschiedliche diagnostische Einschätzungen von männlichen und weiblichen Diagnostikern im PSKB. In der Diagnostik schätzten männliche und weibliche Psychotherapeuten die Patienten des eigenen Geschlechtes prognostisch günstiger ein (Jones & Zoppel 1982). Im globalen Befundniveau des PSKB registrieren männliche Untersucher bei weiblichen Patienten das höchste, weibliche Untersucher bei männlichen Patienten das niedrigste Auffälligkeitsniveau (Rudolf 1991).

2.11 Die Variable Geschlecht in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)

Die Variable Geschlecht wurde bisher in der OPD (Arbeitskreis OPD 1998) wenig untersucht.

In einer Studie zur Achse I (Krankheitserleben) wurde das Geschlecht der Patienten einbezogen. Es fanden sich höhere Werte bei weiblichen Patienten für die Items „Einsichtsfähigkeit in psychodynamische Zusammenhänge“, „Psychotherapie als geeignete Behandlungsform“ und „psychische Symptomdarbietung“. Der Geschlechterunterschied wurde auf die unterschiedliche Geschlechterverteilung in den Diagnosegruppen zurückgeführt (Von Wietersheim et al. 2000).

In einer Studie zur Strukturachse wurden keine Unterschiede in der Verteilung der Strukturniveaus zwischen Männern und Frauen festgestellt (Spitzer et al. 2002).

In weiteren Arbeiten zur Reliabilität, Validität, Praktikabilität und Kategorienhäufigkeit des diagnostischen Instrumentes bzw. einzelner Achsen werden die Geschlechterverteilung der Patienten oder/und der Diagnostiker zum Teil aufgeführt, ihr Einfluss auf die Befunde jedoch nicht näher untersucht (Rudolf et al. 1996; Strauß et al. 1997; Freyberger et al. 1998; Grande et al. 1998; Schauenburg 2000; Rudolf & Schneider 2000; Franz et al. 2000; Heuft et al. 2000; Cierpka 2000; Nitzgen & Brünger 2000; Schneider et al. 2002).

In einer Studie zur Validitätsprüfung der Achse III (Konflikt) wurden 55 weibliche Patienten untersucht (Cierpka et al. 2001). Der Konflikt Autonomie/Abhängigkeit wurde zu 33 %, der Versorgung/Autarkie-Konflikt zu 51 % bei den Patientinnen eingeschätzt und in einen Zusammenhang zu Bindungstypen gestellt. Es ergab sich ein erster Anhalt für die Validität der Konfliktdifferenzierung zwischen diesen beiden Konflikten. Ob dieser Zusammenhang sich auch auf männliche Patienten bezieht, wurde nicht untersucht.

Zu erwähnen ist, dass der Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik respektive die Autoren des ersten OPD-Manuals aus 25 Männern und 5 Frauen bestand (Arbeitskreis OPD 1998).

3 Fragestellungen und Zielsetzung

Das Geschlecht spielt in der Begegnung von Menschen bzw. in der Begegnung von Patienten und Diagnostikern und in dem daraus erwachsenden interaktiven und zu beurteilenden diagnostischen Prozess eine komplexe Rolle. Es gehört zu den oft un- hinterfragten Kategorien menschlicher Urteilsbildung.

Diese Annahme ist Ausgangspunkt zur Hypothesenentwicklung über geschlechtstypische Aspekte in den Befunden, die von männlichen und weiblichen Diagnostikern mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik an männlichen und weiblichen Patienten erhoben wurden.

Es wird angenommen, dass sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der sich entwickelnden Interaktion und im Erleben dieser Interaktionen mit den unterschiedlichen Wahrnehmungsschwerpunkten, wie sie für Männer und Frauen beschrieben werden, auch im diagnostischen Prozess niederschlagen müssten.

Das der Arbeit zugrunde liegende Material, die OPD-Befunde von insgesamt 2739 Patienten, wird auf drei verschiedene Aspekte hin untersucht.

1. Die diagnostischen Befunde der Achse II (repetitive, dysfunktionelle Beziehungsmuster), Achse III (Konflikt) und Achse IV (Struktur) werden auf geschlechtsspezifische Ergebnisse in Bezug zum Geschlecht der Patienten untersucht.
2. Die Befunde werden in Zusammenhang zum Geschlecht der Diagnostiker untersucht. Unter Berücksichtigung des Diagnostikergeschlechtes soll überprüft werden, ob und inwieweit die Einschätzung von Diagnostikern durch die eigene Geschlechtszugehörigkeit geprägt ist.
3. Die Ergebnisse werden auf Zusammenhänge/Interaktionen zwischen dem Geschlecht der Patienten und dem der Diagnostiker hin untersucht.

Hypothesenentwicklung und Fragestellungen

3.1 Patientengeschlecht und Beziehungsachse

In der wissenschaftlichen Literatur zu geschlechtsspezifischen Eigenschaften in Beziehungsgestaltungen bzw. zu männlichen Geschlechtsstereotypen werden Männern eher dominant, abgegrenzt, distanziert, wenig emotional, durchsetzungsfähig, aggressiv beschrieben. Frauen werden in Beziehungen eher emotional, abhängig, ihre Bedürfnisse zurückstellend, sich anpassend und kränkbarer beschrieben (Born 1992; Rosenkrantz et al. 1968; Rudolf & Stratmann 1989; William & Best 1990; Feingold 1994; Notman & Nadelson 1995; Pease & Pease 2000; Bischof-Köhler 2002). In Untersuchungen zu interpersonellen Kreismodellen, die das Beziehungsverhalten zirkulär ab-

bilden (Tracey & Schneider 1995) befanden männliche Patienten sich eher im Sektor „Feindseligkeit und Dominanz“, weibliche Patienten eher im Sektor der Affiliation.

In der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik werden die Patienten dahingehend untersucht, ob in ihren Beziehungsgestaltungen habituelle, dysfunktionelle Beziehungsmuster vorherrschen.

Unter der Perspektive der geschlechtsspezifischen Aspekte stellen sich für die Beziehungssachse folgende Fragen:

Zeigen sich quantitative und/oder qualitative Unterschiede in den habituellen, dysfunktionellen Beziehungsmustern zwischen weiblichen und männlichen Patienten?

Zeigen Männer und Frauen jeweils spezifische dysfunktionelle Beziehungsmuster häufiger?

Stimmen diese dysfunktionellen Beziehungsmuster mit denen in der Literatur beschriebenen männlichen und weiblichen Geschlechtsstereotypen überein oder laufen sie diesen entgegengesetzt?

Das hieße beispielsweise, wird die Beziehungsgestaltung einer weiblichen Patientin dann dysfunktionell geratet, wenn sie sich ihren geschlechtsstereotypen Beziehungsmustern entgegengesetzt verhält, also besonders dominant, aggressiv oder kontrollierend auftritt, oder werden ihre Beziehungsmuster dann dysfunktionell geratet, wenn diese einen extremen, übermäßigen Ausdruck der weiblichen Stereotype darstellen? Aus den genannten Überlegungen lässt sich Folgendes ableiten.

Hypothese/Fragestellung (1):

In den Befunden der Beziehungssachse werden Geschlechtsunterschiede erwartet.

Hypothese/Fragestellung (2):

Erwartet wird, dass männliche Patienten innerhalb des aktiven interpersonellen Kreismodells der Achse II auf den Ebenen „der Patient erlebt sich selbst“ und „der Untersucher erlebt den Patienten“ häufiger als weibliche Patienten in den Clustern **„kontrollieren“**, **„herabsetzen“**, **„angreifen“**, **„ignorieren“** eingeschätzt werden. Auf der reaktiven Ebene des Kreismodells der Beziehungssachse werden männlichen Patienten auf den Ebenen „der Patient erlebt sich selbst“ und „der Untersucher erlebt den Patienten“ häufiger als weibliche in den Clustern **„behaupten“**, **„abschotten“**, **„zurückschrecken“** eingeschätzt. Weibliche Patienten werden innerhalb des aktiven Kreismodells auf den Ebenen „die Patientin erlebt sich selbst“ und „der Untersucher erlebt die Patientin“ häufiger als männliche Patienten in den Clustern **„beschützen“**, **„Autono-**

mie gewähren“, „bestätigen“ eingeschätzt. Auf der reaktiven Ebene des Kreismodells werden weibliche Patienten auf den genannten Ebenen häufiger als männliche in den Clustern „anklammern“, „unterwerfen“, „gekränkt sein“ eingeschätzt.

3.2 Diagnostikergeschlecht und Beziehungsachse

Auf der Ebene, die den Einfluss des Diagnostikergeschlechtes untersucht, wird vorausgesetzt, dass die Differenzierung in zwei Geschlechter eine Kategorie menschlicher Urteilsbildung darstellt. Es soll überprüft werden, ob und inwieweit die Einschätzung von Diagnostikern durch die eigene Geschlechtszugehörigkeit geprägt ist. Zum einen kann sich das Geschlecht des Diagnostikers in der spezifischen Interaktion mit dem männlichen oder weiblichen Patienten und zum anderen in seiner Art und Weise, die Beziehung einzuschätzen, niederschlagen. In der OPD selbst wird bislang von einem geschlechtsneutralen Standard der diagnostischen Einschätzung ausgegangen, an dem sich die Diagnostiker orientieren.

Ausgehend von Befunden von Rudolf (1991) über den Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit der Therapeuten auf ihre Befundbeschreibung, soll überprüft werden, ob sich ähnliche Ergebnisse replizieren lassen. In seiner Arbeit wurden Unterschiede in der Einschätzung des Befundniveaus zwischen männlichen und weiblichen Diagnostikern beschrieben. Die Einschätzung der Dysfunktionalität von Beziehungsmustern, wie sie auf der Beziehungsachse der OPD vorgenommen wird, trifft eine Aussage darüber, ob ein ausreichendes Befundniveau vorliegt, um Dysfunktionalität einzuschätzen, und kann insofern mit der Höhe des Befundniveaus in der Arbeit von Rudolf verglichen werden.

Dem Hypothesenteil 3.1.2 liegt die generelle Frage nach geschlechtsspezifischen Aspekten auf der Beziehungsachse unter der Diagnostikerperspektive zugrunde.

Hypothese/Fragestellung (3):

Männliche und weibliche Diagnostiker unterscheiden sich in ihren Einschätzungen der dysfunktionellen Beziehungsmuster.

Hypothese/Fragestellung (4):

Männliche Diagnostiker schätzen Beziehungsmuster insgesamt häufiger dysfunktionell ein als weibliche Diagnostiker.

Hypothese/Fragestellung (5):

Männliche Diagnostiker schätzen Beziehungsmuster weiblicher Patienten häufiger dysfunktionell ein als von männlichen Patienten.

Hypothese/Fragestellung (6):

Weibliche Diagnostiker schätzen Beziehungsmuster männlicher Patienten am wenigsten dysfunktionell ein.

Hypothese/Fragestellung (7):

Männliche und weibliche Diagnostiker schätzen die Beziehungsmuster der Patienten auf den vier Beurteilungsebenen unterschiedlich ein.

Hypothese/Fragestellung (8):

Spezifische Interaktionen zwischen dem Patientengeschlecht und dem Diagnostikergeschlecht auf der Beziehungssachse werden erwartet.

3.3 Patientengeschlecht und Konfliktachse

Zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede auf der Konfliktachse zwischen weiblichen und männlichen Patienten? Männer und Frauen wurden, soweit in der Literatur zur OPD zu eruierten war, bislang nicht auf unterschiedliche neurotische Konfliktthemen bzw. es wurden neurotische Konflikte nicht auf eine mögliche Geschlechtsspezifität hin untersucht.

Aufgrund theoretischer Überlegungen zur Frage einer geschlechtsspezifischen Verteilung neurotischer Konflikte wird angenommen, dass das Geschlecht als Einflussgröße neben anderen Variablen der lebensgeschichtlichen Entwicklung keine prägnante Bedeutung erhält; d. h. es werden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und einzelnen Konflikten erwartet.

Stellt man sich die Frage des Unterschiedes zwischen Männern und Frauen zum Modus der Konfliktverarbeitung, wird der Hypothesenentwicklung die in der Literatur beschriebene Beobachtung zugrunde gelegt, dass Frauen in der Regel passiver und Männer aktiver erlebt werden (Rudolf & Stratmann 1989). Es soll untersucht werden, ob sich Männer und Frauen im Modus der Konfliktverarbeitung unterscheiden und ob sich das Stereotyp von „männlicher Aktivität“ und „weiblicher Passivität“ im Modus der Konfliktverarbeitung wieder findet.

Hypothese/Fragestellung (9):

Unterscheiden sich männliche und weibliche Patienten im Modus der Konfliktverarbeitung in den einzelnen Konflikten?

Hypothese/Fragestellung (10):

Bei der Beurteilung des „wichtigsten Konfliktes“ und des „zweitwichtigsten Konfliktes“ werden keine geschlechtsspezifischen Verteilungen zwischen den einzelnen Konflikten erwartet.

3.4 Diagnostikergeschlecht und Konfliktachse

Hypothese/Fragestellung (11):

Schätzen männliche und weibliche Diagnostiker die beiden Hauptkonflikte, unabhängig vom Patientengeschlecht, unterschiedlich ein?

Hypothese/Fragestellung (12):

Besteht in der Einschätzung der Konfliktachse ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Diagnostiker und dem der Patienten?

3.5 Patientengeschlecht und Strukturachse

Bei den auf der Strukturachse abgebildeten Dimensionen handelt es sich um Ich-Fähigkeiten, die im Laufe des individuellen menschlichen Reifungsprozesses entwickelt wurden. Die Theorie der Ich-Struktur impliziert, dass Männer und Frauen diese Ich-Reifung gleichermaßen durchlaufen. In der Literatur werden keine Unterschiede in der Ich-Struktur zwischen Männern und Frauen beschrieben.

Hypothese/Fragestellung (13):

Es werden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten in den Befunden auf der Strukturachse erwartet.

3.6 Diagnostikergeschlecht und Strukturachse

Auch hier liegt in der Hypothesenentwicklung die Arbeit von Rudolf (1991) zugrunde, in dem männliche Therapeuten insgesamt ein höheres Befundniveau diagnostizieren als weibliche Therapeuten. Bei weiblichen Patienten diagnostizierten männliche Therapeuten das höchste Befundniveau und weibliche Therapeuten bei männlichen Patienten das niedrigste. Es soll überprüft werden, ob sich dieser Befund in der Einschätzung der Strukturachse bestätigt.

Hypothese/Fragestellung (14):

Männliche und weibliche Diagnostiker schätzen die Struktur der Patienten, unabhängig von deren Geschlecht, unterschiedlich ein.

Hypothese/Fragestellung (15):

Es wird angenommen, dass männliche Diagnostiker zu einem höheren Befundschweregrad tendieren und die Struktur als schlechter integriert einschätzen als weibliche Diagnostiker.

Hypothese/Fragestellung (16):

Gibt es in der Einschätzung der Struktur einen Zusammenhang zwischen Patientengeschlecht und Diagnostikergeschlecht?

4 Material und Methoden

4.1 Untersuchungssetting

Die Untersuchung wurde an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster durchgeführt. Versorgungsgebiet der Klinik ist das Münsterland. Teilweise stellen Patienten sich ambulant auch aus weiter entfernten Gebieten der Bundesrepublik vor. Konsiliarisch werden Patienten aus anderen Kliniken des Universitätsklinikums, einer Einrichtung der Maximalversorgung mit überregionalem Einzugsgebiet, vorgestellt.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) wird in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Münster seit Februar 1999 in der klinischen Routinediagnostik und Befunderhebung eingesetzt. Als Grundlage wird das Manual der OPD (Arbeitskreis OPD 1998) verwendet, das einen Leitfaden für die Interviewführung enthält.

Das OPD-Rating wurde von den Diagnostikern nach Abschluss der Diagnostik, d.h. nach ein bis maximal fünf ambulanten Gesprächen durchgeführt. Die Befunde der einzelnen Achsen wurden für jeden Patienten routinemäßig in standardisierten Erhebungsbögen dokumentiert.

4.2 Stichprobenbeschreibung – Diagnostiker, Patienten

Insgesamt führten 14 Diagnostiker, 7 weibliche und 7 männliche, die Interviews und OPD-Ratings durch. Alle Diagnostiker waren vertraut mit psychodynamischen Konzepten und hatten als zertifizierte OPD-Rater Weiterbildungen von insgesamt 60 Unterrichtsstunden für die Anwendung der OPD absolviert.

In einer konsekutiven Stichprobe über den Zeitraum von Februar 1999 bis April 2003 wurden die im Rahmen der Ambulanzuntersuchungen routinemäßig erfassten Daten von insgesamt 2739 ($n = 2739$) Ambulanz- und Konsiliarpatienten ausgewertet.

Von den insgesamt 2739 Patienten wurden 2716 Patienten einmalig nach OPD geratet, 23 Patienten wurden im Rahmen einer zweiten Vorstellung zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb des Untersuchungszeitraumes erneut geratet.

Das Alter der Patienten lag zwischen 18 und 89 Jahren, im Mittel bei 41,3 Jahren. Der Altersmittelwert der weiblichen Patienten betrug 40,5 (SD 15,3), der Altersmittelwert der männlichen Patienten betrug 42,8 (SD 13,9) Jahre.

Von den 2739 Patienten waren 1788 (65,3 %) weiblichen und 951 (34,7 %) männlichen Geschlechts.

Männliche Diagnostiker untersuchten insgesamt 1231 Patienten, davon 433 männliche Patienten (15,8 %) und 798 weibliche Patienten (29,1 %).

Weibliche Diagnostiker untersuchten insgesamt 1508 Patienten, davon 518 männliche Patienten (18,9 %) und 990 weibliche Patienten (36,1 %).

4.3 Beschreibung des diagnostischen Instrumentes

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Es handelt sich um ein vor dem Hintergrund der analytischen Theoriebildung entwickeltes multiaxiales operationalisiertes, psychodynamisches Diagnosesystem zur Anwendung in der psychotherapeutischen Praxis, Lehre und Forschung. Die OPD umfasst vier psychodynamische Achsen und die ICD-10 als fünfte Achse (Arbeitskreis OPD 1998). (I.) Krankheitserleben; (II.) Beziehung; (III.) Konflikt; (IV.) Struktur; (V.) Psychische und Psychosomatische Störungen (ICD-10-Diagnostik).

In der vorliegenden Studie sollen die Achsen II (Beziehung), III (Konflikt), IV (Struktur) auf geschlechtsspezifische Aspekte hin untersucht werden.

Praktikabilität, Reliabilität und Validität des diagnostischen Instrumentes bzw. der einzelnen Achsen sind im Rahmen mehrerer Studien überprüft worden (Rudolf et al. 1996, Cierpka 2000; Cierpka et al. 2001; Grande et al. 1998a; Grande et al. 1998b; Freyberger et al. 1998; Schneider et al. 2002; Spitzer et al. 2002a; Spitzer et al. 2002b). Die Reliabilitäten für die Anwendungen der OPD im Bezug auf die Achsen II (Beziehung), III (Konflikt) sind nach Cierpka et al. (2001) im Forschungskontext als annehmbar und für die Achse IV (Struktur) als gut zu bezeichnen. Unter klinischen Routinebedingungen wurden für alle Achsen mittlere Werte von 0,30 und 0,50 (gewichtetes Kappa) gefunden. Etwas bessere Werte ergaben sich für die Gesamtschätzung der Struktur (0,69) und für die Auswahl der beiden wichtigsten Konflikte (0,55). Unter Forschungsbedingungen, bei denen videographierte Interviews ausgewertet wurden, ergaben sich deutlich bessere Werte für die Reliabilität der Achsen II-IV (gewichtetes Kappa: range 0,48 – 0,81). Die beste Reliabilität zeigt auch hier die Strukturgesamtschätzung (0,70). Auf der Beziehungsachse wurden für die Ebene „Patient erlebt sich selbst“ Gesamtwerte von 0,58 - 0,70 gefunden, während die Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ die schlechtesten Ergebnisse mit Werten von 0,48 – 0,54 ergaben. Die anderen Perspektiven lagen zwischen diesen beiden Werten. Die Konfliktachse zeigte unter Forschungsbedingungen einen mittleren Wert von 0,61 über alle Konflikte.

Validitätsprüfungen wurden in verschiedenen Studien durch Korrelation von OPD-Ergebnissen mit Außenkriterien sowie durch Korrelation der Achsen untereinander (Grande et al. 1998a) vorgenommen. Zusammenhänge wurden zwischen OPD-Befunden, ICD-Diagnosen, Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS), Krankheitsver-

halten (Rudolf et al. 1996), prognostischer Bedeutsamkeit für den Behandlungserfolg (Strauss et al. 1997) und der klinischen Indikationsstellung (Schneider et al. 2002) untersucht. Spitzer et al. (2002) untersuchten die Konstruktvalidität der Strukturachse und bewerteten diese als befriedigend. Die Praktikabilität der OPD wird unter Forschungsbedingungen (Strauß et al. 1997, Freyberger et al. 1998) und unter klinischen Routinebedingungen (Schneider et al. 2002) insgesamt als gut bewertet mit hoher Akzeptanz der Untersucher. Eine Übersicht zu Untersuchungsergebnissen der Reliabilität, Validität und Praktikabilität der OPD findet sich bei Cierpka et al. (2001).

4.3.1 Achse II – Beziehung

Die Achse II (Beziehungsachse) dient der Diagnostik des dysfunktionalen habituellen Beziehungsverhaltens. Es soll sich in der Diagnostik herauskristalisieren, welche Beziehungsgestaltungen der Patient in seinen früheren und aktuellen sozialen Bereichen immer wieder herstellt. Als dysfunktionales Beziehungsmuster wird die spezifische Konstellation bezeichnet, die sich aus dem habituellen Beziehungsverhalten und den typischen Reaktionsweisen seiner Sozialpartner ergibt.

Die Beziehungsachse der OPD umfasst sowohl die Formulierung des vom Patienten erlebten eigenen habituellen Beziehungsverhaltens, das vom Patienten erlebte Beziehungsverhalten der Beziehungspartner, als auch die Mitteilung des Untersuchers, wie er das Beziehungsverhalten und seine eigenen Reaktionen darauf erlebt. Auf dieser Basis lässt sich das potentiell dysfunktionale Beziehungsverhalten beschreiben, wobei sich die Kategorisierung eng an zirkumplexe Modelle des interpersonalen Verhaltens anlehnt (Benjamin 1974).

Das Beziehungsverhalten wird in der OPD in zwei Ebenen, der aktiven und der reaktiven, eines zirkumplexen interpersonalen Kreismodells abgebildet. In jeder der beiden Kreisflächen stellt die waagerechte Achse die Dimension der Affiliation dar, zwischen den Polen der freundlichen Zuwendung und der feindlichen Abwendung. Die senkrechte Achse stellt die Dimension der Interpendenz oder Kontrolle dar; hier geht es um Autonomie und Kontrolle auf dem oberen versus Abhängigkeit und Anpassung auf dem unteren Pol.

In die vom Rater durchgeführte diagnostische Beurteilung werden die vom Patienten geschilderten Beziehungserfahrungen und die szenisch-interaktionelle Information aus der aktuellen Interaktion mit dem Patienten einbezogen. In der vorliegenden Studie werden aus Gründen der Praktikabilität die sich aus den 30 möglichen Beziehungsitems ergebenden Beziehungscluster berücksichtigt.

4.3.2 Achse III – Konflikt

Die Achse III (Konfliktachse) differenziert zeitlich überdauernde, dysfunktionale Konflikte. Es handelt sich um unbewusste Gegensätzlichkeiten und Problembereiche des Erlebens und Handelns, die sich in festgelegter Weise im Leben des Patienten immer wieder, d.h. repetitiv, finden, ohne dass bisher eine zufrieden stellende Bewältigung möglich gewesen wäre. Die Konflikte erschließen sich in der Diagnostik aus der klinischen Beschreibung wahrnehmbarer Verhaltens- und Erlebensweisen und manifestieren sich sowohl auf der intrapsychischen Ebene als auch in den Interaktionen mit anderen Menschen. Sie zeigen sich in den wesentlichen Lebensbereichen eines Menschen wie: Partnerwahl, Herkunftsfamilie, Bindungsverhalten, Familienleben, Arbeits- und Berufsbereich, Besitzverhalten, umgebender soziokultureller Raum, Krankheitserleben.

Die OPD unterscheidet folgende zeitlich überdauernden Konflikte: Abhängigkeit versus Autonomie, Unterwerfung versus Kontrolle, Versorgung versus Autarkie, Selbstwert versus Objektwert, Über-Ich- und Schuldkonflikte, ödipal-sexuelle Konflikte, Identitätskonflikte. Darüber hinaus wird eine fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung spezifiziert, sowie ein Aktualkonflikt im Sinne einer aktuellen, nicht zeitlich überdauernden konflikthafter Lebensbelastung. Alle Konflikte werden in ihrem Modus der Konfliktverarbeitung, ob passiv auf sich selbst bezogen oder aktiv auf andere bezogen, spezifiziert.

4.3.3 Achse IV – Struktur

Auf der Achse IV (Strukturachse) wird das Selbst in Beziehung zum anderen anhand von sechs Dimensionen beschrieben, die als Konstrukte sechs beobachtbare Funktionen der zugrunde liegenden Ich-Struktur des Patienten kennzeichnen. Die einzelnen Dimensionen beziehen sich auf Funktionen der: 1. Selbstwahrnehmung, 2. Selbststeuerung, 3. Abwehr, 4. Objektwahrnehmung, 5. Kommunikation, 6. Bindung.

Die entwicklungspsychologische Sichtweise versteht die Ich-Struktur des Erwachsenen als Ergebnis eines Reifungsprozesses mit zunehmender Differenzierung und Integration. Es handelt sich um den Aufbau der intrapsychischen Repräsentanz der äußeren Objektwelt sowie der Erfahrungen und Einstellungen des Selbst im Umgang mit der Objektwelt. Ungestörtheit der Struktur bedeutet, dass der einzelne über diesen psychischen Binnenraum verfügen und ihn mit intrapsychischen Prozessen so regulieren kann, dass interpersonelle Beziehungen in befriedigender Weise hergestellt und aufrechterhalten werden können. Strukturelle Störung bedeutet, dass im Sinne eines Entwicklungsdefizites bestimmte strukturelle Differenzierungen und Integrationsschritte nicht erfolgt sind. Das Selbst vermag weder autonom zu sein, noch sich selbst ausreichend zu organisieren oder zu reflektieren; eine verlässliche Bindung an Halt gebende andere konnte nicht entwickelt werden.

Um das Ausmaß und die Qualität der strukturellen Gestörtheit zu kennzeichnen, werden vier Integrationsniveaus unterschieden (gut integriert, mäßig integriert, gering integriert und desintegriert). In der Beurteilung ist eine weitere Unterteilung der Schritte in „gut bis mäßig integriert“, „mäßig bis gering integriert“ etc. möglich. Der Befund soll die qualitative Deskription für die sechs Beurteilungsdimensionen und die globale Einschätzung des Integrationsniveaus abbilden.

4.4 Angewandte statistische Methoden

Zur Untersuchung von Verteilungsunterschieden zwischen nominal- und ordinalskalierten Variablen wurde der χ^2 -Test nach Pearson eingesetzt.

Zum Mittelwertvergleich intervallskalierter Variablen wurden bei dem Vergleich von zwei Variablen T-Tests, bei drei und mehr Variablen einfache Varianzanalysen und post-hoc Scheffé-Tests durchgeführt.

Für die Interpretation wurde ein Signifikanzniveau von 5 % festgelegt.

Zur Anfertigung statistischer Berechnungen und graphischer Darstellungen wurden Microsoft EXCEL und SPSS für Windows, Version 11.0 (SPSS Software Inc. Chicago, USA) verwendet.

5 Ergebnisse

5.1 Dysfunktionelle Beziehungsmuster (Achse II)

Von 2739 Patienten wurden bei 1577 Patienten dysfunktionelle Beziehungsmuster diagnostiziert, bei 856 Patienten war keine Einschätzung möglich, bei 306 Patienten wurde festgestellt, dass keine dysfunktionellen Beziehungsmuster vorliegen.

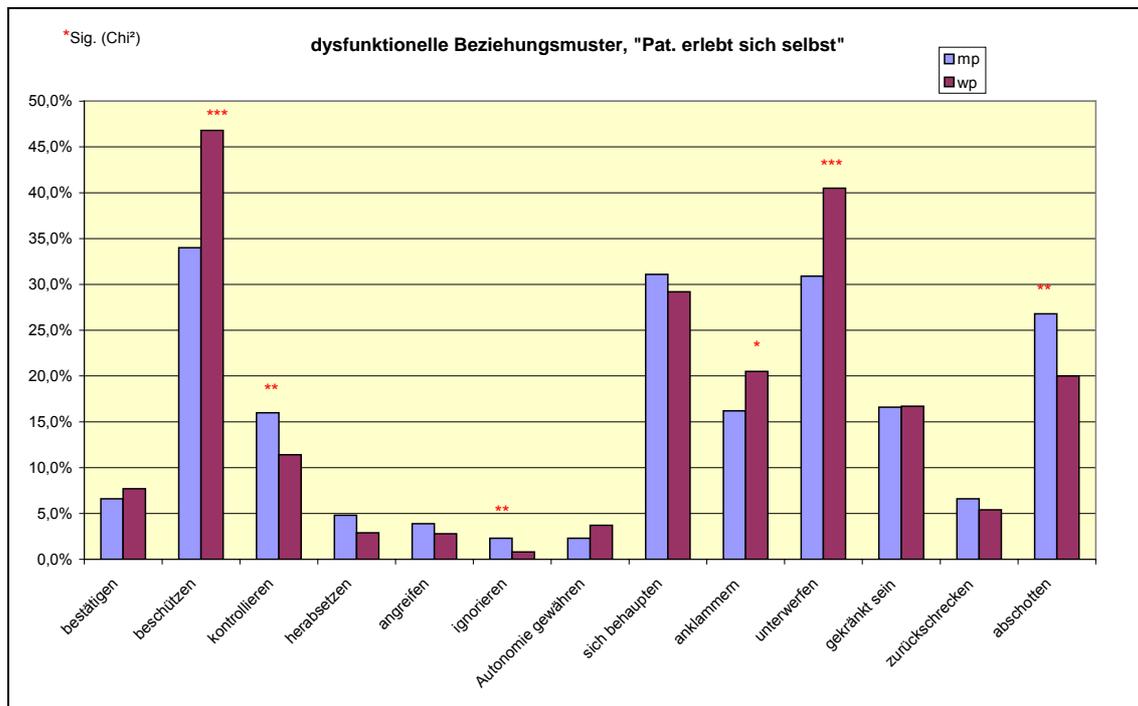
5.1.1 Ergebnisse: Patientengeschlecht und Beziehungsachse

Die folgenden Untersuchungsergebnisse beziehen sich auf die **Hypothese (1)**: In den dysfunktionellen Beziehungsmustern zeichnen sich Geschlechtsunterschiede ab; und die **Hypothese (2)**: Ausgehend von Geschlechtsstereotypen in der Normalbevölkerung wird angenommen, dass männliche Patienten sich auf der aktiven Ebene des Kreismodells der OPD auf den Beurteilungsebenen „Patient erlebt sich selbst“ und „Untersucher erlebt Patient“ in den Clustern „kontrollieren“, „herabsetzen“, „angreifen“, „ignorieren“ abbilden, auf der reaktiven Ebene in den Clustern „sich behaupten“, „abschotten“, „zurückschrecken“. Weibliche Patienten bilden sich auf der aktiven Ebene des Kreismodells auf den Beurteilungsebenen „Patientin erlebt sich selbst“ und „Untersucher erlebt Patientin“ in den Clustern „bestätigen“, „beschützen“, „Autonomie gewähren“ und auf der reaktiven Ebene in den Clustern „anklammern“, „unterwerfen“, „gekränkt sein“ ab.

Die beiden Ebenen „Patient erlebt andere“ und „Untersucher erlebt sich selbst“ werden ebenfalls auf Geschlechtsunterschiede hin untersucht.

In den folgenden Abbildungen werden die Verteilungen dysfunktioneller Beziehungsmuster auf den vier Bewertungsebenen bei männlichen und weiblichen Patienten dargestellt. Die entsprechenden Tabellen befinden sich im Anhang.

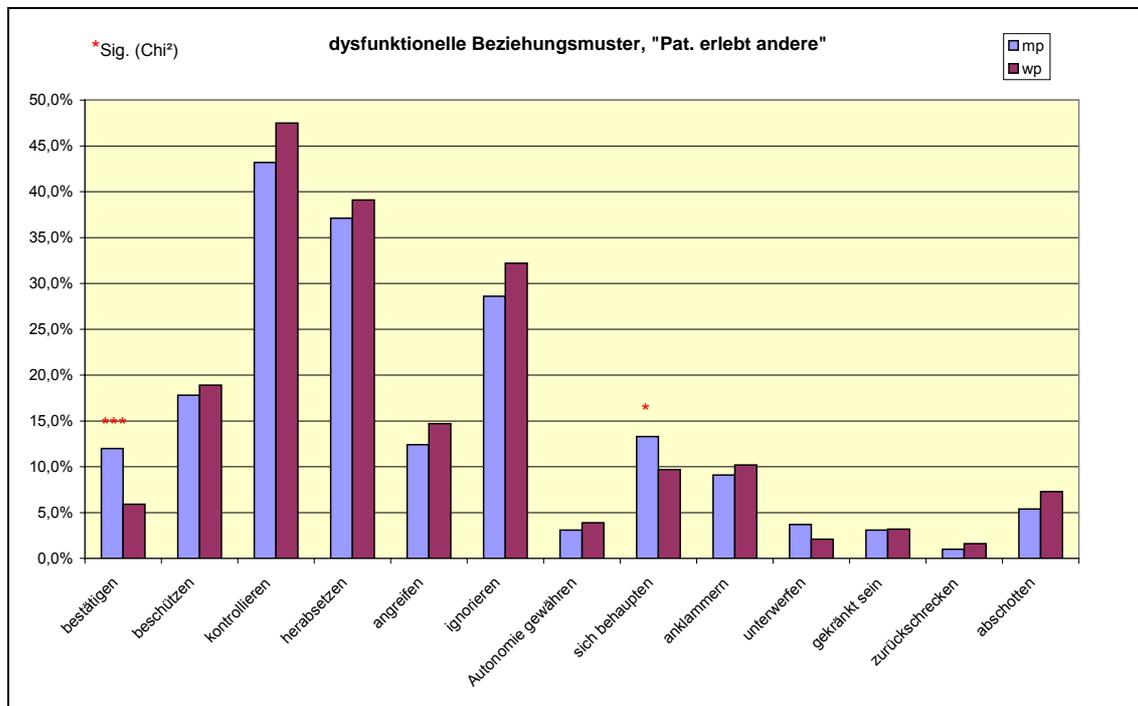
Abbildung 1: Dysfunktionelle Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“ (Chi²-Test)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Wie in Abbildung 1 dargestellt, zeigen sich auf der Beurteilungsebene „Pat. erlebt sich selbst“ die Cluster „beschützen“, „unterwerfen“ und „anklammern“ signifikant häufiger bei weiblichen Patienten. Die Cluster „kontrollieren“, „ignorieren“ und „abschotten“ werden signifikant gehäuft bei männlichen Patienten eingeschätzt (Tab. A1 im Anhang).

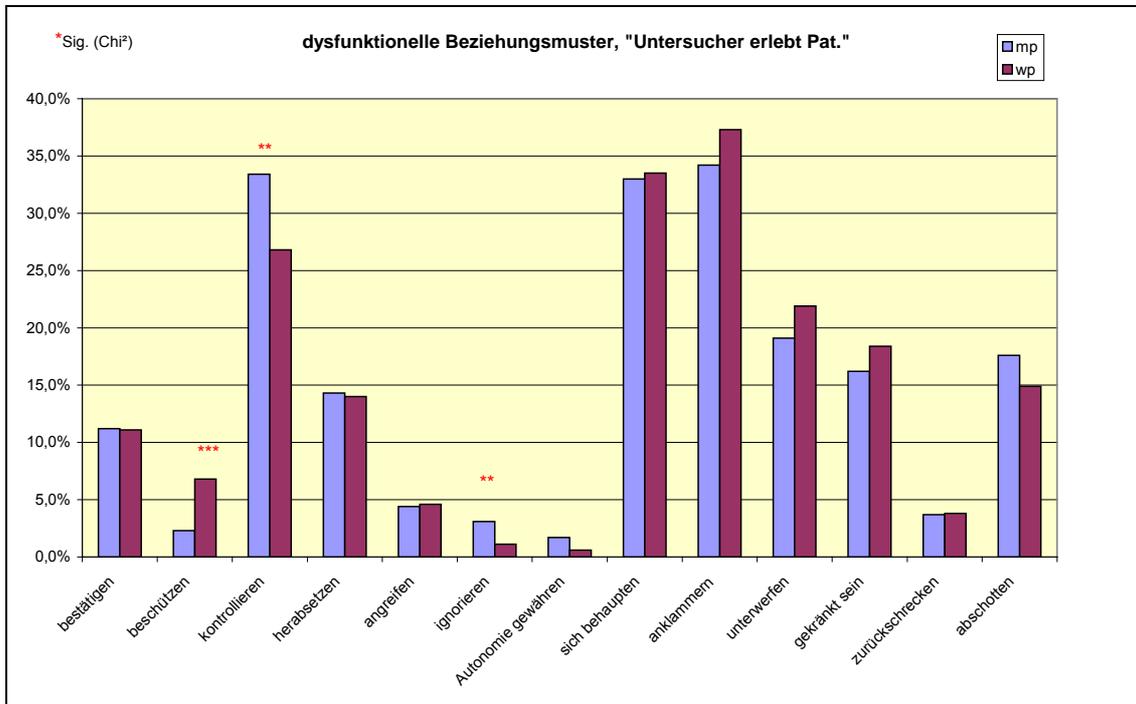
Abbildung 2: Verteilung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten auf der Ebene „Patient erlebt andere“ (Chi²-Test)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Wie in Abbildung 2 dargestellt, bilden sich auf der Beurteilungsebene „Pat. erlebt andere“ die Cluster „bestätigen“ und „sich behaupten“ signifikant häufiger bei männlichen Patienten ab (Tab. A2 im Anhang).

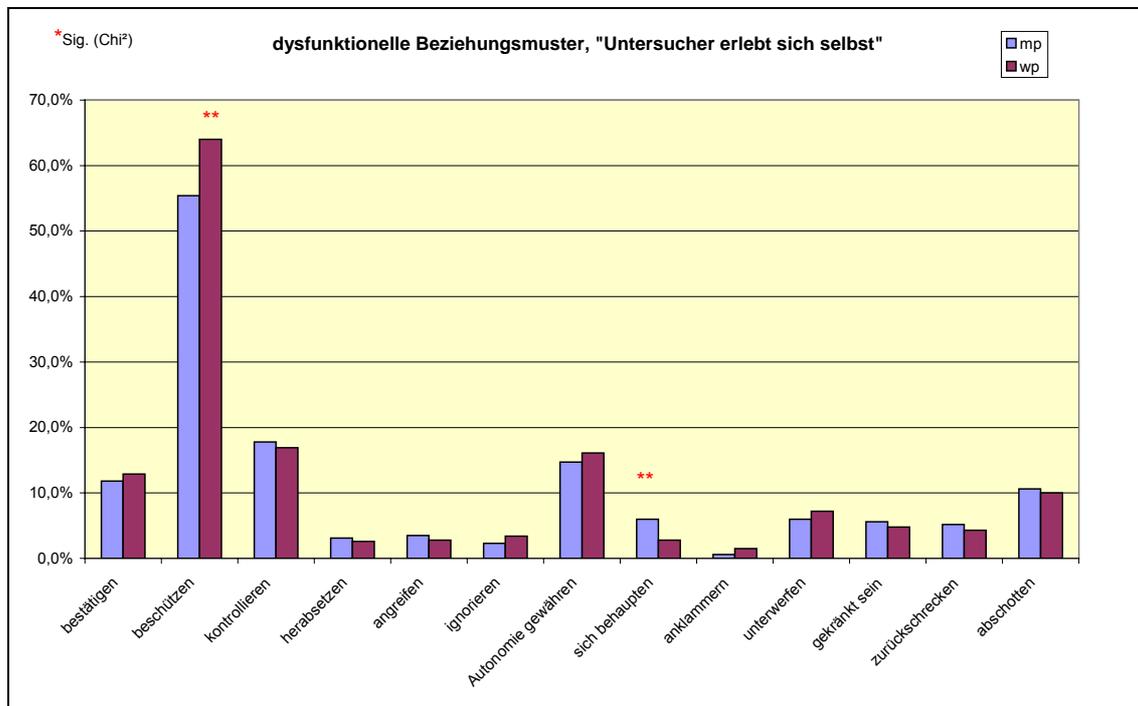
Abbildung 3: Verteilung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“ (Chi²-Test)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Wie in Abbildung 3 dargestellt, zeigt sich auf der Beurteilungsebene „Untersucher erlebt Pat.“ das Cluster „beschützen“ signifikant gehäuft bei weiblichen Patienten. Die Cluster „kontrollieren“ und „ignorieren“ treten signifikant häufiger bei männlichen Patienten auf (Tab. A3 im Anhang).

Abbildung 4: Dysfunktionelle Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ (Chi²-Test)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Wie in Abbildung 4 dargestellt, zeigt sich auf der Beurteilungsebene „Untersucher erlebt sich selbst“ das Cluster „beschützen“ signifikant häufiger bei weiblichen Patienten, das Cluster „sich behaupten“ signifikant häufiger bei männlichen Patienten (Tab. A4 im Anhang).

Hypothese (1) bestätigt sich.

Die in Hypothese (2) für männliche und weibliche Patienten postulierten Beziehungscluster bilden sich nicht alle entsprechend der Hypothese ab. Die gefundenen Unterschiede in den Beziehungsclustern sind jedoch alle hypothesenkonform.

5.1.2 Diagnostikergeschlecht und Beziehungsachse

Männliche Diagnostiker schätzten bei 642 Patienten von ihren insgesamt 1231 untersuchten Patienten dysfunktionelle Beziehungsmuster ein, weibliche Diagnostiker bei 935 Patienten von ihren 1508 Patienten.

Es besteht in der Beziehungsdiagnostik die Möglichkeit, auf jeder von vier Beurteilungsebenen jeweils bis zu drei Beziehungselementen einzuschätzen. Die Beziehungselemente werden aus unterschiedlichen Clustern gewählt, sodass die Anzahl der eingeschätzten Beziehungselemente der Anzahl der Beziehungscluster, die Grundlage der Befunde der Beziehungsachse sind, entspricht. Männliche Diagnostiker schätzen auf der Ebene

„Pat. erlebt sich selbst“ im Mittel 1,9, weibliche Diagnostiker im Mittel 2,15 Items ein. Auf der Ebene „Pat. erlebt andere“ schätzen männliche Diagnostiker im Mittel 1,7 Items, weibliche Diagnostiker 2,0 Items ein. Auf der Ebene „Untersucher erlebt Pat.“ schätzen männliche Diagnostiker im Mittel 1,7 Items, weibliche Diagnostiker 2,1 Items ein. Auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ schätzen männliche und weibliche Diagnostiker jeweils 1,47 Items ein. Insgesamt nutzen weibliche Diagnostiker die Möglichkeit, bis zu drei unterschiedliche Beziehungstems einzuschätzen, eher aus als männliche Diagnostiker.

5.1.2.1 Ergebnisse: Diagnostikergeschlecht und Dysfunktionalität von Beziehungsmustern

Die folgenden Ergebnisse zur Einschätzung der Dysfunktionalität von Beziehungsmustern durch die Diagnostiker beziehen sich auf die Hypothesen (3) – (6).

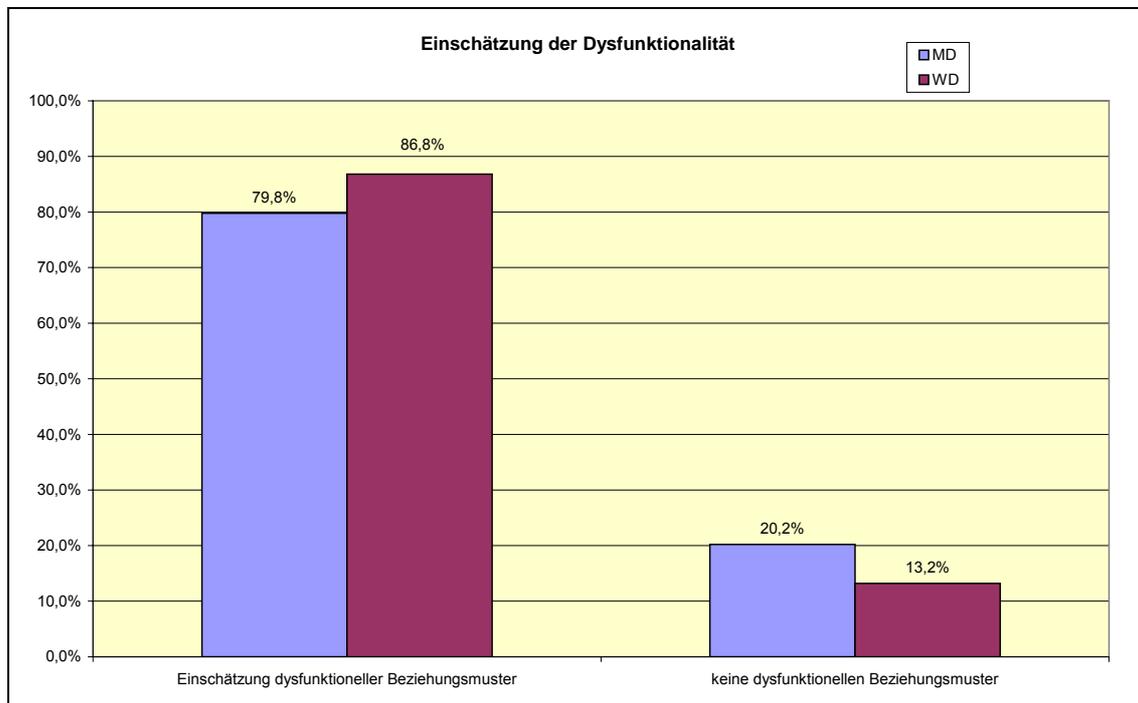
Hypothese (3): Es werden geschlechtsspezifische Unterschiede in der Einschätzung der Dysfunktionalität der Beziehungsmuster erwartet.

Hypothese (4): Männliche Diagnostiker schätzen Patienten in ihren Beziehungsmustern häufiger dysfunktionell ein als weibliche Diagnostiker.

Hypothese (5): Männliche Diagnostiker schätzen weibliche Patienten in ihren Beziehungsmustern häufiger dysfunktionell ein als männliche Patienten.

Hypothese (6): Weibliche Diagnostiker schätzen männliche Patienten in ihren Beziehungsmustern seltener dysfunktionell ein als weibliche Patienten.

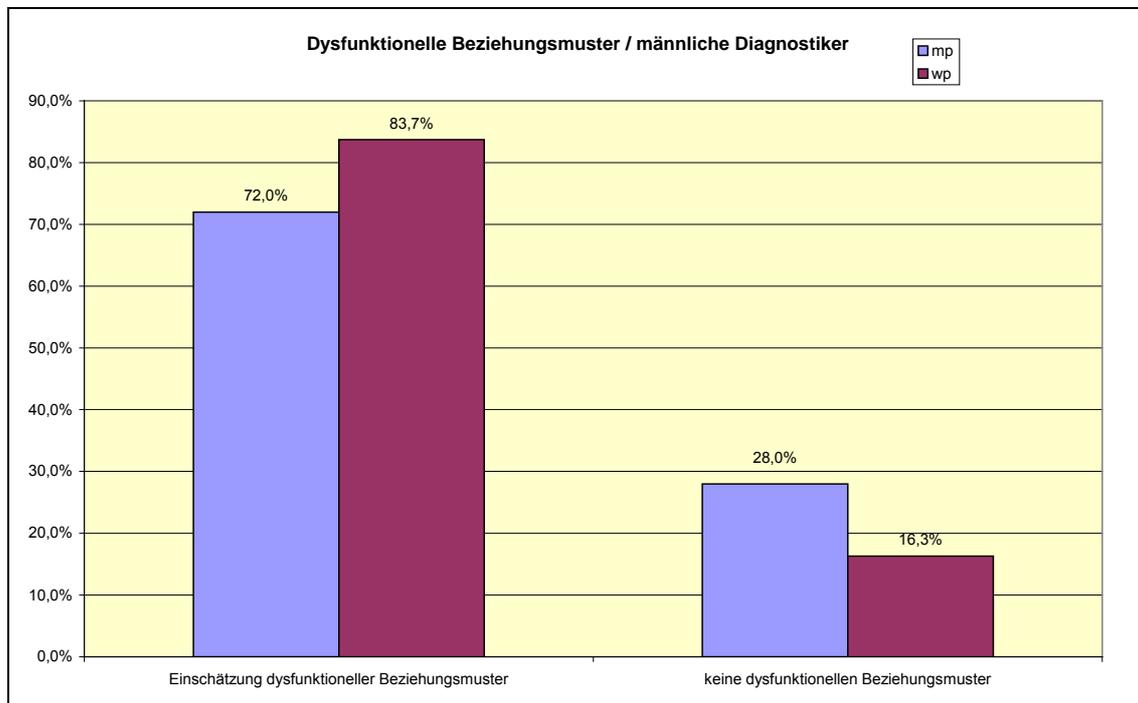
Abbildung 5: Verteilung dysfunktioneller und nicht-dysfunktioneller Beziehungsmuster eingeschätzt von weiblichen (WD) und männlichen (MD) Diagnostikern



χ^2 : 16,93, df = 1, $p \leq 0,001$

Wie in Abbildung 5 dargestellt, schätzen männliche Diagnostiker bei den Patienten signifikant häufiger „keine dysfunktionellen Beziehungsmuster“ ein als weibliche Diagnostiker. Hypothese (3) hat sich somit bestätigt, es ergeben sich Unterschiede in den Einschätzungen von Dysfunktionalität bei männlichen und weiblichen Diagnostikern. Die Hypothese (4) ließ sich nicht bestätigen, vielmehr ergab sich das Gegenteil, nämlich dass weibliche Diagnostiker signifikant häufiger dysfunktionelle Beziehungsmuster einschätzen als männliche (Tab. A5 im Anhang).

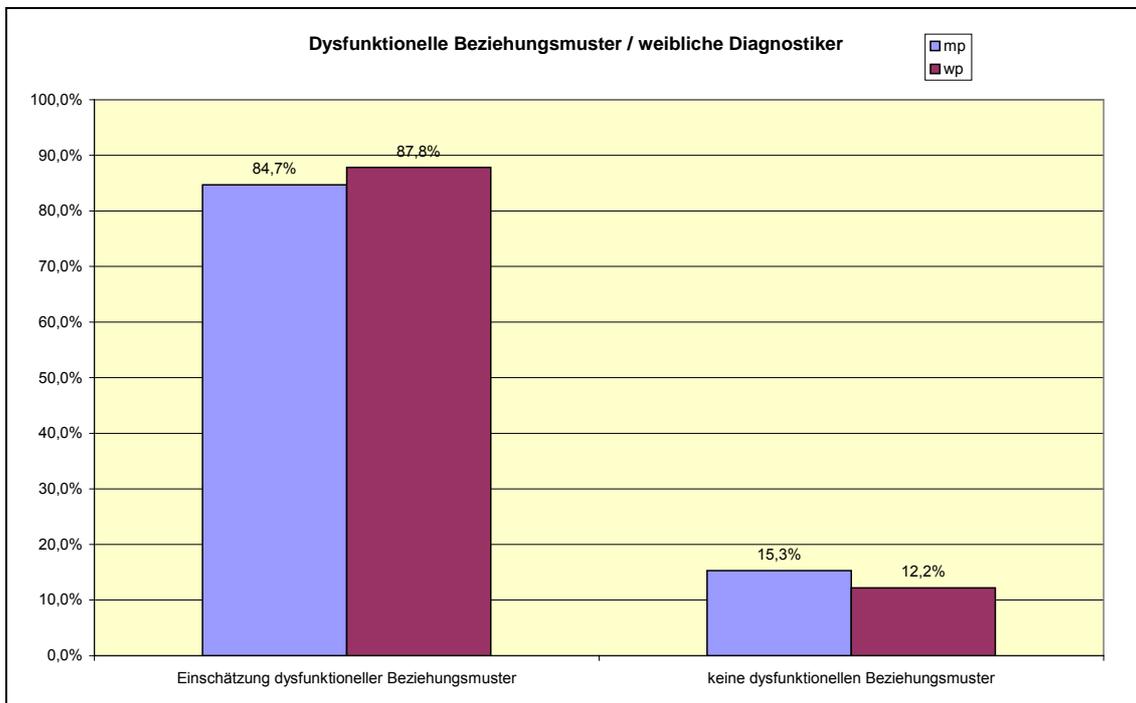
Abbildung 6: Einschätzung dysfunktioneller und nicht dysfunktioneller Beziehungsmuster durch männliche Diagnostiker (MD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten



Chi²-Test 15,37, df = 1, p ≤ 0,001

Wie in Abbildung 6 dargestellt, schätzen männliche Diagnostiker bei weiblichen Patienten signifikant häufiger „dysfunktionelle Beziehungsmuster“ ein, während sie bei männlichen Patienten häufiger „keine dysfunktionellen Beziehungsmuster“ einschätzen (Tab. A6 im Anhang). Die Hypothese (5), dass männliche Diagnostiker bei weiblichen Patienten häufiger dysfunktionelle Beziehungsmuster einschätzen als bei männlichen Patienten, ließ sich bestätigen.

Abbildung 7: Einschätzung dysfunktioneller und nicht-dysfunktioneller Beziehungsmuster durch weibliche Diagnostiker (WD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten



(χ^2 : 2,01; df = 1; p = 0,157)

Wie in Abbildung 7 dargestellt, ist das Ergebnis nicht signifikant. Weibliche Diagnostiker machen in der Einschätzung der Dysfunktionalität der Beziehungsmuster keinen bedeutsamen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten (Tab. A7 im Anhang). Hypothese (6), die besagt, dass weibliche Diagnostiker die Beziehungsmuster ihrer männlichen Patienten seltener dysfunktionell einschätzen als die ihrer weiblichen Patienten, bestätigt sich nicht.

5.1.2.2 Ergebnisse: Diagnostikergeschlecht und spezifische Beziehungsmuster

Ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Diagnostiker und den dysfunktionellen Beziehungsmustern wurde zunächst über alle vier Beurteilungsebenen und anschließend auf den einzelnen Beurteilungsebenen erfasst.

Ausgehend von den **Hypothesen (7)**: Männliche und weibliche Diagnostiker schätzen die Beziehungsmuster der Patienten auf den vier Beurteilungsebenen unterschiedlich ein; und **(8)**: Erwartet werden Interaktionen zwischen dem Patientengeschlecht und dem Diagnostikergeschlecht auf der Beziehungsachse; konnten folgende Ergebnisse erhoben werden.

Tabelle 1: Einschätzungen männlicher (MD) und weiblicher (WD) Diagnostiker dysfunktioneller Beziehungsmuster über alle vier Beurteilungsebenen zusammengefasst (Chi²-Test)

	MD	WD	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	25,2 %	34,3 %	30,6 %	1	14,83	0,000***
beschützen	76,3 %	82,6 %	80,0 %	1	9,28	0,002**
kontrollieren	64,8 %	72,0 %	69,1 %	1	9,19	0,002**
herabsetzen	41,9 %	51,0 %	47,3 %	1	12,69	0,000***
angreifen	19,8 %	22,6 %	21,4 %	1	1,75	0,185
ignorieren	31,9 %	36,7 %	34,7 %	1	3,79	0,051*
Autonomie gewähren	26,8 %	18,0 %	21,6 %	1	17,52	0,000***
sich behaupten	53,6 %	50,1 %	51,5 %	1	1,90	0,168
anklammern	51,4 %	50,5 %	50,9 %	1	0,13	0,719
unterwerfen	45,0 %	53,9 %	50,3 %	1	12,03	0,001**
gekränkt sein	25,5 %	38,5 %	33,2 %	1	28,80	0,000***
zurückschrecken	13,6 %	14,8 %	14,3 %	1	0,45	0,500
sich abschotten	32,1 %	47,5 %	41,2 %	1	37,26	0,000***

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

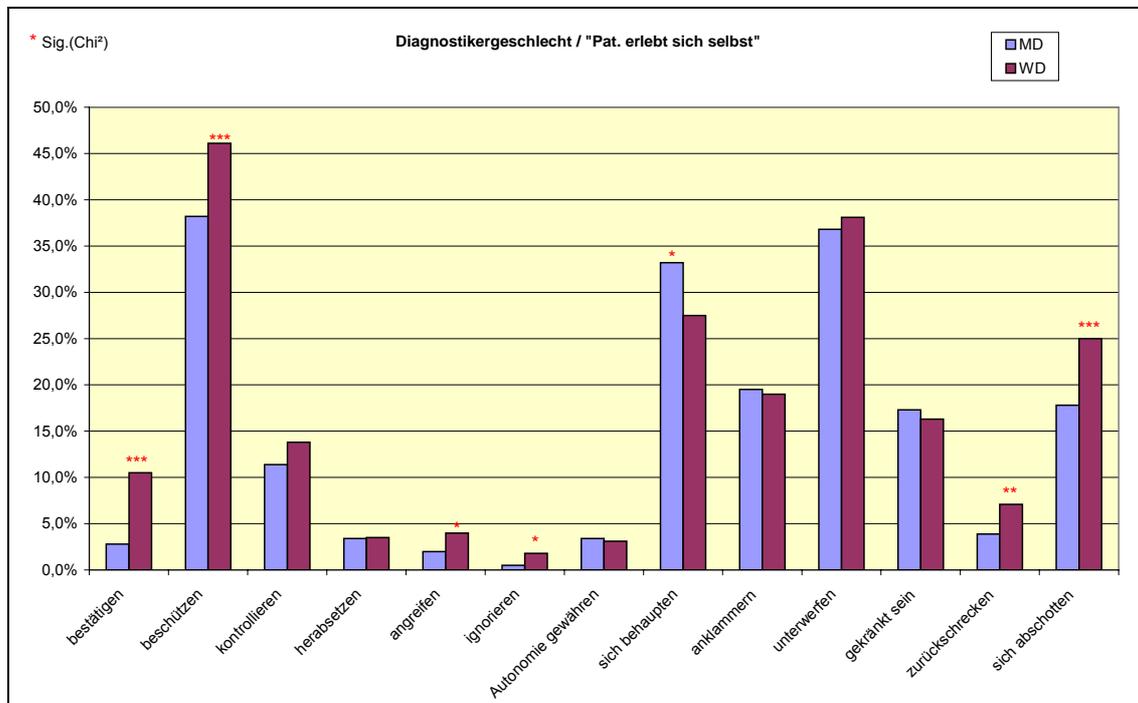
Wie in Tabelle 1 dargestellt, ergeben sich unter Berücksichtigung aller vier Beurteilungsebenen folgende Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Diagnostikern.

Weibliche Diagnostiker schätzen die Beziehungscluster „bestätigen“, „beschützen“, „kontrollieren“, „herabsetzen“, „ignorieren“, „unterwerfen“, „gekränkt sein“ und „sich abschotten“ signifikant häufiger ein als männliche Diagnostiker.

Männliche Diagnostiker schätzen nur das Item „Autonomie gewähren“ signifikant häufiger ein als weibliche Diagnostiker.

Im Folgenden werden die Einschätzungen der Beziehungcluster durch männliche und weibliche Diagnostiker für die einzelnen Beurteilungsebenen dargestellt.

Abbildung 8: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“ (Chi²-Test)

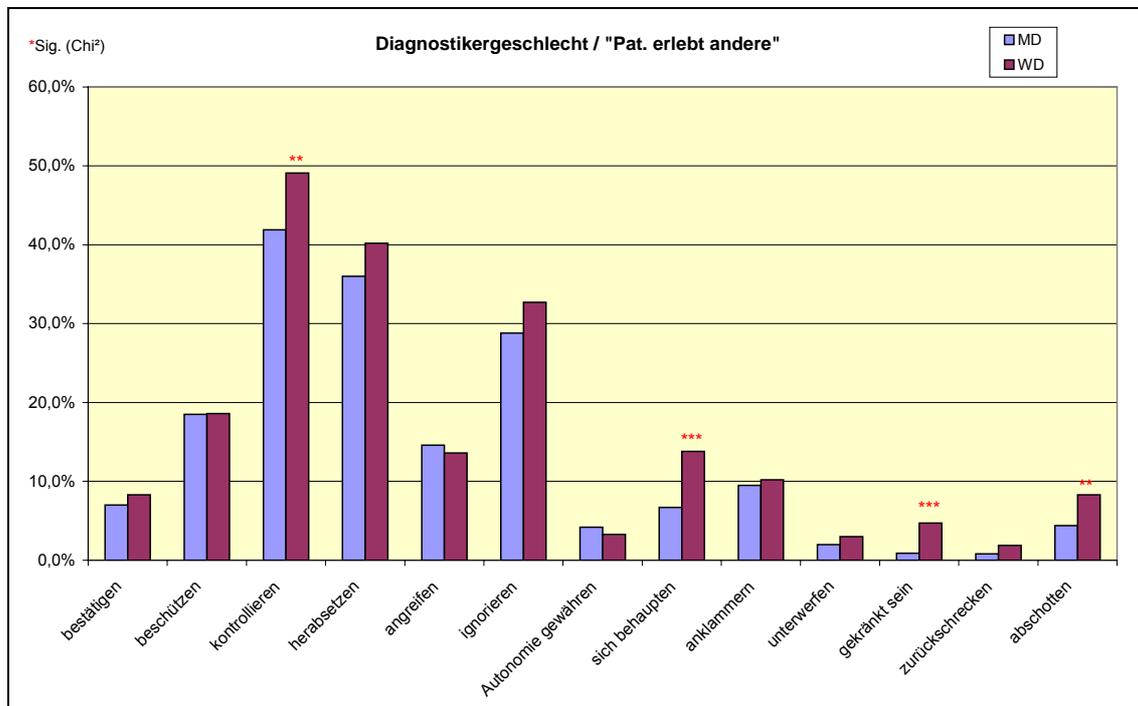


* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Wie in Abbildung 8 dargestellt, schätzen weibliche Diagnostiker signifikant häufiger als männliche Diagnostiker ein, dass die Patienten sich „bestätigend“, „beschützend“, „angreifend“, „ignorierend“, „zurückschreckend“ und „sich abschottend“ erleben.

Männliche Diagnostiker schätzen häufiger ein, dass die Patienten sich „behauptend“ erleben (Tab. A8 im Anhang).

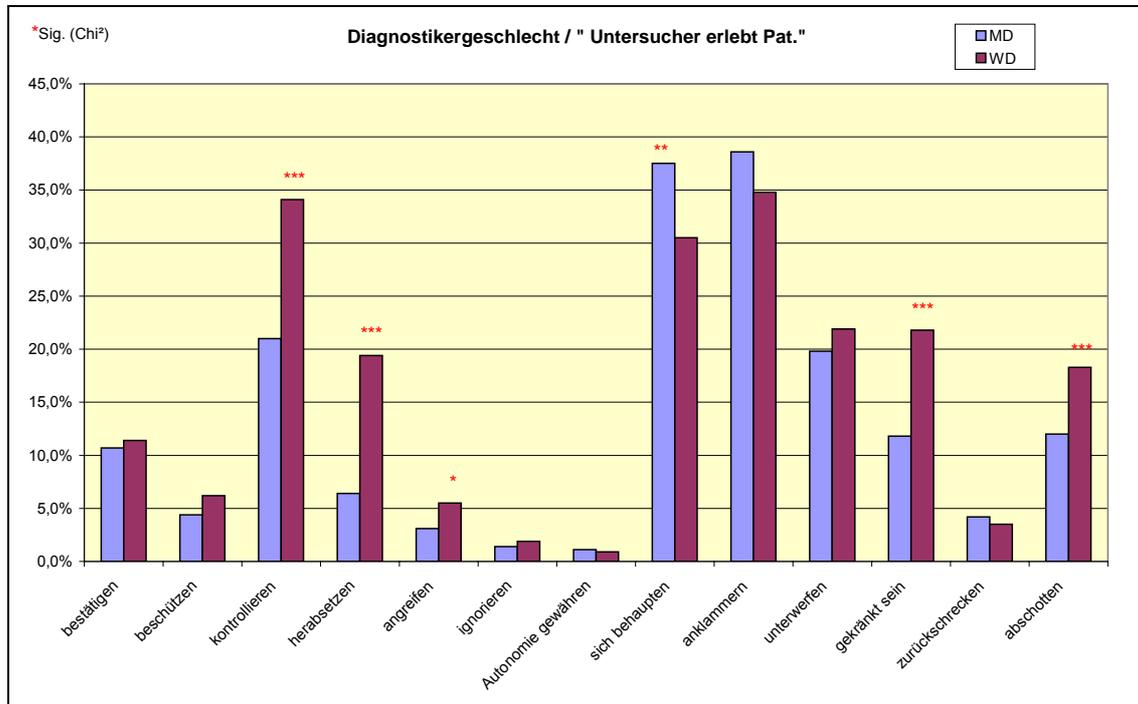
Abbildung 9: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker auf der Ebene „Patient erlebt andere“ (Chi²-Test)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Wie in Abbildung 9 dargestellt, schätzen weibliche Diagnostiker im Vergleich zu männlichen Diagnostikern signifikant häufiger ein, dass die Patienten andere „kontrollierend“, „sich behauptend“, „gekränkt“, und „sich abschöten“ erleben (Tab. A9 im Anhang).

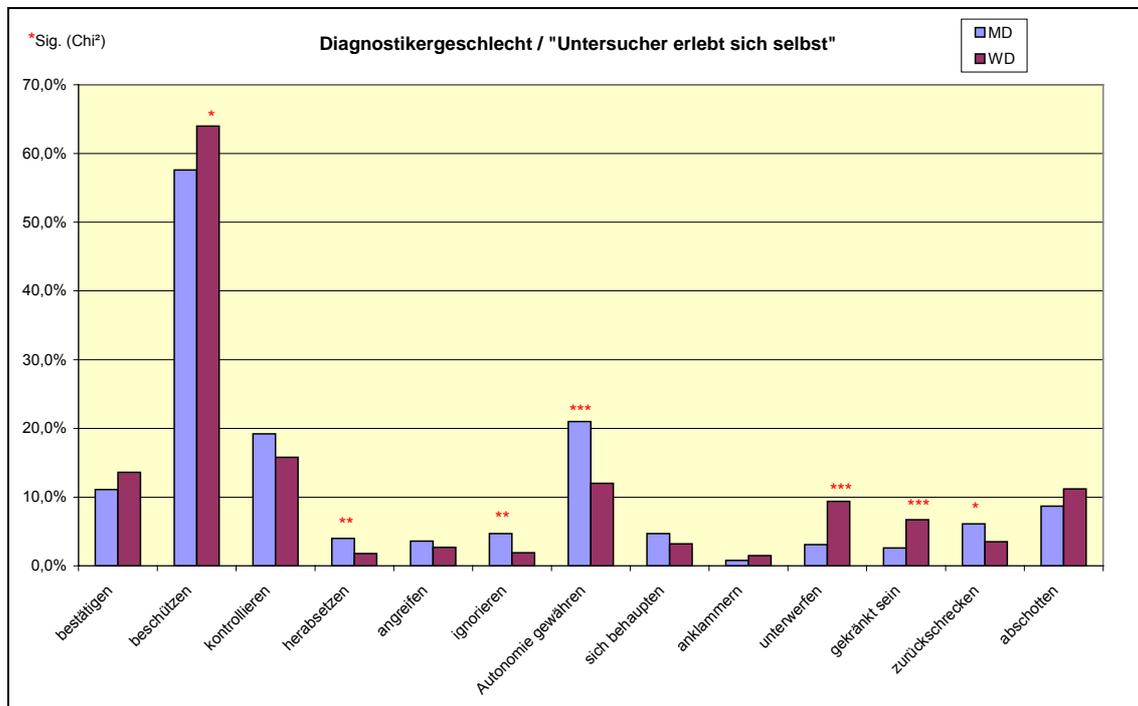
Abbildung 10: Einschätzung dysfunktionaler Beziehungsmuster durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Wie in Abbildung 10 dargestellt, erleben weibliche Diagnostiker die Patienten ihnen und anderen gegenüber im Vergleich zu den männlichen Diagnostikern häufiger „kontrollierend“, „herabsetzend“, „angreifend“, „gekränkt“ und „sich abschottend“. Männliche Diagnostiker erleben die Patienten ihnen und anderen gegenüber häufiger als die weiblichen Diagnostiker „sich behauptend“ (Tab. A10 im Anhang).

Abbildung 11: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ (Chi²-Test)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Wie in Abbildung 11 dargestellt, erleben weibliche Diagnostiker sich selbst den Patienten gegenüber, im Vergleich zu männlichen Diagnostikern, signifikant häufiger „beschützend“, „sich unterwerfend“, „gekränkt“ und „zurückschreckend“.

Männliche Diagnostiker erleben sich selbst den Patienten gegenüber, im Vergleich zu weiblichen Diagnostikern, häufiger „herabsetzend“, „ignorierend“, „Autonomie gewährend“ (Tab. A11 im Anhang).

Die Hypothese (7), dass männliche und weibliche Diagnostiker sich in ihren Einschätzungen der Beziehungsebenen unterscheiden, bestätigt sich somit.

In den folgenden Berechnungen werden die Einschätzungen der männlichen und weiblichen Diagnostiker in Bezug zum Patientengeschlecht gesetzt, um entsprechend Hypothese (8) zu überprüfen, ob sich spezifische Interaktionen zwischen den jeweiligen Diagnostiker- und Patienten-Dyaden abbilden.

Tabelle 2: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten durch männliche Diagnostiker (MD) auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“

	mp	wp	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	2,1 %	3,1 %	2,8 %	1	0,58	0,446
beschützen	30,3 %	41,6 %	38,2 %	1	7,42	0,006**
kontrollieren	15,4 %	9,6 %	11,4 %	1	4,48	0,034*
herabsetzen	4,1 %	3,1 %	3,4 %	1	0,39	0,534
angreifen	1,5 %	2,2 %	2,0 %	1	0,33	0,563
ignorieren	1,0 %	0,2 %	0,5 %	1	1,88	0,171
Autonomie gewähren	1,5 %	4,3 %	3,4 %	1	3,02	0,082
sich behaupten	35,4 %	32,2 %	33,2 %	1	0,61	0,433
anklammern	13,3 %	22,1 %	19,5 %	1	6,73	0,009**
unterwerfen	29,7 %	39,8 %	36,8 %	1	5,93	0,015*
gekränkt sein	20,5 %	15,9 %	17,3 %	1	2,03	0,154
zurückschrecken	5,6 %	3,1 %	3,9 %	1	2,28	0,131
abschotten	24,6 %	14,8 %	17,8 %	1	9,02	0,003**

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

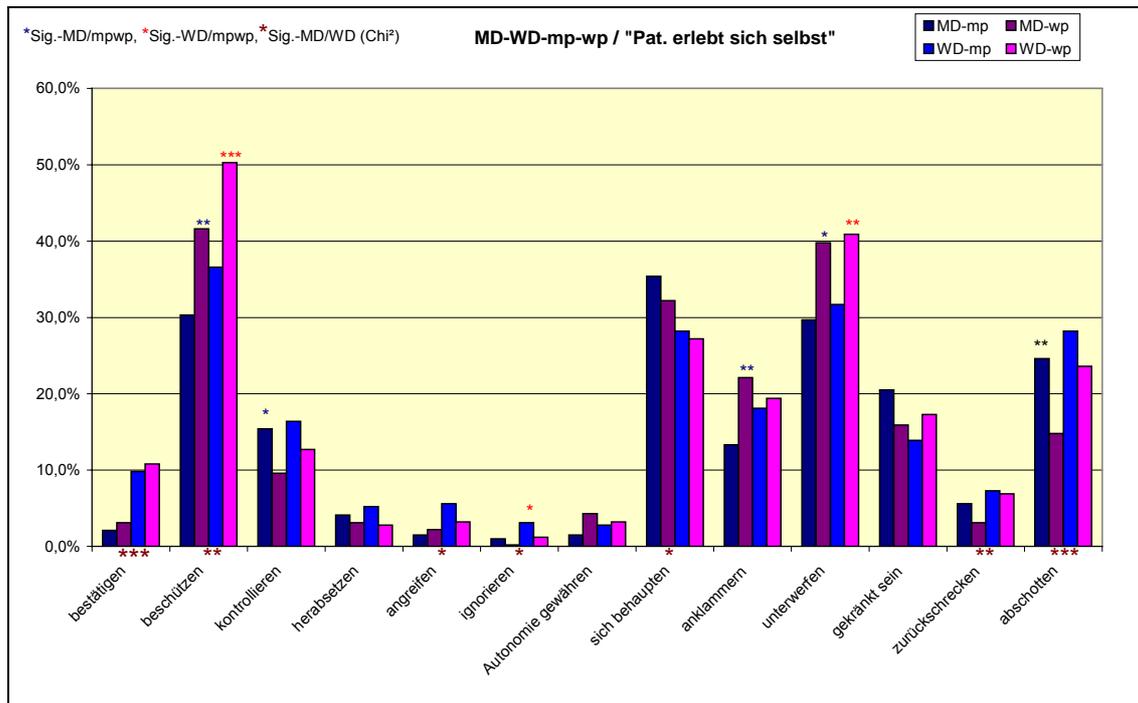
Tabelle 3: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten durch weibliche Diagnostiker (WD) auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“

	mp	wp	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	9,8 %	10,8 %	10,5 %	1	0,23	0,630
beschützen	36,6 %	50,3 %	46,1 %	1	15,07	0,000***
kontrollieren	16,4 %	12,7 %	13,8 %	1	2,32	0,128
herabsetzen	5,2 %	2,8 %	3,5 %	1	3,50	0,061
angreifen	5,6 %	3,2 %	4,0 %	1	2,85	0,091
ignorieren	3,1 %	1,2 %	1,8 %	1	4,03	0,045*
Autonomie gewähren	2,8 %	3,2 %	3,1 %	1	0,14	0,712
sich behaupten	28,2 %	27,2 %	27,5 %	1	0,11	0,737
anklammern	18,1 %	19,4 %	19,0 %	1	0,23	0,634
unterwerfen	31,7 %	40,9 %	38,1 %	1	7,12	0,008**
gekränkt sein	13,9 %	17,3 %	16,3 %	1	1,64	0,201
zurückschrecken	7,3 %	6,9 %	7,1 %	1	0,04	0,837
abschotten	28,2 %	23,6 %	25,0 %	1	2,25	0,133

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Die folgende Abbildung 12 zeigt eine graphische Zusammenfassung der Tabellen 2 und 3. Die Einschätzungen der männlichen (MD) und der weiblichen (WD) Diagnostiker zu dysfunktionellen Beziehungsmustern ihrer männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“ werden beschreibend in einer Gesamtschau dargestellt, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede illustrieren zu können. Signifikante Unterschiede, die die Diagnostiker zwischen den männlichen und weiblichen Patienten machen, werden mit den Sternchen über den Säulen markiert. Gleichzeitig werden signifikante Unterschiede zwischen den Diagnostikern, wie sie in Abbildung 8 dargestellt sind, als Sternchen unterhalb der Säulen nochmals aufgegriffen.

Abbildung 12:



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Auf der Ebene „Pat. erlebt sich selbst“ schätzen männliche Diagnostiker und weibliche Diagnostiker das Cluster „beschützen“ jeweils häufiger bei weiblichen Patienten ein.

Das Cluster „kontrollieren“ wird von männlichen Diagnostikern häufiger bei männlichen Patienten eingeschätzt.

Weibliche Diagnostiker schätzen das Cluster „ignorieren“ häufiger bei männlichen Patienten ein.

Männliche Diagnostiker schätzen das Cluster „anklammern“ häufiger bei weiblichen Patienten ein.

Weibliche und männliche Diagnostiker schätzen das Cluster „unterwerfen“ jeweils häufiger bei weiblichen Patienten ein.

Männliche Diagnostiker schätzen das Cluster „abschotten“ häufiger bei männlichen Patienten ein.

In allen weiteren Clustern schätzen Diagnostiker das Selbsterleben ihrer männlichen und weiblichen Patienten nicht wesentlich unterschiedlich ein.

Tabelle 4: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten durch männliche (MD) Diagnostiker auf der Ebene „Patient erlebt andere“

	mp	wp	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	13,3 %	4,3 %	7,0 %	1	17,18	0,000***
beschützen	19,5 %	18,2 %	18,5 %	1	0,17	0,682
kontrollieren	39,5 %	43,0 %	41,9 %	1	0,67	0,413
herabsetzen	31,3 %	38,0 %	36,0 %	1	2,68	0,101
angreifen	12,8 %	15,4 %	14,6 %	1	0,74	0,389
ignorieren	25,1 %	30,4 %	28,8 %	1	1,86	0,173
Autonomie gewähren	2,1 %	5,1 %	4,2 %	1	3,23	0,072
sich behaupten	7,2 %	6,5 %	6,7 %	1	0,10	0,747
anklammern	9,2 %	9,6 %	9,5 %	1	0,02	0,877
unterwerfen	3,6 %	1,3 %	2,0 %	1	3,46	0,063
gekränkt sein	2,1 %	0,4 %	0,9 %	1	3,77	0,052
zurückschrecken	0,5 %	0,9 %	0,8 %	1	0,26	0,613
abschotten	4,1 %	4,5 %	4,4 %	1	0,04	0,832

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

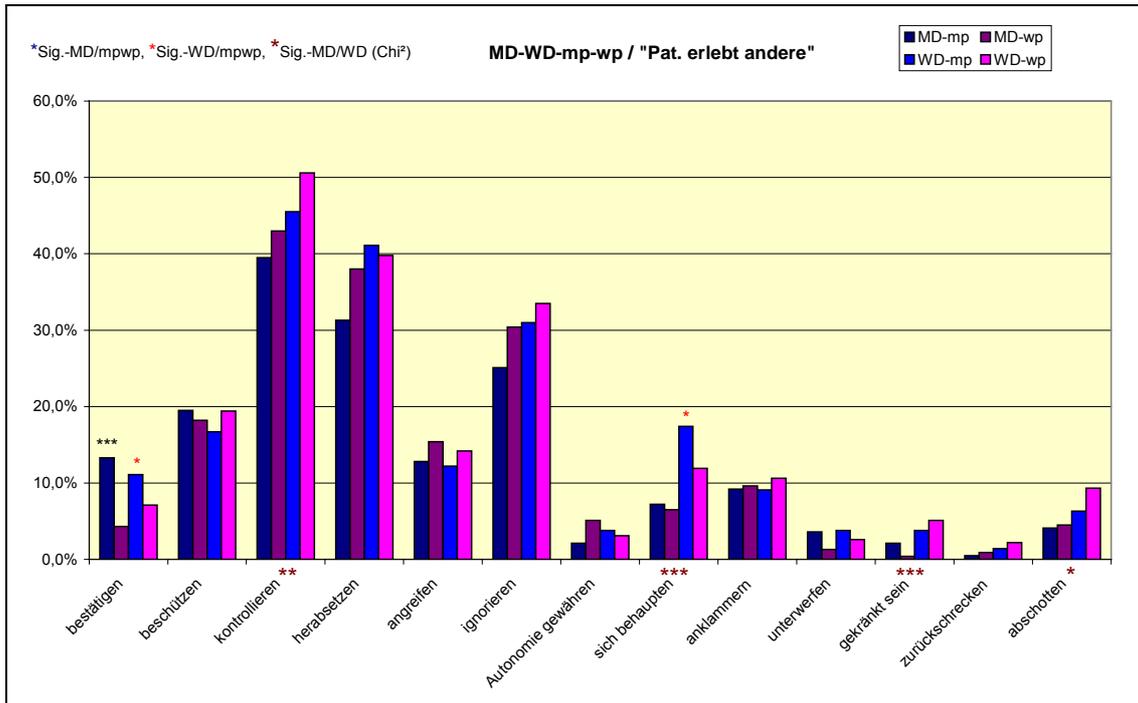
Tabelle 5: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten durch weibliche (WD) Diagnostiker auf der Ebene „Patient erlebt andere“

	mp	wp	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	11,1 %	7,1 %	8,3 %	1	4,27	0,039*
beschützen	16,7 %	19,4 %	18,6 %	1	0,97	0,324
kontrollieren	45,5 %	50,6 %	49,1 %	1	1,97	0,161
herabsetzen	41,1 %	39,8 %	40,2 %	1	0,14	0,708
angreifen	12,2 %	14,2 %	13,6 %	1	0,68	0,410
ignorieren	31,0 %	33,5 %	32,7 %	1	0,55	0,457
Autonomie gewähren	3,8 %	3,1 %	3,3 %	1	0,35	0,557
sich behaupten	17,4 %	11,9 %	13,6 %	1	5,20	0,023*
anklammern	9,1 %	10,6 %	10,2 %	1	0,55	0,550
unterwerfen	3,8 %	2,6 %	3,0 %	1	1,00	0,317
gekränkt sein	3,8 %	5,1 %	4,7 %	1	0,70	0,401
zurückschrecken	1,4 %	2,2 %	1,9 %	1	0,62	0,431
abschotten	6,3 %	9,3 %	8,3 %	1	2,32	0,128

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Die folgende Abbildung 13 zeigt eine graphische Zusammenfassung der Tabellen 4 und 5. Die Einschätzungen der männlichen (MD) und der weiblichen (WD) Diagnostiker zu dysfunktionellen Beziehungsmustern ihrer männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten auf der Ebene „Patient erlebt andere“ werden beschreibend in einer Gesamtschau dargestellt, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede illustrieren zu können. Signifikante Unterschiede, die die Diagnostiker zwischen den männlichen und weiblichen Patienten machen, werden mit den Sternchen über den Säulen markiert. Gleichzeitig werden signifikante Unterschiede zwischen den Diagnostikern, wie sie in Abbildung 9 dargestellt sind, als Sternchen unterhalb der Säulen nochmals aufgegriffen.

Abbildung 13:



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Auf der Ebene „Pat. erlebt andere“ schätzen weibliche und männliche Diagnostiker das Cluster „bestätigen“ jeweils häufiger bei männlichen Patienten ein. Weibliche Diagnostiker schätzen bei männlichen Patienten häufiger das Cluster „sich behaupten“ ein. In allen weiteren Clustern schätzen die Diagnostiker das Erleben ihrer männlichen und weiblichen Patienten anderen gegenüber nicht wesentlich unterschiedlich ein.

Tabelle 6: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten durch männliche Diagnostiker (MD) auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“

	mp	wp	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	12,3 %	10,1 %	10,7 %	1	0,71	0,399
beschützen	1,0 %	5,8 %	4,4 %	1	7,47	0,006**
kontrollieren	22,6 %	20,4 %	21,0 %	1	0,40	0,528
herabsetzen	5,6 %	6,7 %	6,4 %	1	0,26	0,610
angreifen	3,6 %	2,9 %	3,1 %	1	0,21	0,648
ignorieren	3,1 %	0,7 %	1,4 %	1	5,68	0,017*
Autonomie gewähren	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1	0,01	0,917
sich behaupten	43,1 %	35,1 %	37,5 %	1	3,66	0,056
anklammern	35,4 %	40,0 %	38,6 %	1	1,24	0,265
unterwerfen	17,9 %	20,6 %	19,8 %	1	0,59	0,441
gekränkt sein	8,2 %	13,4 %	11,8 %	1	3,54	0,060
zurückschrecken	4,1 %	4,3 %	4,2 %	1	0,01	0,932
abschotten	12,8 %	11,6 %	12,0 %	1	0,18	0,670

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

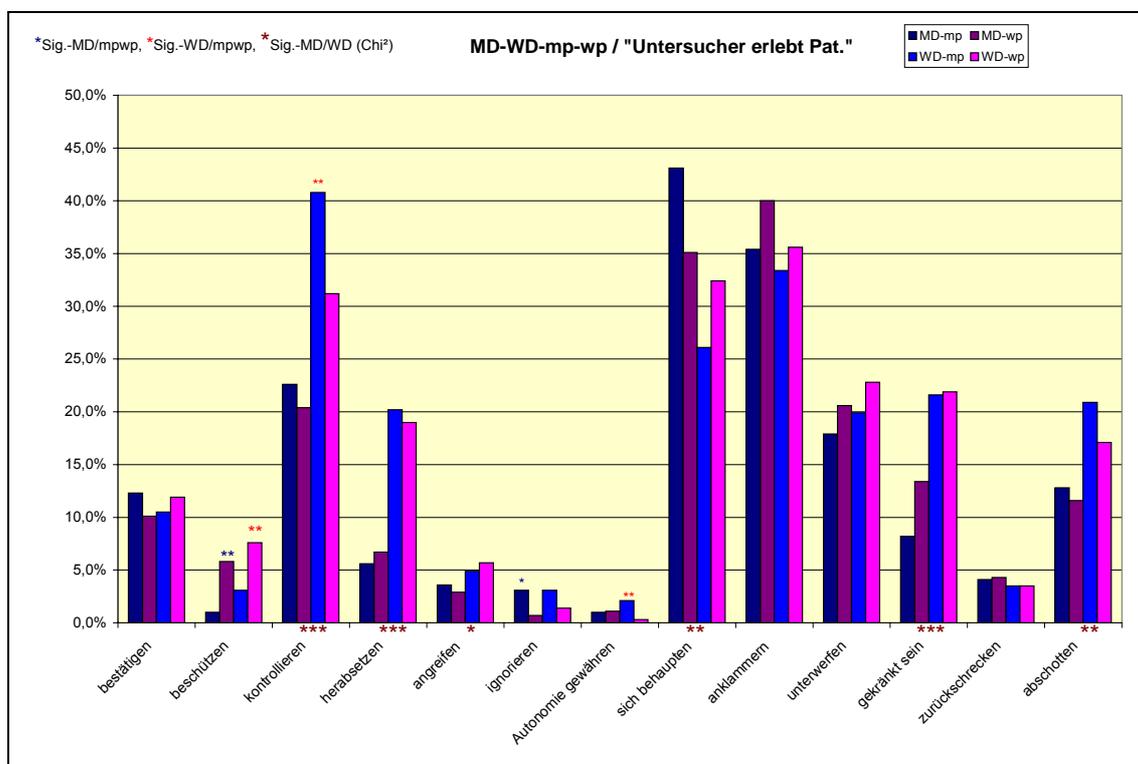
Tabelle 7: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten durch weibliche (WD) Diagnostiker auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“

	mp	wp	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	10,5 %	11,9 %	11,4 %	1	0,40	0,526
beschützen	3,1 %	7,6 %	6,2 %	1	6,70	0,010**
kontrollieren	40,8 %	31,2 %	34,1 %	1	8,14	0,004**
herabsetzen	20,2 %	19,0 %	19,4 %	1	0,19	0,661
angreifen	4,9 %	5,7 %	5,5 %	1	0,27	0,605
ignorieren	3,1 %	1,4 %	1,9 %	1	3,21	0,073
Autonomie gewähren	2,1 %	0,3 %	0,9 %	1	7,44	0,006**
sich behaupten	26,1 %	32,4 %	30,5 %	1	3,70	0,055
anklammern	33,4 %	35,6 %	34,8 %	1	0,31	0,576
unterwerfen	19,9 %	22,8 %	21,9 %	1	1,03	0,310
gekränkt sein	21,6 %	21,9 %	21,8 %	1	0,01	0,915
zurückschrecken	3,5 %	3,5 %	3,5 %	1	0,00	0,960
abschotten	20,9 %	17,1 %	18,3 %	1	1,90	0,168

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Die folgende Abbildung 14 zeigt eine graphische Zusammenfassung der Tabellen 6 und 7. Die Einschätzungen der männlichen (MD) und der weiblichen (WD) Diagnostiker zu dysfunktionellen Beziehungsmustern ihrer männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“ werden beschreibend in einer Gesamtschau dargestellt, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede illustrieren zu können. Signifikante Unterschiede, die die Diagnostiker zwischen den männlichen und weiblichen Patienten machen, werden mit den Sternchen oberhalb der Säulen markiert. Gleichzeitig werden signifikante Unterschiede zwischen den Diagnostikern, wie sie in Abbildung 10 dargestellt sind, als Sternchen unterhalb der Säulen nochmals aufgegriffen.

Abbildung 14:



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Auf der Ebene „Untersucher erlebt Pat.“ schätzen männliche und weibliche Diagnostiker das Cluster „beschützen“ jeweils häufiger bei weiblichen Patienten ein.

Weibliche Diagnostiker schätzen das Cluster „kontrollieren“ häufiger bei männlichen Patienten ein.

Männliche Diagnostiker schätzen das Cluster „ignorieren“ häufiger bei männlichen Patienten ein.

Weibliche Diagnostiker schätzen das Cluster „Autonomie gewähren“ häufiger bei männlichen Patienten ein.

In allen weiteren Clustern erleben Diagnostiker ihre männlichen und weiblichen Patienten nicht wesentlich unterschiedlich.

Tabelle 8: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten durch männliche Diagnostiker (MD) auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“

	mp	wp	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	11,8 %	10,7 %	11,1 %	1	0,15	0,695
beschützen	53,3 %	59,5 %	57,6 %	1	2,12	0,145
kontrollieren	17,9 %	19,7 %	19,2 %	1	0,26	0,607
herabsetzen	3,6 %	4,3 %	4,0 %	1	0,15	0,696
angreifen	3,6 %	3,6 %	3,6 %	1	0,00	0,995
ignorieren	3,1 %	5,4 %	4,7 %	1	1,60	0,206
Autonomie gewähren	22,1 %	20,6 %	21,0 %	1	0,18	0,674
sich behaupten	8,2 %	3,1 %	4,7 %	1	7,84	0,005**
anklammern	0,0 %	1,1 %	0,8 %	1	2,20	0,138
unterwerfen	2,6 %	3,4 %	3,1 %	1	0,28	0,595
gekränkt sein	4,1 %	2,0 %	2,6 %	1	2,30	0,129
zurückschrecken	7,2 %	5,6 %	6,1 %	1	0,60	0,439
abschotten	8,2 %	8,9 %	8,7 %	1	0,09	0,759

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Tabelle 9: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten durch weibliche (WD) Diagnostiker auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“

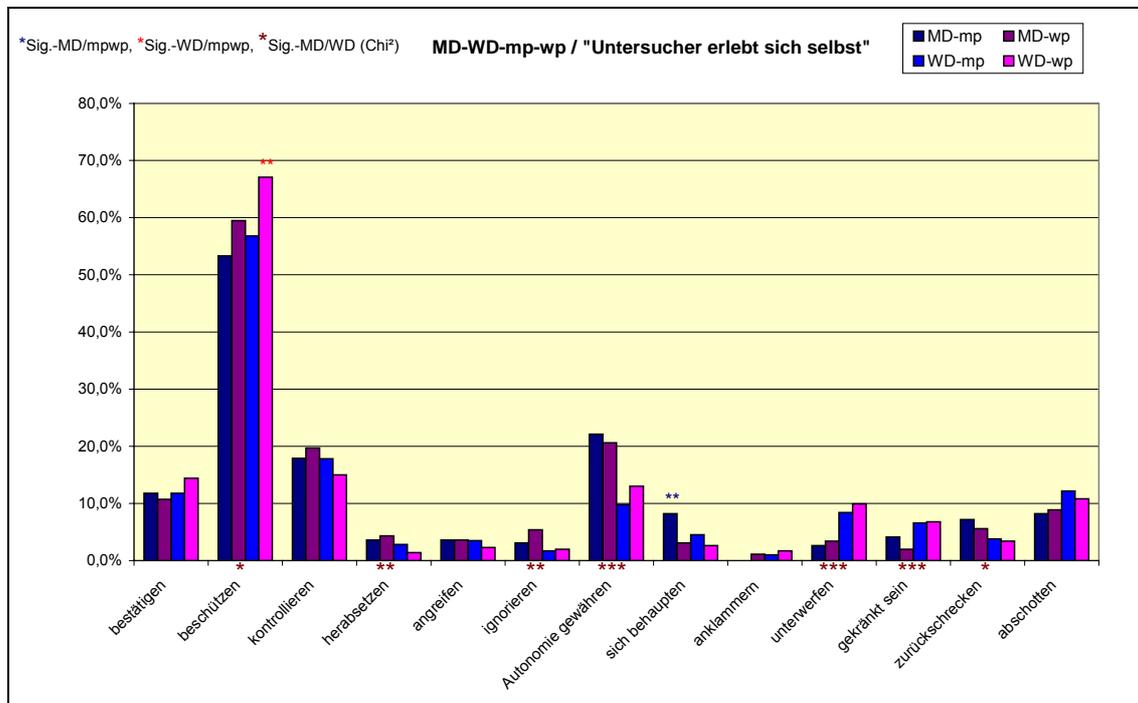
	mp	wp	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	11,8 %	14,4 %	13,6 %	1	1,06	0,302
beschützen	56,8 %	67,1 %	64,0 %	1	9,22	0,002**
kontrollieren	17,8 %	15,0 %	15,8 %	1	1,17	0,279
herabsetzen	2,8 %	1,4 %	1,8 %	1	2,18	0,140
angreifen	3,5 %	2,3 %	2,7 %	1	1,04	0,307
ignorieren	1,7 %	2,0 %	1,9 %	1	0,07	0,786
Autonomie gewähren	9,8 %	13,0 %	12,0 %	1	1,94	0,164
sich behaupten	4,5 %	2,6 %	3,2 %	1	2,33	0,127
anklammern	1,0 %	1,7 %	1,5 %	1	0,57	0,449
unterwerfen	8,4 %	9,9 %	9,4 %	1	0,53	0,465
gekränkt sein	6,6 %	6,8 %	6,7 %	1	0,01	0,924
zurückschrecken	3,8 %	3,4 %	3,5 %	1	0,11	0,738
abschotten	12,2 %	10,8 %	11,2 %	1	0,39	0,534

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Die folgende Abbildung 15 zeigt eine graphische Zusammenfassung der Tabellen 8 und 9. Die Einschätzungen der männlichen (MD) und der weiblichen (WD) Diagnostiker zu dysfunktionellen Beziehungsmustern ihrer männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ werden beschreibend in einer Gesamtschau dargestellt, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede illustrieren zu können. Signifikante Unterschiede, die die Diagnostiker zwischen den männlichen und

weiblichen Patienten machen, werden mit den Sternchen oberhalb der Säulen markiert. Gleichzeitig werden signifikante Unterschiede zwischen den Diagnostikern, wie sie in Abbildung 11 dargestellt sind, als Sternchen unterhalb der Säulen nochmals aufgegriffen.

Abbildung 15:



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ erleben sich weibliche Diagnostiker weiblichen Patienten gegenüber häufiger als „beschützend“ als männlichen Patienten gegenüber.

Männliche Diagnostiker erleben sich männlichen Patienten gegenüber häufiger „behauptend“ als weiblichen Patienten gegenüber.

In allen weiteren Clustern erleben sich männliche und weibliche Diagnostiker ihren männlichen und weiblichen Patienten gegenüber nicht wesentlich verschieden.

Die Hypothese (8), dass sich spezifische Interaktionen zwischen dem Geschlecht der Diagnostiker und dem der Patienten abbilden, bestätigt sich und wird im Kapitel Diskussion weiter erläutert.

5.2 Konfliktachse (Achse III)

5.2.1. Patientengeschlecht und Konfliktachse

Von 2739 Patienten wurde bei 2692 Patienten die Konfliktachse eingeschätzt, bei 47 Patienten fehlten die Angaben.

5.2.1.1 Ergebnisse: Patientengeschlecht und Modus der Konfliktverarbeitung

Bei 1761 Patienten von diesen 2692 Patienten wurde der Modus der Konfliktverarbeitung zwischen den vier Items „vorwiegend aktiv“, „gemischt, eher aktiv“, „gemischt, eher passiv“, „vorwiegend passiv“ geratet.

Bei 978 Patienten war eine Einschätzung des Konfliktmodus nicht möglich.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die **Hypothese (9)**: Unterscheiden sich männliche und weibliche Patienten im Modus der Konfliktverarbeitung in den einzelnen Konflikten?

Tabelle 10 zeigt die Verteilung des Konfliktmodus bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten, wie er in der OPD für den wichtigsten Konflikt eingeschätzt wird. Die Items „vorwiegend aktiv“ und „gemischt, eher aktiv“ wurden zu „aktiv“ und die Items „vorwiegend passiv“ und „gemischt, eher passiv“ wurden zu „passiv“ zusammengefasst.

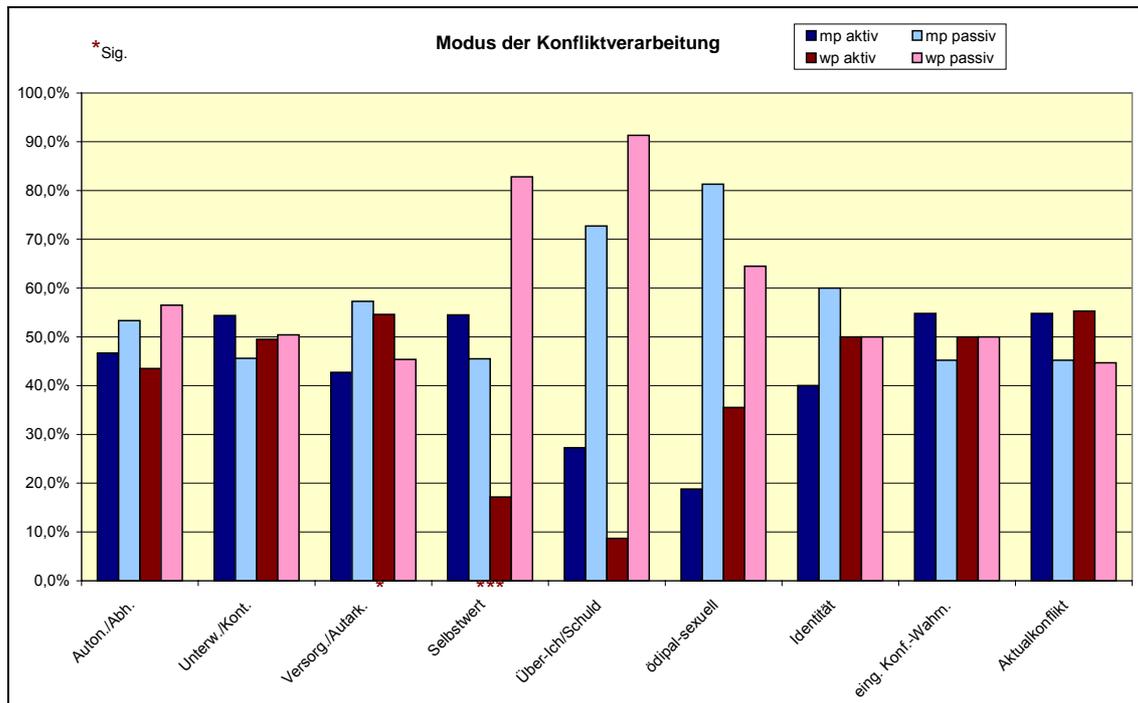
Tabelle 10: Einschätzung des Konfliktmodus für den wichtigsten Konflikt bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten

wichtigster Konflikt	Modus der Konfliktverarbeitung						
	mp		wp		df	Chi ²	Signifikanz
	aktiv	passiv	aktiv	passiv			
Auton./Abh.	46,7 %	53,3 %	43,5 %	56,5 %	1	0,24	0,622
Unterw./Kont.	54,4 %	45,6 %	49,5 %	50,4 %	1	0,48	0,490
Versorg./Autark.	42,7 %	57,3 %	54,6 %	45,4 %	1	5,32	0,021*
Selbstwert	54,5 %	45,5 %	17,2 %	82,8 %	1	40,30	0,000***
Über-Ich/Schuld	27,3 %	72,7 %	8,7 %	91,3 %	1	2,84	0,092
ödipal-sexuell	18,8 %	81,3 %	35,5 %	64,5 %	1	2,99	0,084
Identität	40,0 %	60,0 %	50,0 %	50,0 %	1	0,12	0,725
eing. Konf.-Wahn.	54,8 %	45,2 %	50,0 %	50,0 %	1	0,13	0,721
Aktualkonflikt	54,8 %	45,2 %	55,3 %	44,7 %	1	0,00	0,943

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Abbildung 16 bezieht sich auf Tabelle 10 und zeigt graphisch die Verteilung der aktiven und passiven Konfliktmodi bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten über die einzelnen „wichtigsten Konflikte“.

Abbildung 16:



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Beschreibung der in Abbildung 16 graphisch dargestellten Inhalte zu den einzelnen Konflikten:

Bei männlichen und weiblichen Patienten deren wichtigster ein Autonomie/Abhängigkeits-Konflikt ist, zeigt sich graphisch (ohne Signifikanz) eher der passive Modus.

Im Unterwerfung/Kontroll-Konflikt bildet sich bei männlichen Patienten eher der aktive Modus ab, bei weiblichen Patienten sind die Modi ausgewogen.

Im Versorgung/Autarkie-Konflikt finden sich männliche Patienten signifikant häufiger im passiven Modus, während weibliche Patienten sich tendenziell häufiger im aktiven Modus abbilden. In der graphischen Darstellung wird die Gegenläufigkeit des männlichen und weiblichen Geschlechtes deutlich.

Der deutlichste Unterschied zeichnet sich im Selbstwert-Konflikt ab. Während männliche Patienten sich tendenziell eher im aktiven Modus abbilden, befinden sich weibliche Patienten signifikant häufiger im passiven Modus. Die Diskrepanz zwischen männlichen und weiblichen Patienten wird in der Graphik besonders anschaulich.

Im Über-Ich/Schuld-Konflikt bilden sich beide Geschlechter fast ausschließlich im passiven Modus ab, während der aktive Modus in dieser Stichprobe kaum vertreten ist. Im graphischen Vergleich zeichnen sich auf der aktiven Seite mehr männliche als weibliche

che Patienten ab bzw. auf der passiven Seite mehr weibliche im Vergleich zu den männlichen Patienten.

Im ödipal-sexuellen Konflikt bilden sich beide Geschlechter häufiger im passiven Modus ab, auch wenn sich im aktiven Modus eher weibliche als männliche Patienten abbilden und im passiven Modus eher männliche im Vergleich zu den weiblichen Patienten.

Im Identitäts-Konflikt bilden sich eher männliche Patienten im passiven Modus ab, das Verhältnis bei den weiblichen Patienten ist ausgeglichen.

Das Verhältnis bei der „eingeschränkten Konfliktwahrnehmung“ ist weitestgehend ausgeglichen.

Im Aktualkonflikt überwiegt bei beiden Geschlechtern tendenziell der aktive Modus.

5.2.1.2 Ergebnisse: Patientengeschlecht und wichtigster/zweitwichtigster Konflikt

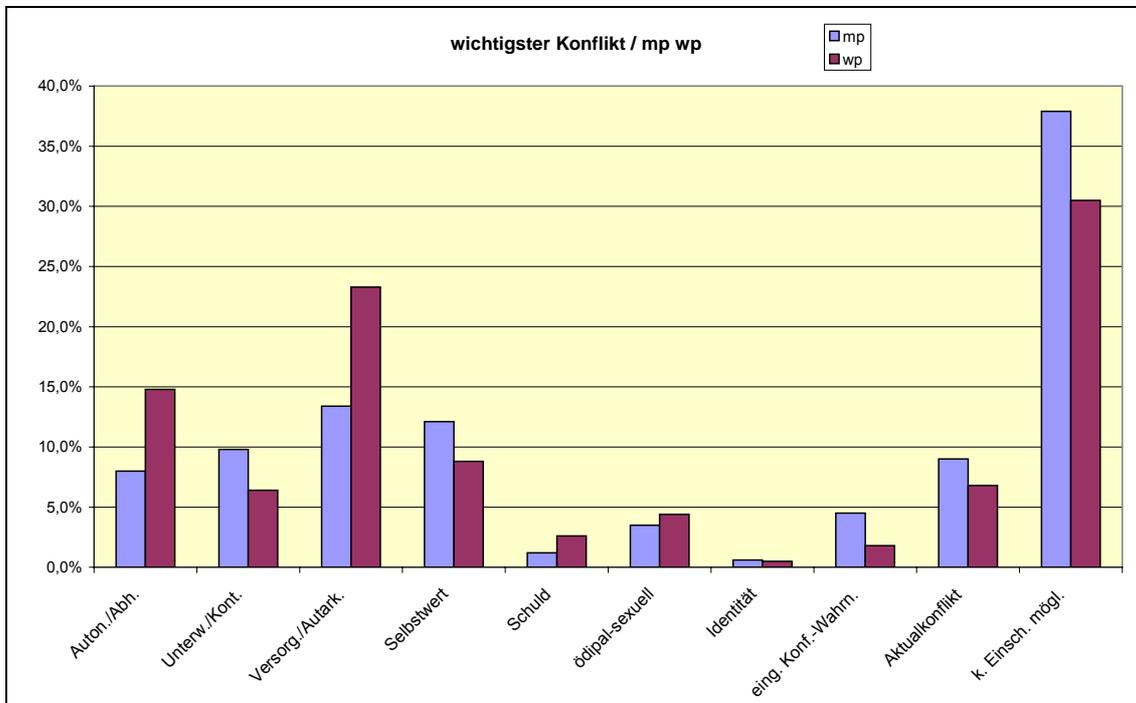
Von den 2692 Patienten, die auf der Konfliktachse geratet wurden, wurde bei 1884 Patienten ein spezifischer wichtigster Konflikt eingeschätzt, bei 855 wurde das Item „keine Einschätzung möglich“ angekreuzt.

Bei 2586 Patienten wurde auf der Konfliktachse der zweitwichtigste Konflikt eingeschätzt, bei 153 Patienten fehlten die Angaben. Bei 1537 konnte ein spezifischer zweitwichtigster Konflikt eingeschätzt werden, bei 1049 wurde „keine Einschätzung möglich“ angekreuzt.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die **Hypothese (10)**: Eine geschlechtsspezifische Verteilung des „wichtigsten Konfliktes“ wird nicht erwartet.

Wichtigster Konflikt

Abbildung 17: Verteilungsmuster des wichtigsten Konfliktes bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten



χ^2 : 105,74; df = 9; $p \leq 0,001$

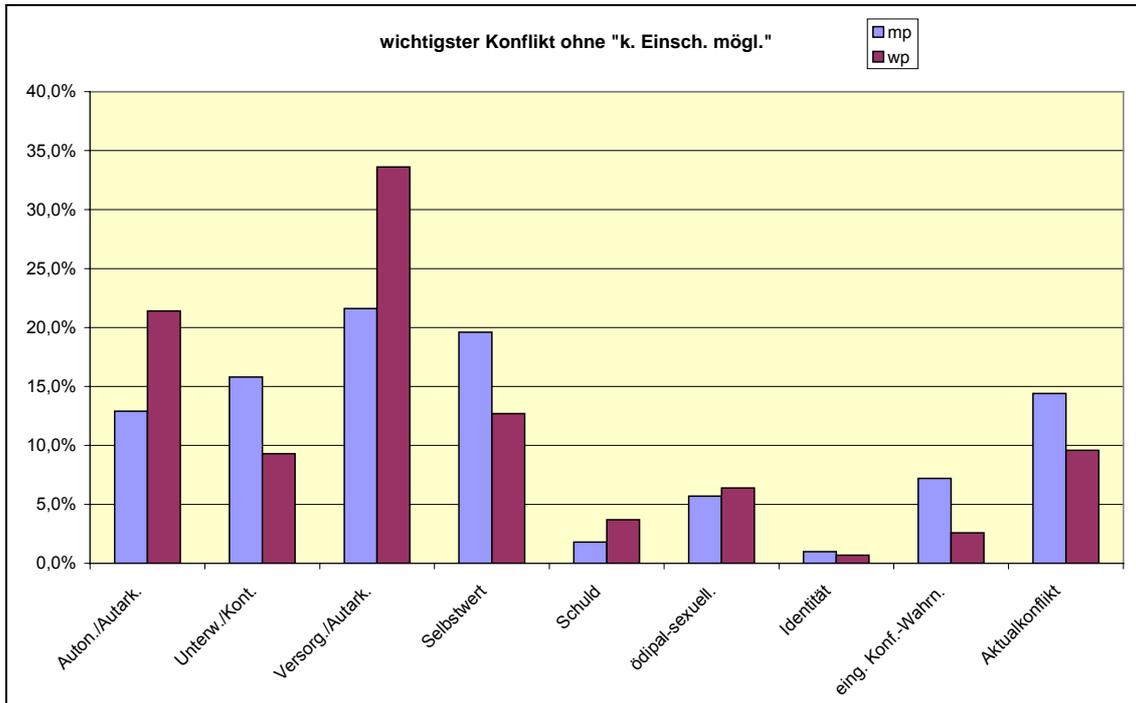
Wie in Abbildung 17 dargestellt, zeigen sich entgegen der Hypothese (10) Unterschiede in der Verteilung der Konflikte zwischen den beiden Geschlechtern.

Als „wichtigster Konflikt“ bilden sich „Autonomie/Abhängigkeit“ und „Versorgung/Autarkie“ signifikant häufiger bei weiblichen Patienten ab.

Bei männlichen Patienten ist signifikant häufiger „keine Einschätzung möglich“ (Tab. A12 im Anhang)

In einem zweiten Schritt wurde das Item „keine Einschätzung möglich“ aus der Berechnung entfernt.

Abbildung 18: Verteilung des wichtigsten Konfliktes bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten ohne das Item „keine Einschätzung möglich“



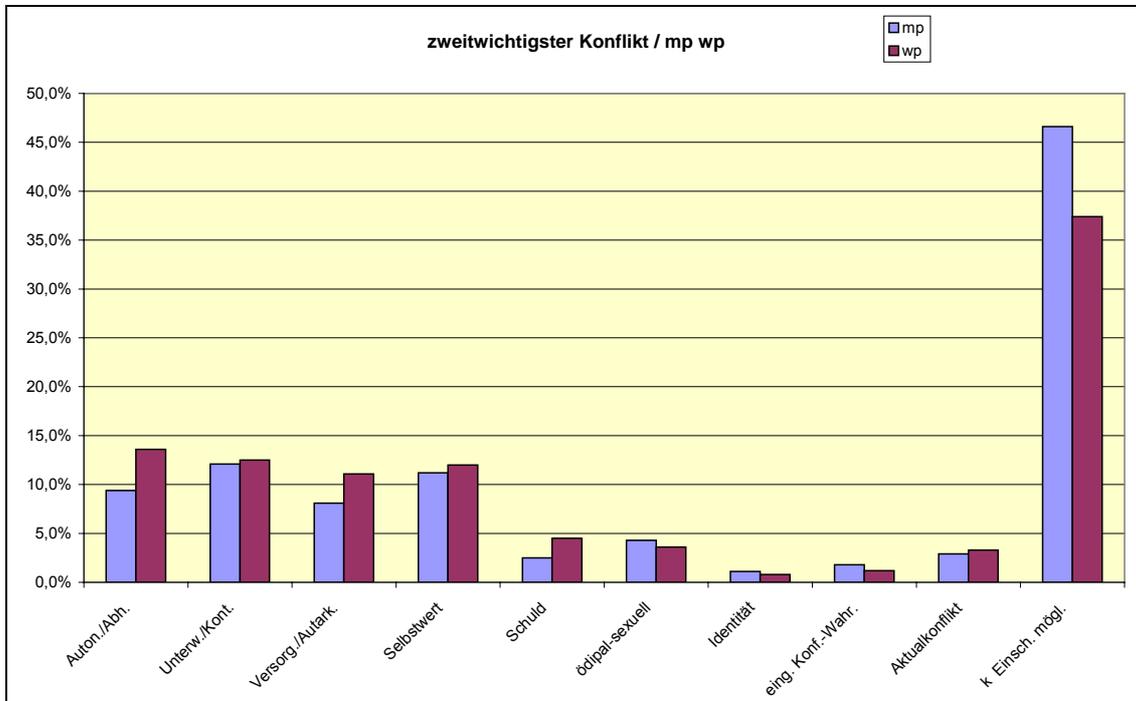
Chi² nach Pearson: 95,67, df = 8, p ≤ 0,001

Nimmt man, wie in Abbildung 18 dargestellt, das Item „keine Einschätzung möglich“ aus der Berechnung heraus, zeigen sich weitere Unterschiede deutlicher. Der Konflikt „Unterwerfung/Kontrolle“, der Selbstwertkonflikt und die „eingeschränkte Konfliktwahrnehmung“ bilden sich häufiger bei männlichen Patienten ab.

„Autonomie/Abhängigkeit“ und „Versorgung/Autarkie“ zeigen sich häufiger bei weiblichen Patienten (Tab.A13 im Anhang).

Zweitwichtigster Konflikt

Abbildung 19: Verteilung des zweitwichtigsten Konfliktes bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten

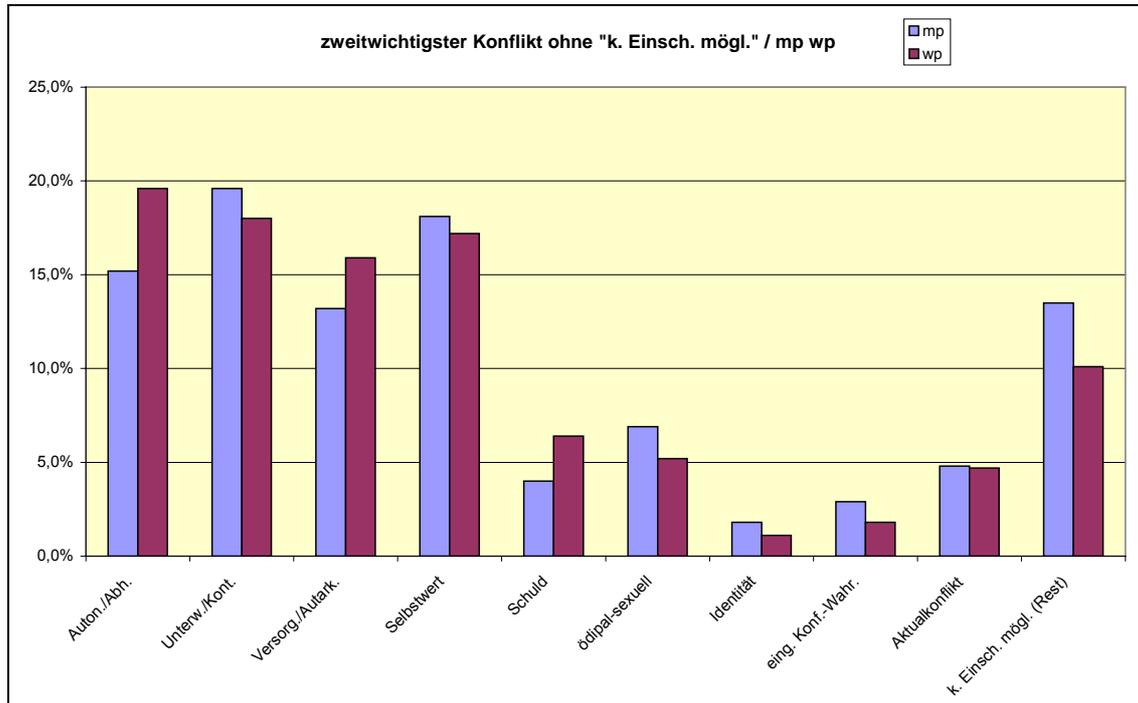


$\chi^2 : 35,58; df = 9; p \leq 0,001$

Wie in Abbildung 19 dargestellt, überwiegt in der Einschätzung des „zweitwichtigsten Konfliktes“ beim Konflikt „Autonomie/Abhängigkeit“ signifikant das weibliche Geschlecht. „Keine Einschätzung möglich“ ist auch hier häufiger bei männlichen Patienten geratet (Tab. A14 im Anhang).

Entfernt man auch hier das übergeordnete Item „keine Einschätzung möglich“, bleibt dadurch, dass der zweite Konflikt im Gegensatz zum wichtigsten Konflikt bzw. zur Gesamteinschätzung auch direkt als „nicht einzuschätzen“ oder „nicht vorhanden“ geratet werden kann, ein Restbestand für dieses Item. Das heißt, es wurde in diesen Fällen zwar ein „wichtigster“, aber kein „zweitwichtigster“ Konflikt gesehen.

Abbildung 20: Verteilung des zweitwichtigsten Konfliktes bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten ohne das Item „keine Einschätzung möglich“



χ^2 : 20,09; df = 9; $p \leq 0,001$

Durch das Entfernen des übergeordneten Items „keine Einschätzung möglich“ in Abbildung 20 werden die o. g. Tendenzen verdeutlicht. Auch im zweitwichtigsten Konflikt dominieren weibliche Patienten im Autonomie/Abhängigkeits-Konflikt, im Versorgung/Autarkie-Konflikt und Schuld-Konflikt. „Keine Einschätzung möglich“, als Restkategorie wird häufiger bei männlichen Patienten eingeschätzt (Tab. A15 im Anhang).

Insgesamt finden sich, entgegen der Hypothese (10), sowohl in der Verteilung des wichtigsten als auch des zweitwichtigsten Konfliktes signifikante Geschlechtsunterschiede.

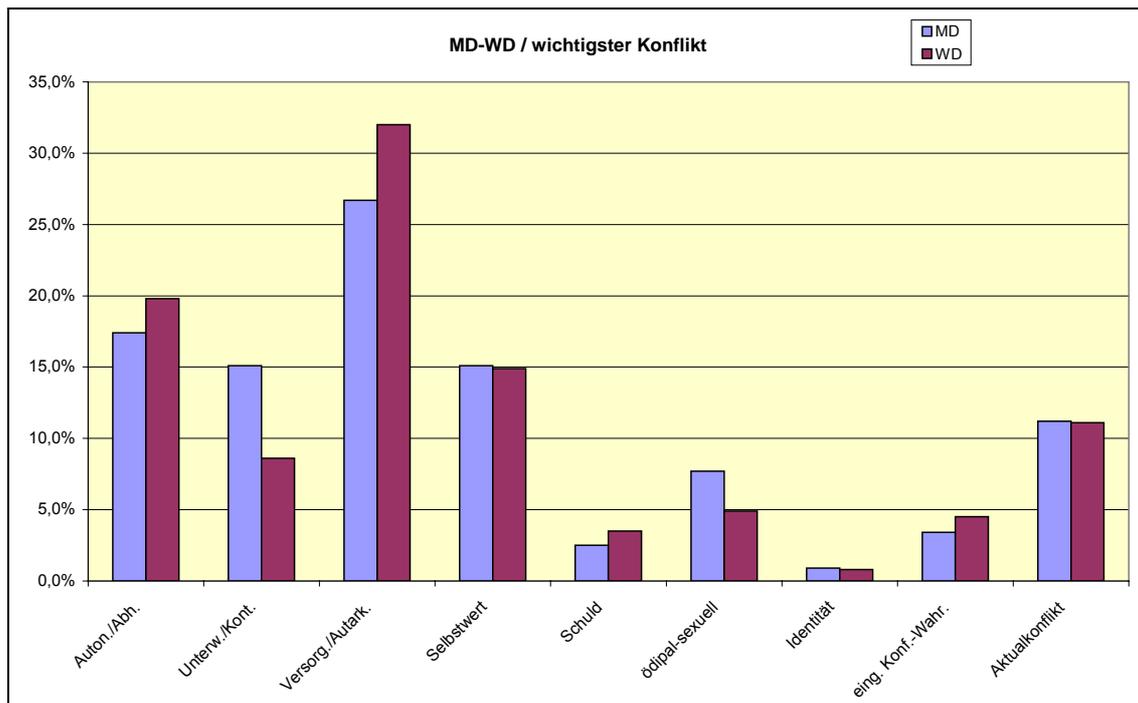
5.2.2 Ergebnisse: Diagnostikergeschlecht und Konfliktachse

Die folgenden Ergebnisse zur Konfliktachse unter der Perspektive des Diagnostikergeschlechtes beziehen sich auf die **Hypothese/Fragestellung (11)**: „Schätzen männliche und weibliche Diagnostiker die beiden Hauptkonflikte, unabhängig vom Patientengeschlecht, unterschiedlich ein?“ sowie die **Hypothese/Fragestellung (12)**: „Besteht in der Einschätzung der Konfliktachse ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Diagnostiker und dem der Patienten?“.

Im Folgenden werden die Konflikteinschätzungen der männlichen und weiblichen Diagnostiker ohne das Item „keine Einschätzung möglich“ aufgeführt, bzw. enthält der zweitwichtigste Konflikt eine Restkategorie von „keine Einschätzung möglich“.

Wichtigster Konflikt

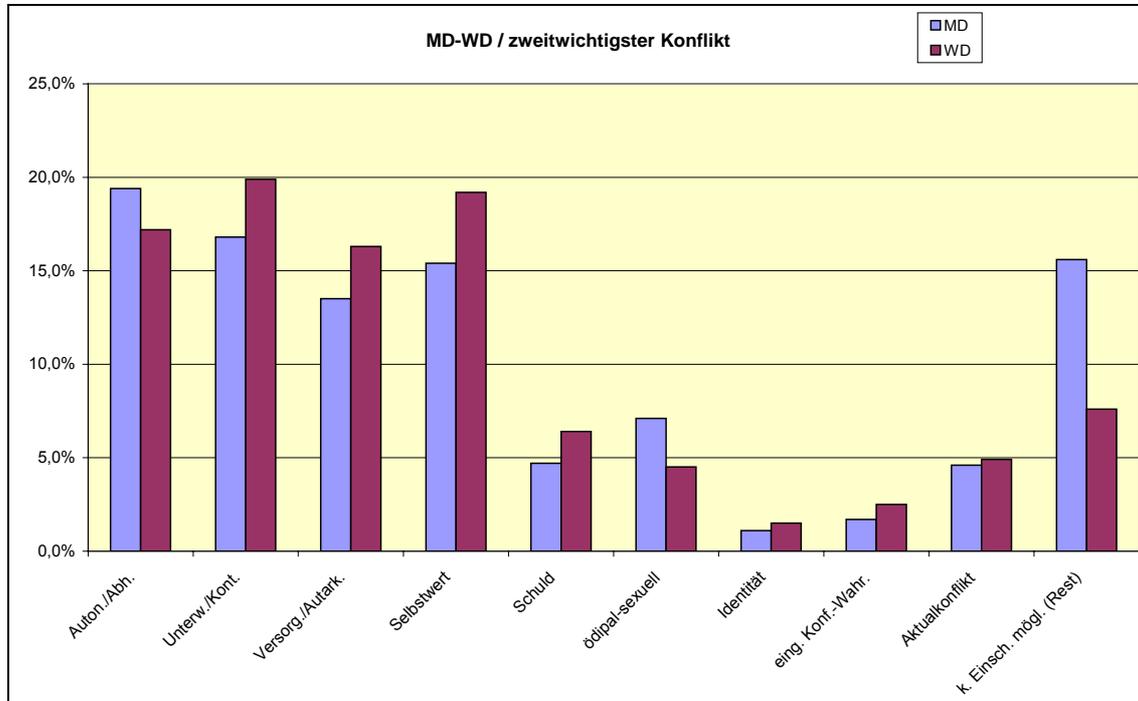
Abbildung 21: Einschätzungen des wichtigsten Konfliktes durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker



Chi²: 39,01; df = 8, p ≤ 0,001.

Wie in Abbildung 21 dargestellt, schätzen weibliche Diagnostiker auf der Konfliktachse als wichtigsten Konflikt häufiger als männliche Diagnostiker die Konflikte „Versorgung/Autarkie“ und „Autonomie/Abhängigkeit“ ein. Männliche Diagnostiker schätzen als wichtigsten Konflikt häufiger als weibliche Diagnostiker die Konflikte „Kontrolle/Unterwerfung“ und den ödpal-sexuellen Konflikt ein (Tab. A16 im Anhang). Wie in Hypothese (11) postuliert, zeigen sich Unterschiede in der Einschätzung des wichtigsten Konfliktes zwischen männlichen und weiblichen Diagnostikern.

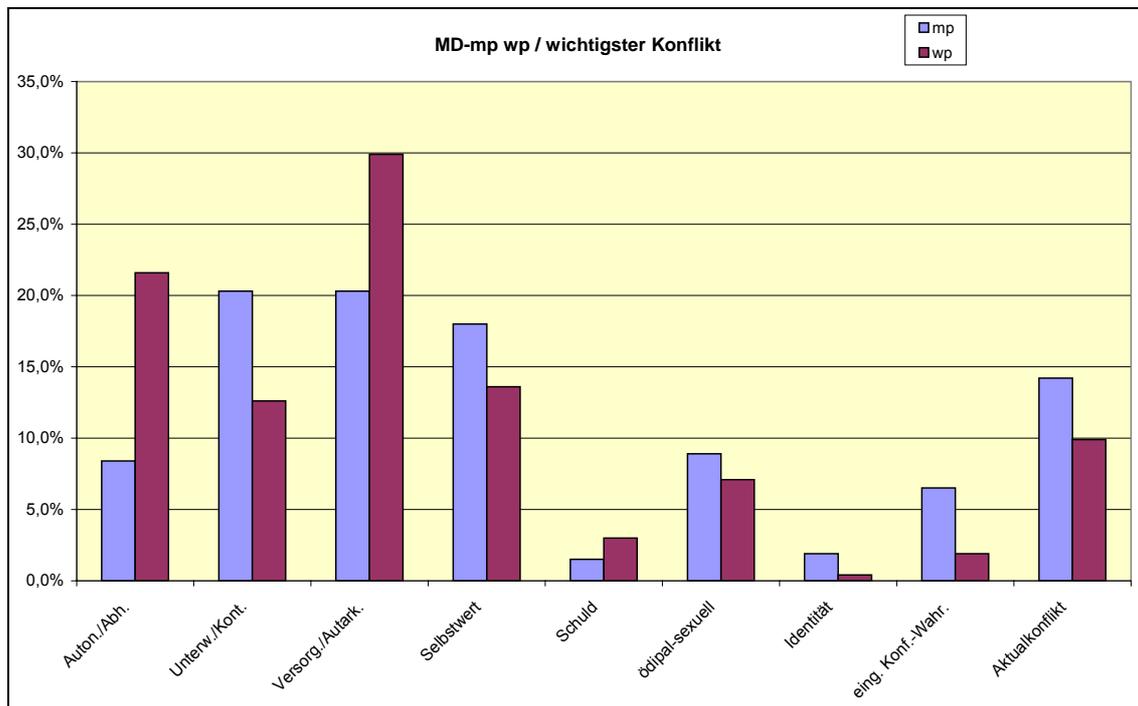
Zweitwichtigster Konflikt

Abbildung 22: Einschätzung des zweitwichtigsten Konfliktes durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker

Chi²: 42,40, df = 9, p ≤ 0,001.

Wie in Abbildung 22 dargestellt, schätzen weibliche Diagnostiker als zweitwichtigsten Konflikt häufiger den Selbstwertkonflikt, „Unterwerfung/Kontrolle“ und den Versorgung/Autarkie-Konflikt ein, männliche Diagnostiker raten häufiger „keine Einschätzung möglich“ und tendenziell „Autonomie/Abhängigkeit“ (Tab. A17 im Anhang). Auch in der Einschätzung des zweitwichtigsten Konfliktes zeigen sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Diagnostikern.

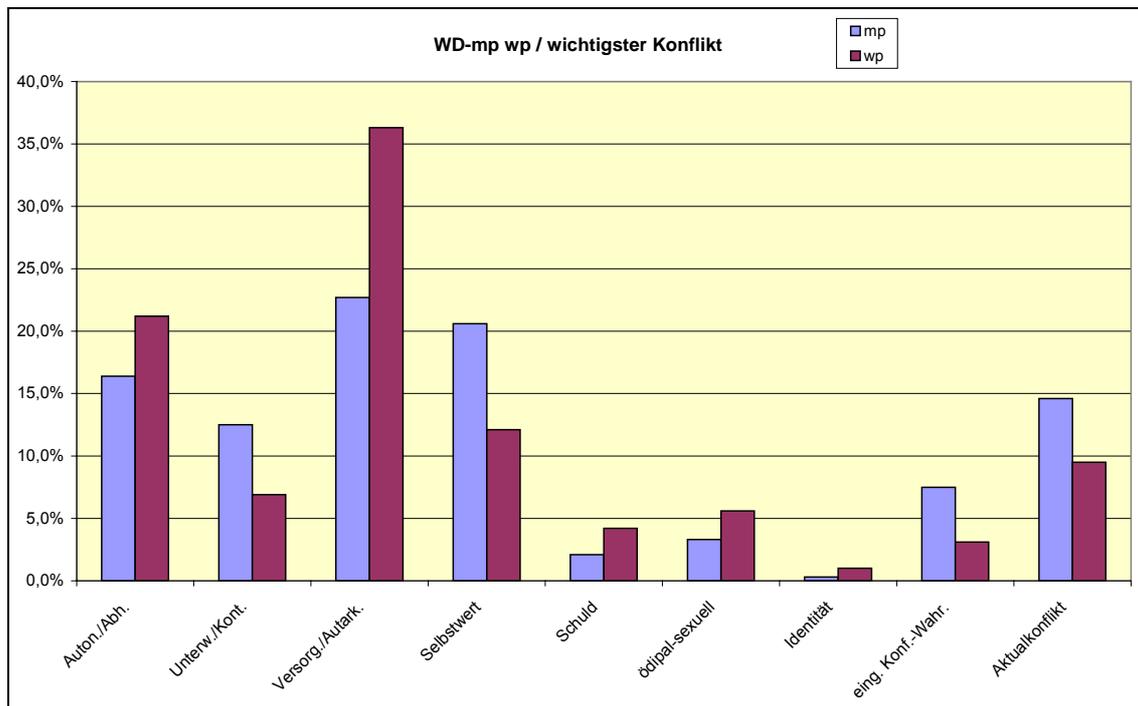
Abbildung 23: Einschätzung des wichtigsten Konfliktes durch männliche Diagnostiker (MD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten



Chi²: 54,59; df = 8; p ≤ 0,001.

Wie in Abbildung 23 dargestellt, schätzen männliche Diagnostiker die Konflikte „Abhängigkeit/Autonomie“ und „Versorgung/Autarkie“ häufiger bei weiblichen Patienten und den Konflikt „Unterwerfung/Kontrolle“ und „eingeschränkte Konfliktwahrnehmung“ häufiger bei männlichen Patienten ein (Tab. A18 im Anhang).

Abbildung 24 : Einschätzung des wichtigsten Konfliktes durch weibliche Diagnostiker (WD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten

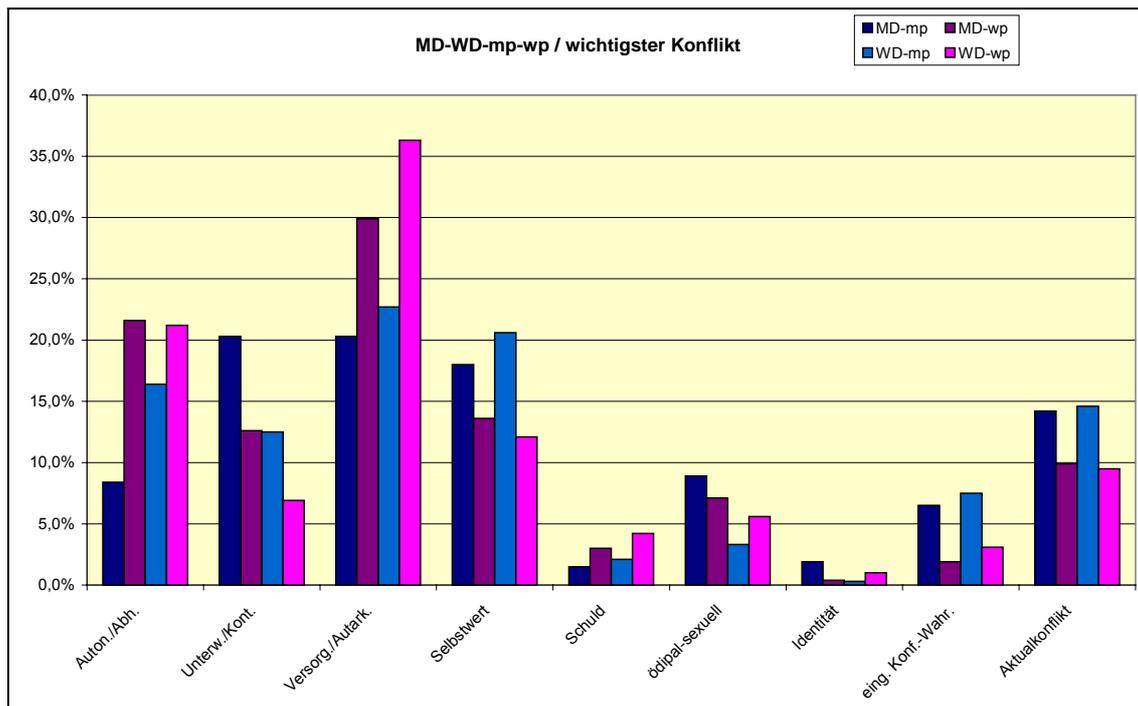


Chi²: 57,67; df = 8; p ≤ 0,001.

Wie in Abbildung 24 dargestellt, schätzen weibliche Diagnostiker die Konflikte „Versorgung/Autarkie“ und „Abhängigkeit/Autonomie“ häufiger bei weiblichen Patienten ein. Die Konflikte „Unterwerfung/Kontrolle“, „Selbstwert“, „Aktualkonflikt“ und „eingeschränkte Konfliktwahrnehmung“ werden häufiger bei männlichen Patienten eingeschätzt (Tab. A19 im Anhang).

In Abbildung 25 werden die Einschätzungen der männlichen (MD) und weiblichen (WD) Diagnostiker graphisch zusammengefasst, um Unterschiede zwischen den einzelnen Beziehungsdynaden darstellen zu können, wobei die Darstellung nur eine beschreibende ist.

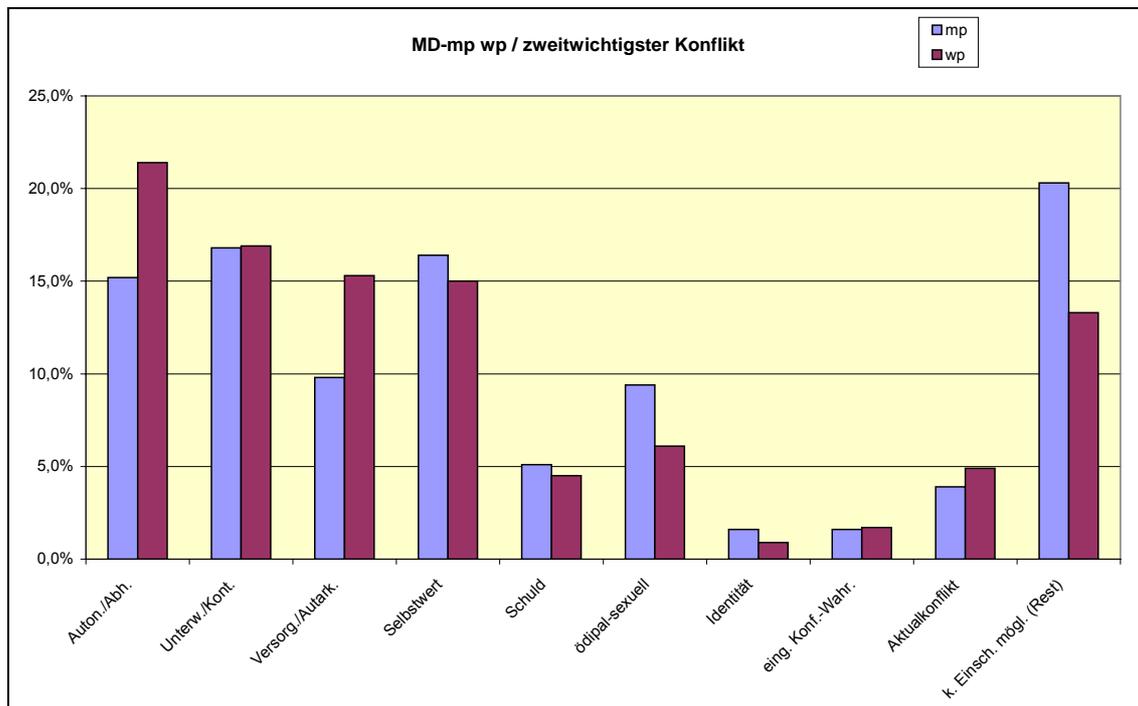
Abbildung 25: Einschätzung des wichtigsten Konfliktes durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten



Qualitativ stimmen männliche und weibliche Diagnostiker in ihrer Einschätzung der männlichen und weiblichen Patienten überein. Das heißt, überwiegend schätzen Diagnostiker beiderlei Geschlechts die Konflikte jeweils bei den männlichen und weiblichen Patienten in der gleichen Richtung ein.

Nur im ödipal-sexuellen Konflikt und im Identitätskonflikt kommt es zu Unterschieden. Während männliche Diagnostiker den ödipal-sexuellen Konflikt und den Identitätskonflikt eher bei männlichen Patienten einschätzen, schätzen weibliche Diagnostiker diesen Konflikte eher bei weiblichen als bei männlichen Patienten ein.

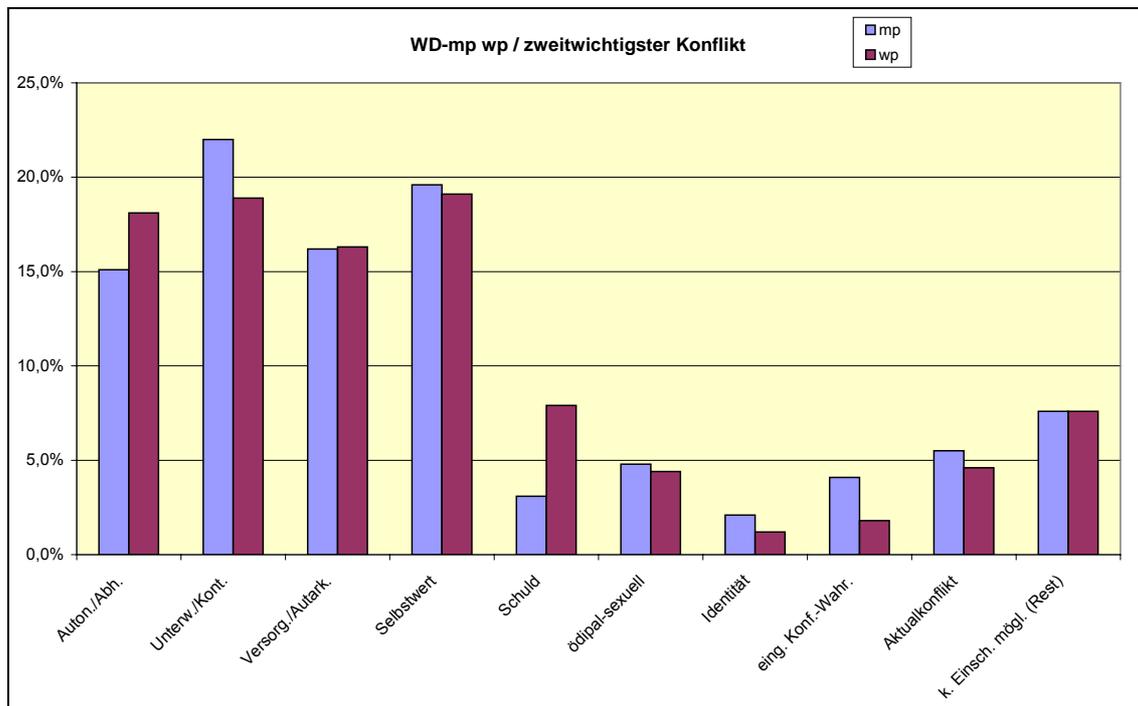
Abbildung 26: Einschätzung des zweitwichtigsten Konfliktes durch männliche Diagnostiker (MD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten



Chi²: 16,83; df = 9; p = 0,051

Wie in Abbildung 26 dargestellt, schätzen männliche Diagnostiker als zweitwichtigsten Konflikt bei weiblichen Patienten häufiger „Abhängigkeit/Autonomie“ ein, bei männlichen Patienten häufiger „keine Einschätzung möglich“ (Tab. A20 im Anhang).

Abbildung 27: Einschätzung des zweitwichtigsten Konfliktes durch weibliche Diagnostiker (WD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten

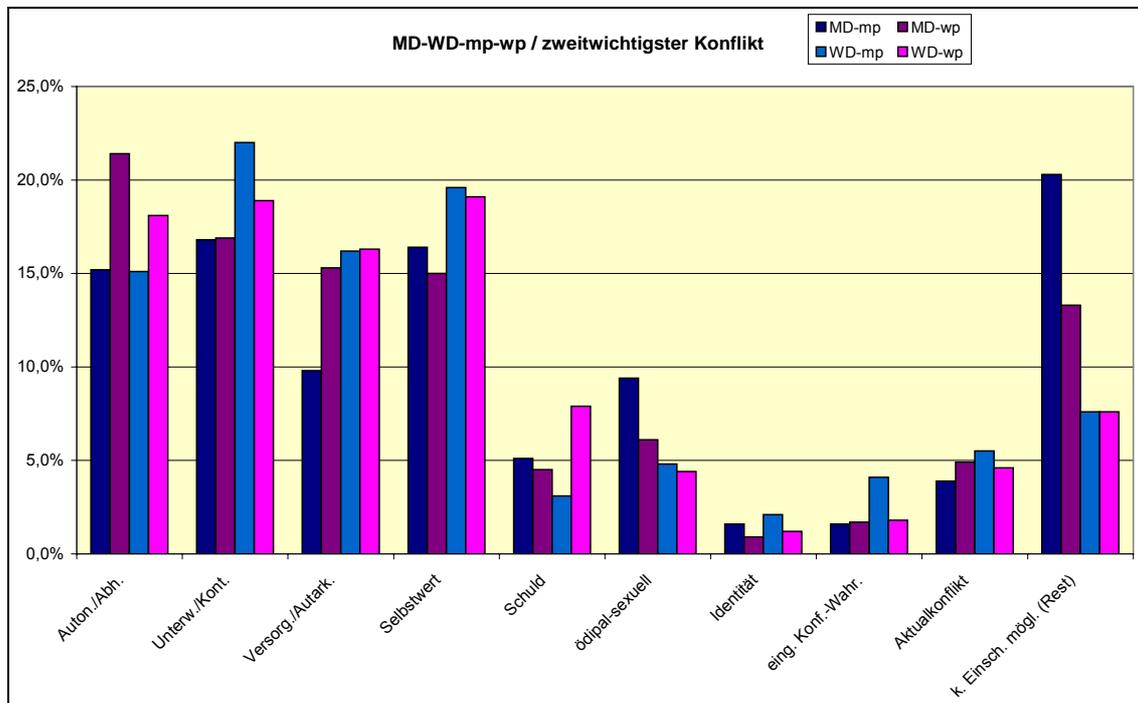


Chi²: 14,96; df = 9; p = 0,092

In Abbildung 27 finden sich keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung des zweitwichtigsten Konfliktes durch weibliche Diagnostiker bei männlichen und weiblichen Patienten. Graphisch stellt sich allenfalls der Schuldkonflikt eher bei den weiblichen als bei den männlichen Patienten dar (Tab. A21 im Anhang).

In Abbildung 28 werden die Einschätzungen des zweitwichtigsten Konfliktes durch die männlichen (MD) und weiblichen (WD) Diagnostiker graphisch zusammengefasst, um Unterschiede zwischen den einzelnen Beziehungsdynaden darstellen zu können, wobei die Darstellung nur eine beschreibende ist.

Abbildung 28:



Die graphische Zusammenschau der o. g. prozentualen Konflikteinschätzungen männlicher und weiblicher Diagnostiker bei männlichen und weiblichen Patienten soll einen differenzierenden Einblick in das Diagnostikerverhalten in Interaktion mit den Patienten ermöglichen.

Im zweitwichtigsten Konflikt zeigen sich ebenfalls Übereinstimmungen in der Richtung der Einschätzungen der männlichen und weiblichen Diagnostiker im Vergleich zum wichtigsten Konflikt. Die Unterschiede zwischen den Patientengeschlechtern erscheinen weniger deutlich. Tendenziell gegenläufige Einschätzungen ihrer männlichen und weiblichen Patienten zeigen die Diagnostiker im Schuldkonflikt, wo weibliche Diagnostiker diesen häufiger bei ihren weiblichen Patienten und seltener als männliche Diagnostiker bei den männlichen Patienten einschätzen.

5.3 Strukturachse (Achse IV)

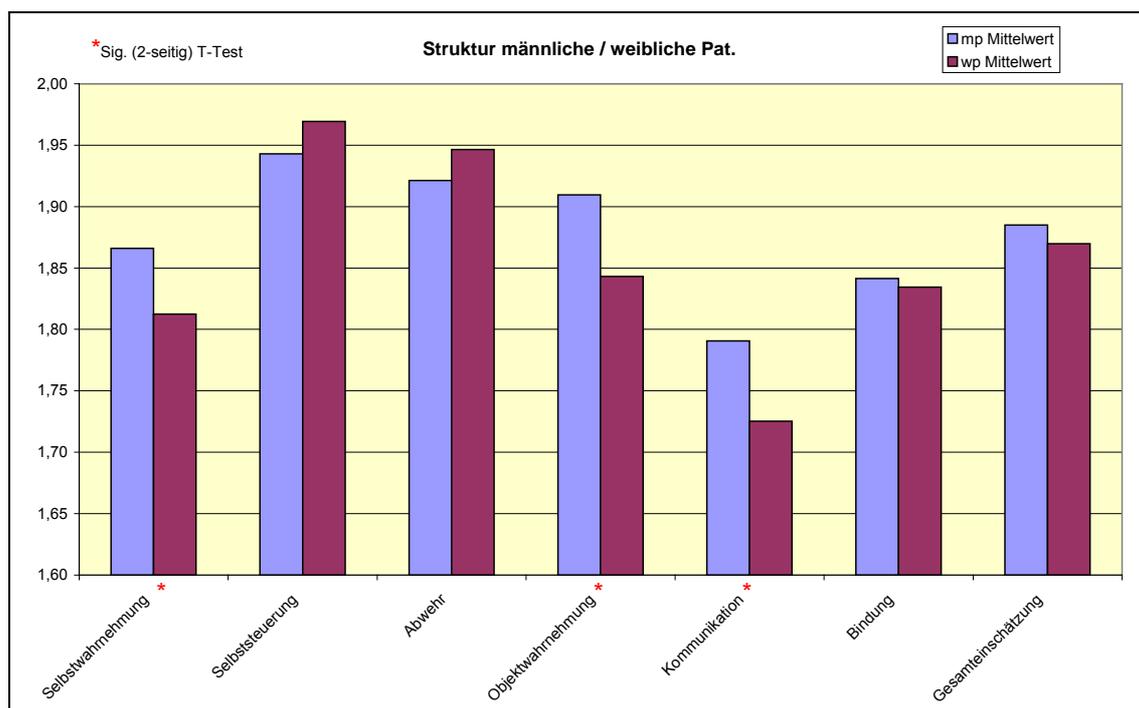
5.3.1 Ergebnisse: Patientengeschlecht und Strukturachse

Von 2739 Patienten konnte bei 2099 die Strukturachse geratet werden, bei 640 war keine Einschätzung möglich.

Auf der Strukturachse werden vier Integrationsniveaus, die über Zwischenschritte eingeschätzt werden können, abgebildet. Die einzelnen Dimensionen (Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation, Bindung) werden von „gut integriert“ (1), „gut bis mäßig integriert“ (1,5), „mäßig integriert“ (2), „mäßig bis gering integriert“ (2,5), „gering integriert“ (3), „gering bis desintegriert“ (3,5) und „desintegriert“ (4) eingeschätzt.

Die Ergebnisse beziehen sich auf die **Hypothese (13)**: Es werden keine geschlechtsspezifischen Strukturunterschiede erwartet.

Abbildung 29: Einschätzung des Strukturniveaus bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (T-Test)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

1 = gut integriert, 2 = mäßig integriert, 3 = gering integriert, 4 = desintegriert

Wie in Abbildung 29 dargestellt, bestätigt sich die Hypothese (13) für die Gesamteinschätzung der Struktur. Aber auf einzelnen Dimensionen werden weibliche Patienten in ihrer Selbstwahrnehmung ($p = 0,034$), Objektwahrnehmung ($p = 0,016$) und Kommuni-

kation ($p = 0,015$) etwas besser integriert eingeschätzt als männliche Patienten (Tab. A22 im Anhang).

5.3.2 Ergebnisse: Diagnostikergeschlecht und Strukturachse

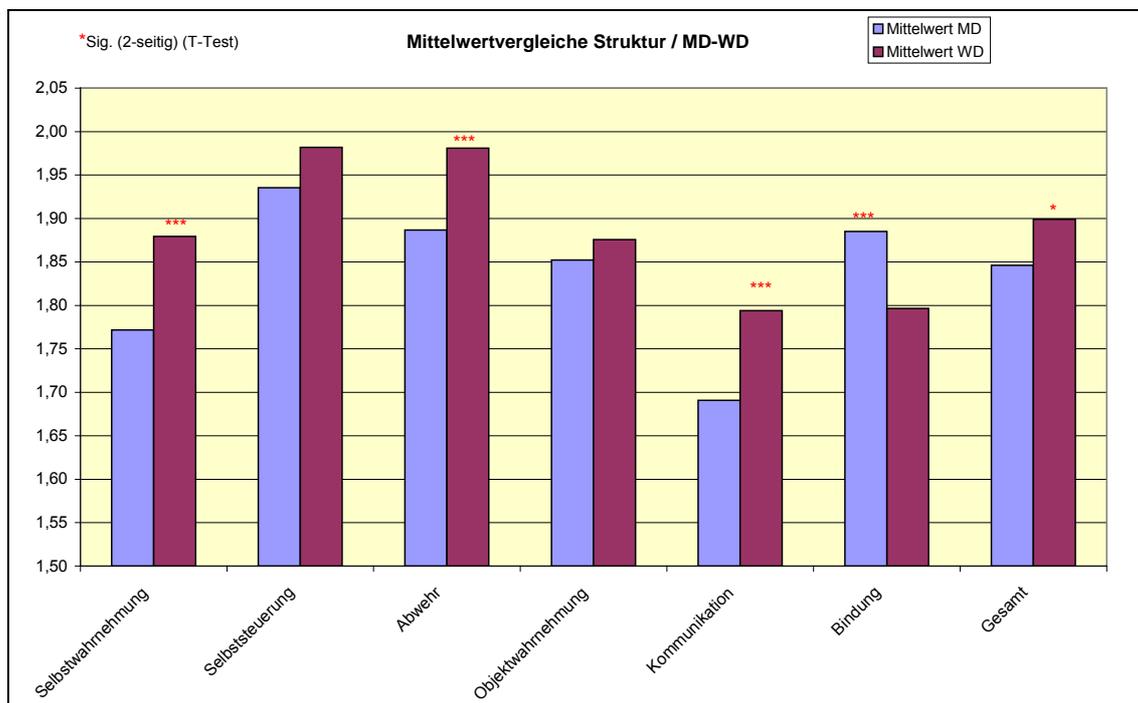
Die folgenden Ergebnisse zur Einschätzung der Strukturachse im Zusammenhang mit dem Geschlecht der Diagnostiker beziehen sich auf die

Hypothese/Fragestellung (14): Männliche und weibliche Diagnostiker schätzen die Struktur der Patienten, unabhängig von deren Geschlecht, unterschiedlich ein;

Hypothese/Fragestellung (15): Es wird angenommen, dass männliche Diagnostiker zu einem höheren Befundschweregrad tendieren und die Struktur der Patienten im Durchschnitt als schlechter integriert einschätzen als weibliche Diagnostiker; und

Hypothese/Fragestellung (16): Gibt es in der Einschätzung der Struktur einen Zusammenhang zwischen Patientengeschlecht und Diagnostikergeschlecht?

Abbildung 30: Einschätzung des Strukturniveaus durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker (T-Test)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

1 = gut integriert, 2 = mäßig integriert, 3 = gering integriert, 4 = desintegriert

Im T-Test für Mittelwertgleichheit in Abbildung 30 ergibt sich im Vergleich der Struktureinschätzung männlicher und weiblicher Diagnostiker, dass weibliche Diagnostiker die

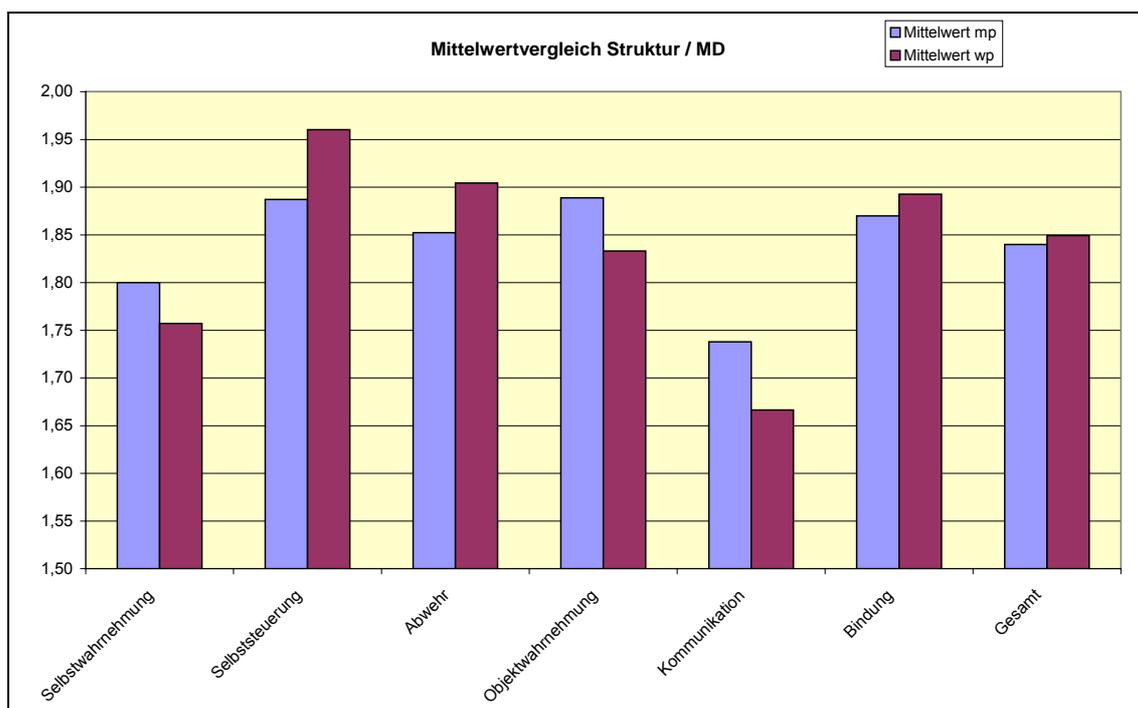
Selbstwahrnehmung ($p \leq 0,001$), die Abwehr ($p \leq 0,001$), die Kommunikation ($p \leq 0,001$) und die Gesamtstruktur ($p = 0,026$) ihrer Patienten geringer integriert einschätzen als männliche Diagnostiker.

Männliche Diagnostiker schätzen die Bindung ($p \leq 0,001$) geringer integriert ein als weibliche Diagnostiker (Tab. A23 im Anhang).

Die Hypothese (14), dass männliche und weibliche Diagnostiker ein unterschiedliches Strukturniveau einschätzen, bestätigt sich.

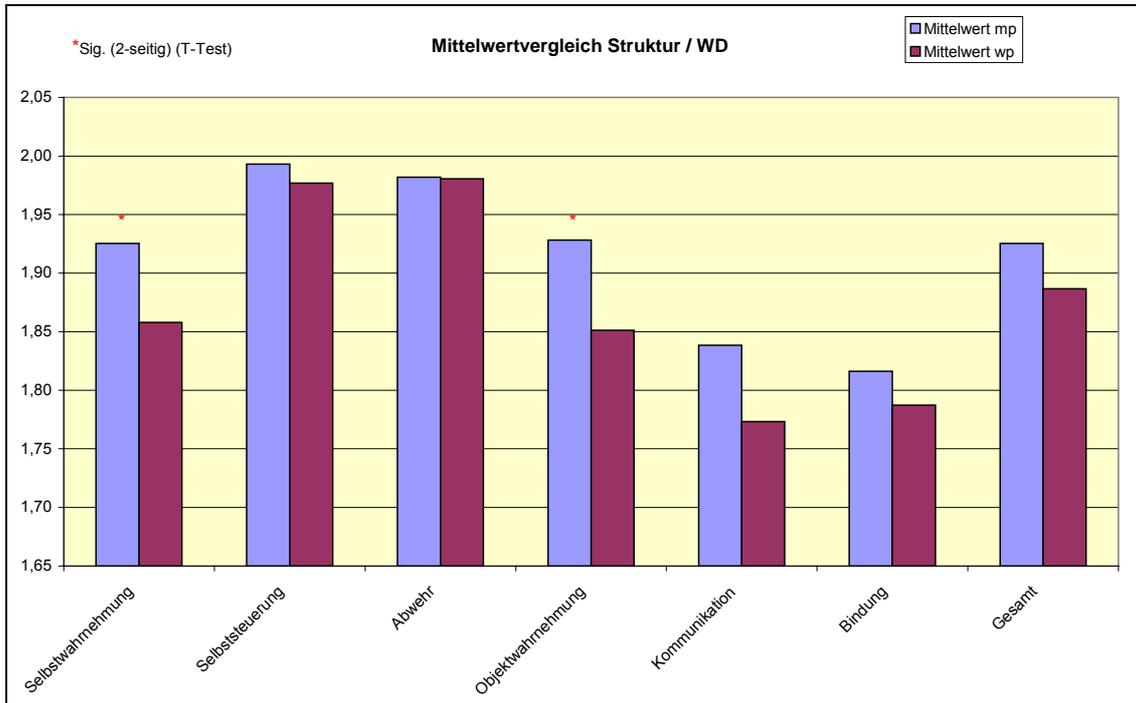
Nicht bestätigt wird die Hypothese (15), dass männliche Diagnostiker ein höheres Befundniveau resp. eine geringer integrierte Struktur einschätzen. Im Gegenteil schätzen weibliche Diagnostiker auf den meisten Items und insgesamt eine geringer integrierte Struktur ein.

Abbildung 31: Einschätzung des Strukturniveaus durch männliche (MD) Diagnostiker bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (T-Test)



Männliche Diagnostiker machen in der Struktureinschätzung keine wesentlichen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten (Tab. A24 im Anhang).

Abbildung 32: Einschätzung des Strukturniveaus durch weibliche (WD) Diagnostiker bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (T-Test)



* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

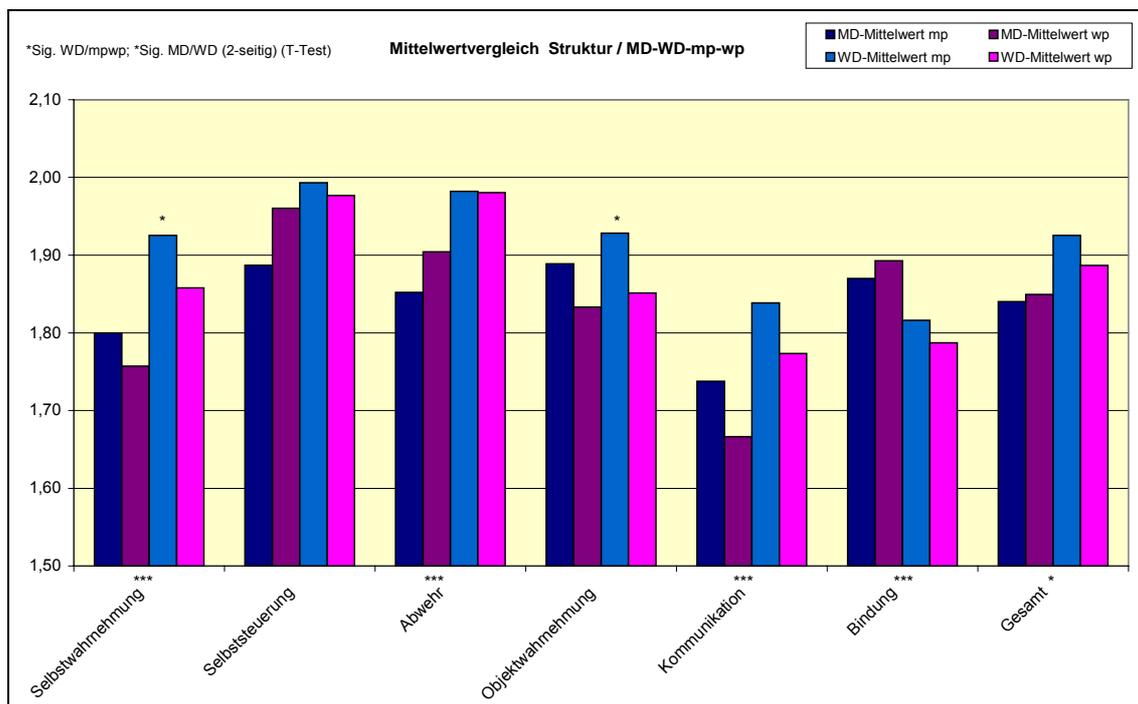
Wie in Abbildung 32 dargestellt, schätzen weibliche Diagnostiker die Selbstwahrnehmung ($p = 0,044$) und die Objektwahrnehmung ($p = 0,045$) bei männlichen Patienten im Vergleich zu weiblichen Patienten etwas geringer integriert ein.

In der folgenden graphischen Zusammenschau aller vier Dimensionen der beteiligten Geschlechter lässt sich beobachten, dass weibliche Diagnostiker bei insgesamt höherem Befundniveau männliche Patienten tendenziell in allen Items der Strukturachse, bis auf das Item „Bindung“ geringer integriert einschätzen, als ihre männlichen Kollegen es tun, und geringer integriert, als sie weibliche Patienten einschätzen (Tab. A25 im Anhang).

Abbildung 33 zeigt eine graphische Zusammenschau der Struktureinschätzungen männlicher (MD) und weiblicher (WD) Diagnostiker bei ihren männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten. Die dunkelroten Sternchen unterhalb des Diagramms stellen die signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnostikern dar, die hellroten Sternchen oberhalb der Diagrammsäulen zeigen die signifikanten Unterschiede, die weibliche Diagnostiker bei ihren Patienten machen.

Abbildung 33: Einschätzung des Strukturniveaus durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker bei ihren männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten

(graphische Zusammenschau der o.g. Mittelwertvergleiche)



* = p < 0,05, ** = p < 0,01, *** = p ≤ 0,001

Es lässt sich beschreiben, dass weibliche Diagnostiker bei insgesamt höherem Befundniveau (schätzen die Struktur geringer integriert ein) männliche Patienten tendenziell in allen Items der Strukturachse, bis auf das Item „Bindung“, geringer integriert einschätzen, als ihre männlichen Kollegen es tun, und geringer integriert, als sie weibliche Patienten einschätzen. Männliche Diagnostiker zeigen nur für das Item „Bindung“ ein höheres Befundniveau.

6 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung geschlechtsspezifischer Aspekte in der OPD interpretiert und ihre klinische Bedeutung diskutiert.

Die einzelnen Achsen, „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“, werden unabhängig voneinander aus verschiedenen Perspektiven der Patienten und Diagnostiker betrachtet.

6.1 Beziehungssachse

6.1.1 Patientengeschlecht und Beziehungssachse

Bei der Untersuchung der dysfunktionellen Beziehungsmuster fanden sich signifikante Unterschiede in den Beziehungsmustern bei männlichen und weiblichen Patienten, die, wie in Hypothese (2) postuliert, überwiegend den jeweiligen geschlechtsstereotypen Verhaltensweisen von gesunden Männern und Frauen (Rosenkrantz et al. 1968; Williams & Best 1990; Born 1992) entsprechen. Es bestätigt sich die Annahme, dass sich auch in den dysfunktionellen Beziehungsmustern das gleiche „typisch Männliche“ oder „typisch Weibliche“ widerspiegelt, wie in den in der Literatur beschriebenen gesunden, geschlechtsstereotypen Beziehungsmustern.

Ein solcher Zusammenhang wurde bislang für die Beziehungssachse der OPD nicht beschrieben. Im Folgenden werden weiterführende Überlegungen und Fragestellungen dazu entwickelt.

6.1.1.1 Dysfunktionalität von Beziehungsmustern in der OPD unter der Perspektive geschlechtsstereotyper Verhaltensweisen

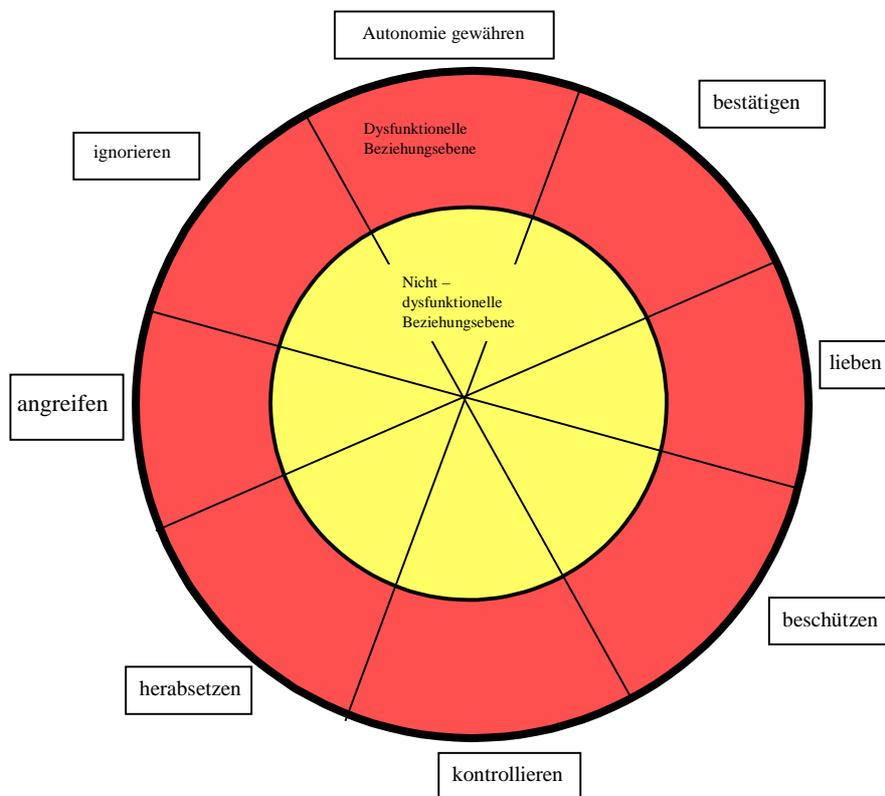
Geht man davon aus, dass sich genderstereotype Verhaltensweisen in den normalen Beziehungsgestaltungen von Männern und Frauen als „typisch männlich“ oder „typisch weiblich“ manifestieren, müssten sich diese theoretisch auch als geschlechtsspezifische Muster in einem interpersonellen Kreismodell, wie es der Beziehungssachse der OPD zugrunde liegt, abbilden lassen. Wird das interpersonelle Kreismodell auf die geschlechtsstereotypen Beziehungsgestaltungen der Normalbevölkerung angelegt, wäre davon auszugehen, dass Männer eher dazu tendierten, zu kontrollieren, herabzusetzen, anzugreifen, zu ignorieren, sich zu behaupten, sich abzuschotten, zurückzuschrecken, während Frauen eher beschützen, Autonomie gewähren, bestätigen, anklammern, sich unterwerfen, gekränkt sind. Diese Annahme als Grundlage der Hypothesenbildung hat sich überwiegend bestätigt. Das Ergebnis lässt sich auf mehreren Ebenen diskutieren.

Zum einen lässt sich durch das Auftreten von gesunden Geschlechtsstereotypen in den dysfunktionellen Beziehungsmustern der Patienten ein Zusammenhang zwischen Dysfunktionalität und Nicht-Dysfunktionalität, also der Einschätzung von normalem im Vergleich zu pathologischem Beziehungsverhalten herstellen. Die Übereinstimmung der Geschlechtsstereotype im Bereich des „Normalen“ mit dem Bereich der Dysfunktionalität kann dahingehend interpretiert werden, dass dysfunktionelle Beziehungsmuster in der OPD ein Übermaß, eine unflexible Einengung gesunder Verhaltensweisen, wie sie von Männern und Frauen gelebt werden, darstellen. Diese Interpretation entspricht dem theoretischen Konstrukt der OPD, die dysfunktionelle Beziehungsmuster, auf der Grundlage eines interpersonellen Kreismodells, als habituiertes, relativ invariables interpersonelles und intrapsychisches Beziehungsverhalten definiert.

Modellhaft lässt sich der hier diskutierte Zusammenhang von gesundem und dysfunktionellem Beziehungsverhalten anhand des interpersonellen Kreismodelles, auf dem die Beziehungsdiagnostik der OPD beruht, in der folgenden Graphik (Abb. 34) darstellen. Als Beispiel wird die aktive Beziehungsebene aufgeführt.

Der gelbe Innenkreis der Graphik bildet den Raum für eine flexible, gesunde Beziehungsgestaltung, die sich zwischen den einzelnen Beziehungsclustern bewegt, ab, während der rote Außenkreis den Bereich der Dysfunktionalität darstellt. Die Bewegung von flexibler Beziehungsgestaltung zu einer Einengung der Muster ließe sich in dem Modell als eine von innen nach außen, von einem Gleichgewicht hin zu einem unflexiblen Übermaß beschreiben.

Abbildung 34: Interpersonelles Kreismodell, aktive Ebene



In der Beziehungsdiagnostik der OPD wird vom Diagnostiker entschieden, ob sich die im Interview erfassten interpersonellen Beziehungssequenzen als musterhafte, habituelle Beziehungsgestaltungen definieren lassen, also ob ein dysfunktionelles Muster besteht oder ob die Beziehungsgestaltungen sich ausreichend facettenreich und variabel darstellen, um in der diagnostischen Einschätzung als „nicht-dysfunktionell“ zu gelten. Der hier dargestellte gelbe Innenkreis ist insofern nur implizit Gegenstand des diagnostischen Prozesses, indem er in einem inneren Abgleich zum Entscheidungsschritt darüber führt, ob ein dysfunktionelles Muster erkannt wird oder nicht. Die Entscheidung über Inhalte des Beziehungsverhaltens und ihre Festlegung in den vorgegebenen Items spielt ausschließlich auf der dysfunktionellen Ebene, im roten Außenkreis, eine Rolle. In der OPD werden somit die gesunden Beziehungsgestaltungen, wie sie im gelben Innenkreis vorgegeben sind, inhaltlich nicht erfasst.

Über den Vergleich der Geschlechtsstereotype werden in dem dargestellten Modell die Inhalte des dysfunktionellen Beziehungsverhaltens in einen Zusammenhang zu Inhalten normalen Beziehungsverhaltens gestellt. Aus dem über die Geschlechtsstereotype dargestellten, positiven Zusammenhang zwischen geschlechtsspezifischen dysfunktionellen Beziehungsmustern und geschlechtsstereotypen Beziehungsgestaltungen kann geschlussfolgert werden, dass Dysfunktionalität, wie sie in der OPD verstanden wird,

als Ausdruck von „Zuviel“ und weniger als Ausdruck vom „Gegenteil“ eines angemessenen Verhaltens eingeschätzt wird.

Der aufgrund der Studienergebnisse diskutierte gleichsinnige Zusammenhang von gesundem und dysfunktionellem Beziehungsverhalten ist insofern bedeutsam, als dass diese Definition von Dysfunktionalität im Kontrast zu einigen theoretischen Annahmen in der Literatur steht, die besagen, dass das konträre Verhalten zum normalen, rollenkonformen Verhalten als dysfunktionelles Verhalten wahrgenommen werde bzw. zu einem „härteren“ diagnostischen Urteil führe (Garb 1997).

Allerdings muss einschränkend ausgeführt werden, dass diese beiden Positionen auf der Grundlage der vorliegenden Arbeit nur bedingt vergleichbar sind, da die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass geschlechtsstereotypes, rollenkonformes Verhalten sich zwar dem jeweiligen Geschlecht des Patienten entsprechend häufiger auch in den dysfunktionellen Beziehungsmustern abbildet, im Sinne einer höheren Prävalenzrate (Born 1992); nicht aber darstellbar ist, ob selteneres, rollendeviantes Verhalten der Patienten einen inhaltlichen Niederschlag in der diagnostischen Entscheidung der Diagnostiker findet. Beispielsweise könnte aggressives Verhalten einer weiblichen Patientin, welches bei weiblichen Patienten per se eine niedrigere Prävalenz hat, dennoch vom Diagnostiker inhaltlich kritischer wahrgenommen werden und zur Entscheidung „dysfunktional“ führen. Aufgrund der geringeren Prävalenzrate aggressiven Verhaltens bei Frauen träte dieser Prozess im Rahmen des vorliegenden Studiendesigns, welches auf Gruppenunterschiede untersucht, jedoch nicht in Erscheinung. Es werden hier nur Quantitäten abgebildet, während der Entscheidungsprozess, ab wann bei einem Mann oder einer Frau ein dysfunktionelles Beziehungsverhalten im Gegensatz zu einem geschlechtsangemessenen Verhalten angenommen wird und inwieweit Rollenkonformität oder -devianz inhaltlich eine Rolle im Entscheidungsprozess spielen, unberücksichtigt bleibt.

Nachdem bisher der Zusammenhang zwischen Dysfunktionalität und Normalität von Beziehungsverhalten in der OPD auf der Grundlage geschlechtsstereotyper Verhaltensweisen beleuchtet wurde, soll in einem weiteren Schritt die Frage des Einflusses von geschlechtsstereotypen Verhaltensweisen auf die inhaltliche Unterscheidung von normalen und dysfunktionellen Beziehungsgestaltungen untersucht werden.

Setzt man das oben beschriebene Kreismodell (Abb. 34) der Dysfunktionalität erneut mit den geschlechtsstereotypen Beziehungsgestaltungen in Zusammenhang, kristallisieren sich folgende Diskussionspunkte heraus.

Der gelbe Innenkreis des oben dargestellten Kreismodelles (Abb. 34) stellt den hypothetischen (da in der OPD nicht explizit berücksichtigten) Binnenraum für eine normale, flexible Beziehungsgestaltung zwischen den einzelnen Polen von Affiliation und Kontrolle dar. Auf dieser nicht-dysfunktionellen Beziehungsebene ist davon auszugehen, dass geschlechtsstereotype Verhaltensweisen wirksam sind. Das hieße, ohne dass es

sich hier um neurotische Fixierungen handelt (Grande et al. 1992), würden gesunde Männer und Frauen geschlechtsspezifische bzw. ihrem Geschlechtsstereotyp entsprechende Beziehungscluster wie, sie im Kreismodell eingeführt sind, häufiger für ihre Beziehungsgestaltungen nutzen als andere. Würde beispielsweise das gesunde Beziehungsverhalten von Frauen im Sinne des interpersonellen Kreismodells untersucht, würden diese sich entsprechend dem Stereotyp häufiger als Männer in den Clustern „beschützen“ oder auf der reaktiven Ebene in den Clustern „unterwerfen“, „gekränkt sein“ abbilden. Männer würden sich eher in den Clustern „ignorieren“, „kontrollieren“, „herabsetzen“ wieder finden. Wenn aber Männer und Frauen aufgrund ihres Geschlechtes einzelne Cluster in den Beziehungsgestaltungen unterschiedlich häufig nutzen, ihre Prävalenzraten für bestimmte Cluster also unterschiedlich sind, sind unabhängig von Dysfunktionalität eigenständige, geschlechtsspezifische Beziehungsmuster anzunehmen. Es stellen sich die Fragen, inwieweit die geschlechtsspezifischen Beziehungsmuster und die dysfunktionellen Beziehungsmuster interferieren und ob und wie im diagnostischen Prozess zwischen normalen, geschlechtsspezifischen Mustern und dysfunktionellen Beziehungsmustern unterschieden werden kann und wird. Es könnte einerseits angenommen werden, dass beispielsweise bei Frauen, die das Beziehungsmuster „beschützen“ auch normalerweise, da geschlechtsspezifisch, häufiger oder in mehreren Lebensbereichen aufweisen als Männer, dieses Cluster auch eher als dysfunktionelles Muster eingeschätzt wird, im Sinne eines falsch positiven Ergebnisses. Gleiches gälte für Männer beispielsweise für das Cluster „kontrollieren“. Born beschreibt dieses Phänomen als Pathologisierungsbias (Born 1992).

Andererseits könnte ein Mann, der in seinen normalen Beziehungsgestaltungen das Cluster „beschützen“ von vorneherein weniger nutzt, möglicherweise seltener als dysfunktionell eingeschätzt werden, auch wenn er im Verhältnis zu anderen Männern eher „beschützend“ aufträte. Dann läge ein falsch negatives Ergebnis vor, im Sinne eines Bagatellisierungsbias (Born 1992). Allerdings könnte andererseits dieser Vorgang der geschlechtsabhängigen, verzerrenden Einschätzung auch genau umgekehrt verlaufen. Nämlich könnte bei einer Frau das beschützende Verhalten, da es auch im Sinne des rollenkonformen Verhaltens häufiger auftritt, weniger als dysfunktionell eingeschätzt werden, im Sinne eines Bagatellisierungsbias, während bei einem Mann, der beschützend auftritt, dieses Verhalten, da es für ihn ungewöhnlicher ist, im Sinne eines Pathologisierungsbias schneller als dysfunktionell eingeschätzt wird. Ein Pathologierungs- oder Bagatellisierungsbias ließe sich nach Born nur unter Einbeziehen der Rollenerwartungen und geschlechtsstereotypen Vorstellungen der Diagnostiker differenzieren. Ähnlich diskutiert auch Widiger in seiner Arbeit von 1998, ob überzogenes geschlechtsstereotypes Verhalten bei dem jeweiligen Geschlecht schneller als maladaptiv eingeschätzt werde, da es häufiger vorkomme, oder ob es weniger als dysfunktionell eingeschätzt werde, da man es bei dem jeweiligen Geschlecht erwarte.

An dieser Stelle wird zur Diskussion angeregt, inwieweit das Geschlecht der Patienten in der diagnostischen Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster einbezogen werden sollte.

Berücksichtigt die OPD als geschlechtsneutrales Instrument die gesunden geschlechtsstereotypen Beziehungsmuster als solche und trifft sie eine hinreichende Unterscheidung zwischen geschlechtsspezifisch häufiger vorkommendem, aber gesundem geschlechtsstereotypem Beziehungsverhalten und einem übermäßigen, also dysfunktionellen Beziehungsverhalten?

Anderson (Anderson et al. 2001) weist im Hinblick auf die Einschätzung von Dysfunktionalität darauf hin, dass diese geschlechtsneutral sei und maladaptives Verhalten bei Männern und Frauen gleichermaßen als dysfunktional bewertet würde.

Wird die OPD unter dieser Fragestellung betrachtet, so ist das OPD-Manual in der Diagnostik dysfunktioneller Beziehungsmuster so konzipiert, dass grundsätzlich von der Erfassung maladaptiven Verhaltens ausgegangen wird. Studienergebnisse zeigen eine annehmbare Validität und Reliabilität (Cierpka et al. 2001).

Die Verwendung von vier verschiedenen Erlebensperspektiven, in denen eine Einengung und Diskrepanz zwischen der Erlebensperspektive des Patienten und dem Erleben der „anderen“ bzw. der Untersucher deutlich wird, stellt einen recht zuverlässigen Indikator für das Erfassen maladaptiven Verhaltens dar (Rudolf et al. 1996; Strauß et al. 1997; Freyberger et al. 1998; Grande et al. 1998; Schneider et al. 2002).

Dennoch ist anhand der Ergebnisse dieser Arbeit zu vermuten, dass auch auf allen vier in die diagnostische Beurteilung einbezogenen Erlebensperspektiven Geschlechtsstereotype und deren subjektive, ebenfalls geschlechtsspezifische Interpretationen durch die Diagnostiker wirksam sind und das Ergebnis mit beeinflussen.

Insgesamt scheint es lohnenswert, der Frage einer geschlechtsspezifischen Einschätzung von Dysfunktionalität der Beziehungsmuster weiter nachzugehen. Hauptanliegen sollte eine Differenzierung zwischen realen Unterschiedlichkeiten von Männern und Frauen in ihren dysfunktionellen Beziehungsmustern und in Unterscheidung zu geschlechtsstereotypem Verhalten sein. Kurz gesagt: Sind männliche und weibliche Patienten in ihren dysfunktionellen Beziehungsmustern wirklich ähnlich geschlechtsstereotyp wie Männer und Frauen in normalen Beziehungsgestaltungen, oder sind diese Ergebnisse Ausdruck der von Stereotypen geleiteten Annahmen der Diagnostiker?

6.1.1.2 Interpretation der inhaltlichen Unterschiede in den dysfunktionellen Beziehungsmustern von männlichen und weiblichen Patienten

Auf der Patientenebene bilden sich geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten ab.

Weibliche Patienten erleben sich selbst häufiger „beschützend“, „anklammernd“ und „unterwerfend“, während sie andere häufiger „kontrollierend“, „herabsetzend“, „angrei-

fend“ und „ignorierend“ erleben. Die Untersucher erleben ihre weiblichen Patienten „beschützend“ und reagieren in ihrem eigenen Erleben ebenfalls „beschützend“ auf ihre weiblichen Patienten.

Ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede im interpersonellen Beziehungsverhalten konnten Tracey & Schneider (1995) in ihrer Studie zu der „Circular Structure of the Checklist of Interpersonal Transactions (CLOIT-R) and the Checklist of Psychotherapy Transactions (CLOPT-R) feststellen. In den dort zugrunde gelegten interpersonellen Kreismodellen (CLOIT-R, CLOPT-R und Interpersonell Adjective Scale (IAS-R)), die mit dem in der OPD verwendeten interpersonellen Kreismodell vergleichbar sind, bildeten sich männliche Patienten eher im Sektor „Dominanz und Feindseligkeit“ ab, während weibliche Patienten sich in den Sektoren der Affiliation (warm-agreeable) abbildeten. Keine Geschlechtsunterschiede wurden im IAS in den Skalen für Unterwerfung (submission) und nur geringfügig für Dominanz gefunden.

In Anlehnung an Befunde aus der Literatur (Rudolf 1991; Grande et al. 1992), die Geschlechtsunterschiede im Beziehungsverhalten von Patienten deuten, ließe sich aus den hier erhobenen geschlechtsspezifischen Beziehungsmustern der weiblichen Patienten interpretieren, dass diese ihre Beziehungen durch andere eher aktiv bedroht sehen, während sie sich sorgend, schützend, aber auch sich zurücknehmend, unterwerfend oder anklammernd um die Beziehungen bemühen. Das Wesentliche ist unter dieser Perspektive das Bemühen um die Beziehung zum anderen im Zusammenhang mit einem Gefühl der Bedrohung.

Männliche Patienten hingegen erleben sich selbst häufiger „kontrollierend“, „ignorierend“ und „abschottend“, während sie andere so erleben, dass diese sie „bestätigen“ oder sich ihnen gegenüber „behaupten“. Bedrohung der Beziehung im Sinne von „Angriff“ durch andere scheint im Erleben der männlichen Patienten keine große Rolle zu spielen. Auch die Untersucher erleben den männlichen Patienten „kontrollierend“ und reagieren, indem sie sich „behaupten“. In den Beziehungsmustern der männlichen Patienten scheinen sich Distanz schaffende und von Kontrolle geprägte Aspekte verstärkt widerzuspiegeln, während das affiliative Moment des Bemühens um Nähe in der Beziehung weniger eine Rolle spielt.

Trotz der Übereinstimmung der vorliegenden Ergebnisse mit anderen Studienergebnissen (Tracy & Schneider 1995; Grande et al. 1992) ist kritisch anzumerken, dass es sich bei den Befunden in der OPD um Expertenratings handelt und nicht um Selbsteinschätzungen der Patienten. Geschlechtsspezifische Aspekte der Beziehungssache wurden bislang in der OPD nicht untersucht, sodass auf vergleichbare Daten nicht zurückgegriffen werden kann. Der Einfluss von subjektiven Annahmen der Diagnostiker auf das diagnostische Urteil wurde in anderen Arbeiten dargestellt (Widiger & Ford 1989; Born 1992; Garb 1997). Es lässt sich in der vorliegenden Arbeit nicht differenzieren, ob die Befunde reale Unterschiede von männlichen und weiblichen Patienten abbilden oder ob von Geschlechtsstereotypen geprägte Annahmen der Diagnostiker in die Befunde mit einfließen und einen gender bias verursachen. Die in der Studie an-

gewandte Methodik lässt eine entsprechende Überprüfung nicht zu. An dieser Stelle wurden zunächst nur mögliche geschlechtsspezifische Aspekte dargestellt. Zur weiteren Differenzierung der zugrunde liegenden Einflüsse sind zusätzliche wissenschaftliche Studien notwendig.

6.1.2 Diagnostikergeschlecht und Beziehungsachse

6.1.2.1 Wie schätzen männliche und weibliche Diagnostiker die Dysfunktionalität von Beziehungsmustern ein?

Betrachtet man zur Frage der Beurteilung von Dysfunktionalität der Beziehungsmuster die Diagnostikerebene, so zeichnet sich trotz überwiegender Übereinstimmung (ca. 93 %) (Abb. 5, S. 48) ein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Diagnostikern ab. Weibliche Diagnostiker schätzen zu ca. 7 % ($p \leq 0,001$) bei beiden Patientengeschlechtern im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen signifikant häufiger dysfunktionelle Beziehungsmuster ein. Männliche Diagnostiker schätzen insgesamt und besonders bei ihren männlichen Patienten weniger dysfunktionelle Beziehungsmuster ein.

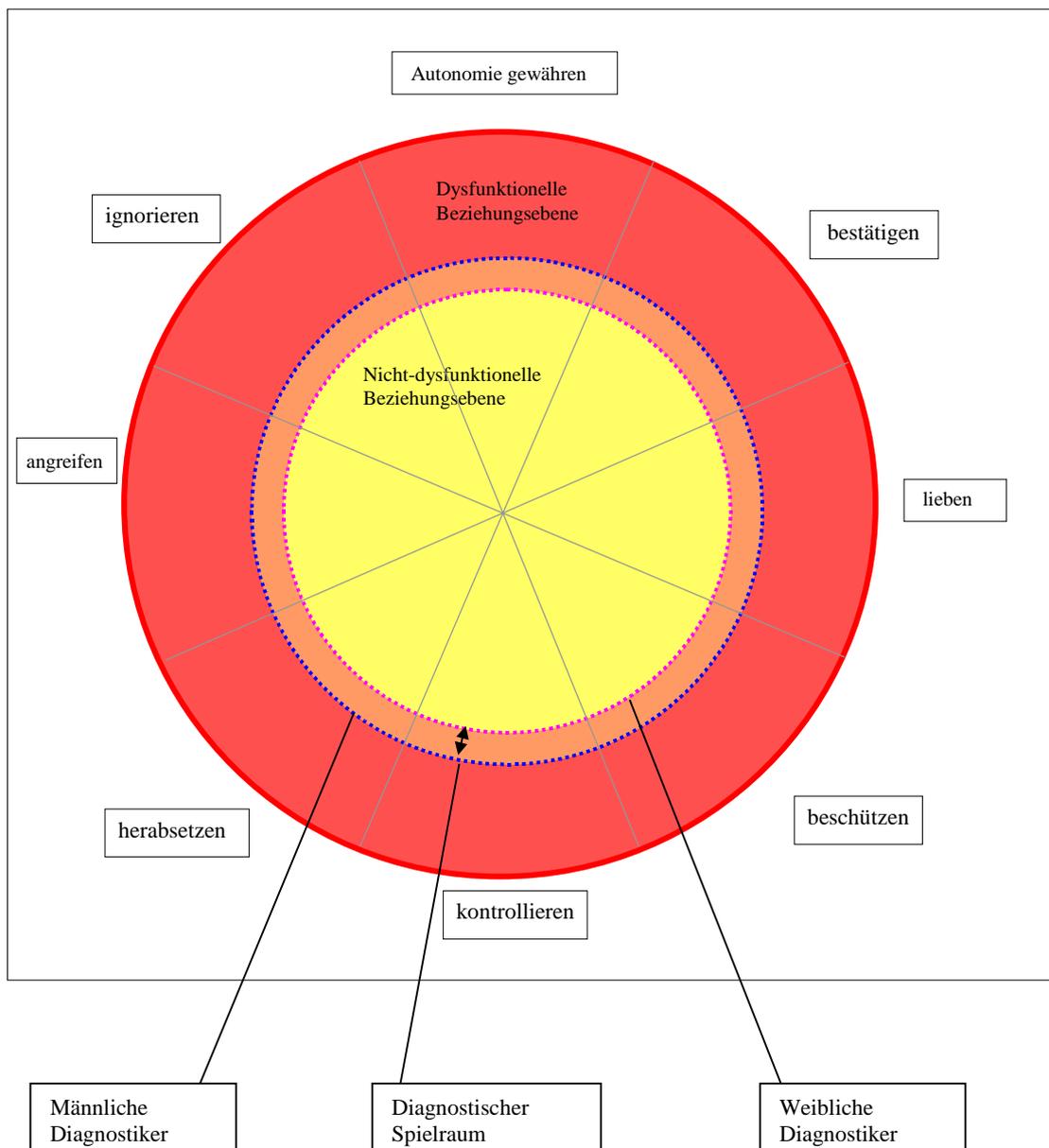
Diese Beobachtung entspricht nicht der literaturgestützten Hypothese der Arbeit (Delius et al. 1994; Rudolf 1991), dass männliche Diagnostiker ein höheres Befundniveau, d. h. ihre Patienten pathologischer, einschätzen, als weibliche Diagnostiker. Vielmehr scheint sich ein anderes Studienergebnis aus den Arbeiten von Rudolf (1991) und Beutler et al. (1986) abzubilden, das bei der Hypothesenbildung nicht berücksichtigt wurde. Rudolf fand, dass weibliche Untersucher im PSKB Beziehungsaspekte besonders kritisch, mit höherem Befundniveau als ihre männlichen Kollegen einschätzten bzw. Therapeutinnen bei ihren Patienten und Patientinnen häufiger Beziehungsprobleme diagnostizierten (Beutler et al. 1986). Da es sich auf der Achse II um die Einschätzung von Beziehungsgestaltungen handelt, ließe sich das vorliegende Ergebnis als Bestätigung der Studien von Beutler und Rudolf interpretieren. Weibliche Diagnostiker bewerten Beziehungen eher kritisch und problematisch, während männliche Diagnostiker geneigt zu sein scheinen, Beziehungsmuster weniger problematisch einzuschätzen. Dass Frauen, und nicht nur weibliche Diagnostiker, Beziehungsaspekte kritischer bewerten als Männer, wird in wissenschaftlichen Beobachtungen (Pease & Pease 2000; Bischof-Köhler 2002; Baron-Cohen 2003) über das unterschiedliche Verhalten von Männern und Frauen in ihren Alltagsbeziehungen beschrieben. Es erscheint plausibel, dass männliche und weibliche Diagnostiker in ihren Einschätzungen der Beziehungsachse der OPD von einer eigenen geschlechtsspezifischen Wahrnehmung geprägt sind. Weibliche Diagnostiker sehen mehr Dysfunktionalität in den Beziehungsgestaltungen ihrer Patienten als ihre männlichen Kollegen.

Daraus eröffnet sich die Frage für die OPD, ob sich weibliche und männliche diagnostische Wirklichkeiten unterscheiden und das Geschlecht der Diagnostiker die diagnostische Objektivität beeinflusst.

Für das diagnostische Instrument könnte das bedeuten, dass sich zwischen den diagnostischen Befunden von weiblichen und männlichen Diagnostikern ein kleiner, aber nach Befundlage signifikanter Spielraum eröffnet.

Übertragen auf das o.g. interpersonelle Kreismodell ließe sich dieser diagnostische Spielraum wie folgt in Abbildung 35 darstellen:

Abbildung 35: Interpersonelles Kreismodell, aktive Ebene
Einschätzung von Dysfunktionalität durch männliche und weibliche Diagnostiker



Die rosafarbene gepunktete Linie stellt die Tendenz der weiblichen Diagnostiker dar, eher ein dysfunktionelles Beziehungsmuster bei ihren Patienten zu diagnostizieren, wo männliche Diagnostiker noch ein normales Beziehungsverhalten wahrnehmen. Der Beginn des Diagnoseranges pathologischer Beziehungsmuster der männlichen Diagnostiker wird durch die blaue gepunktete Linie dargestellt und liegt weiter außerhalb. Eine inhaltliche Aussage über den diagnostischen Spielraum zwischen den gepunkteten Linien und seine Objektivität kann nicht getroffen werden.

Es soll an dieser Stelle der Diskussion kritisch angemerkt werden, dass sich die Befunde zwar auf eine große Anzahl von Patientenuntersuchungen ($n = 2739$), aber auf eine nur geringe Anzahl von Diagnostikern stützt ($n = 14$, davon 7 w und 7 m).

Angesichts der geringen Anzahl von Diagnostikern könnten sich verschiedene, vom Geschlecht unabhängige individuelle Einflüsse in den Befunden niedergeschlagen haben. Die Befunde und ihre Interpretation können aus diesem Grund nur als zu diskutierende Möglichkeit aufgefasst werden, die dazu anregen soll, weitere Untersuchungen zu ihrer Überprüfung durchzuführen.

6.1.2.2 Quantitative und qualitative Unterschiede in der diagnostischen Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster

Eine zweite Perspektive auf die Diagnostikerebene sind die einzelnen quantitativen und qualitativen Übereinstimmungen und Unterschiede in den Einschätzungen der Beziehungsmuster von männlichen und weiblichen Patienten durch die Diagnostiker.

Als ein quantitativer Unterschied auf der Diagnostikerebene lässt sich beschreiben, dass weibliche Diagnostiker insgesamt über alle vier Erlebensperspektiven höhere Prozentwerte im Vergleich zu männlichen Diagnostikern aufweisen. Signifikante Unterschiede in den einzelnen Beziehungsklustern kommen auf den ersten drei Beurteilungsebenen durch ein höheres Einschätzungsniveau der weiblichen Diagnostiker zustande.

Dies steht damit im Zusammenhang, dass weibliche Diagnostiker die Möglichkeit der OPD, bis zu drei dysfunktionelle Beziehungsklustern für die jeweils vier Beurteilungsebenen anzugeben, eher ausnutzen als männliche Diagnostiker. Im Durchschnitt schätzen weibliche Diagnostiker auf den Ebenen „Patient erlebt sich selbst“, „Patient erlebt andere“ und „Untersucher erlebt den Patienten“ zwischen 2,0 und 2,15 Items ein, während männliche Diagnostiker auf diesen Ebenen im Durchschnitt 1,7 bis 1,9 Items einschätzen. Nur auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ schätzen beide im Durchschnitt 1,47 Items ein. Auf dieser Ebene ist das Verhältnis der signifikanten Einschätzungen männlicher und weiblicher Diagnostiker ausgeglichen. Da die Auswahl der Items in der Regel aus unterschiedlichen Clustern getroffen wird, entspricht die höhere Anzahl von Items auch einer höheren Anzahl von ausgewählten Beziehungsklustern.

Es bestätigt sich entsprechend der Hypothese, dass männliche und weibliche Diagnostiker die Beziehungsmuster der Patienten auf den vier Beurteilungsebenen unterschiedlich einschätzen. Es lässt sich ein quantitativ unterschiedlicher Blick von männlichen und weiblichen Diagnostikern auf das zwischenmenschliche Beziehungsgeschehen beschreiben. Weibliche Diagnostiker sehen mehr unterschiedliche Muster in den dysfunktionellen Beziehungsmustern ihrer Patienten. Welcher dieser Blicke nun als pathologischer, differenzierender oder realistischer zu interpretieren sei, bleibt dahingestellt. Hier kann nur eine gewisse Andersartigkeit der männlichen und weiblichen Erlebensrealität dargestellt werden.

Darstellung und Interpretation der einzelnen Erlebensperspektiven

Die oben beschriebene Beobachtung, dass weibliche Diagnostiker auf den ersten drei Beurteilungsebenen quantitativ mehr dysfunktionelle Beziehungssitems und damit auch Beziehungscluster bestimmen als männliche Diagnostiker, schlägt sich in einem Überwiegen der signifikant höheren Einschätzungen weiblicher Diagnostiker nieder.

Werden die Einschätzungen der Diagnostiker, unabhängig vom Geschlecht der Patienten, betrachtet, schätzen weibliche Diagnostiker auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“ (Abb. 8, S. 52) sechs Items auf signifikant höherem Niveau, d. h. quantitativ häufiger als männliche Diagnostiker, ein. Die anderen Items werden ungefähr gleich häufig eingeschätzt. Nur im Item „behaupten“ liegen die männlichen Diagnostiker höher.

Auf der Ebene „Patient erlebt andere“ (Abb. 9, S. 53) sind es ausschließlich höhere Einschätzungen von weiblichen Diagnostikern, insgesamt vier, die ein Signifikanzniveau erreichen.

Auf der Ebene „Untersucher erlebt den Patienten“ (Abb. 10, S. 54) sind es fünf höhere Einschätzungen durch weibliche Diagnostiker und eine höhere Einschätzung durch männliche Diagnostiker, die Signifikanzniveau erreichen.

Auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ (Abb. 11, S. 55), das von beiden Diagnostikergeschlechtern im Durchschnitt mit der gleichen Anzahl von Einschätzungen belegt ist, finden sich vier signifikant höhere Einschätzungen durch männliche Diagnostiker und drei signifikant höhere Einschätzungen durch weibliche Diagnostiker. Hier ist die Verteilung ausgeglichen.

Eine mögliche inhaltliche Interpretation des komplexen Verteilungsmusters von Beziehungsclustern zwischen Diagnostiker- und Patientengeschlecht, wie es in den Abbildungen 8, 9, 10 und 11 (S. 52-55) und den Abbildungen 12, 13, 14 und 15 (S. 57-63) dargestellt wird, könnte wie folgt lauten:

Das Cluster „**bestätigen**“ wird von den weiblichen Diagnostikern für beide Patientengeschlechter hoch eingeschätzt. Aus ihrer Sicht sehen sich männliche und weibliche Patienten anderen gegenüber häufiger in einer bestätigenden, zugewandten Rolle. Männliche Diagnostiker teilen diese Sichtweise nicht.

Auf der Ebene „Patient erlebt andere“ wird das Cluster „bestätigen“ von weiblichen und männlichen Diagnostikern häufiger bei männlichen Patienten gesehen, wobei männliche Diagnostiker ein höheres Signifikanzniveau erreichen. Männliche Patienten erleben andere ihnen gegenüber, besonders aus Sicht der männlichen Diagnostiker, „bestätigend“, während weibliche Patienten andere weniger häufig als „bestätigend“ erleben. Interessant erscheint im Vergleich der beiden Beurteilungsebenen, dass die Perspektive vom Patienten in der Zuwendung zum anderen hin (Pat. erlebt sich selbst anderen gegenüber) durch die weiblichen Diagnostiker geprägt scheint, indem sich möglicherweise die weibliche Sicht „ich als Frau, die die bestätigende, zugewandte Perspektive mehr betont und diese auch bei meinen Patienten wahrnehme“, niederschlägt. Während sich in der Perspektive „vom anderen auf den Patienten zu“ das eher männliche Moment des Erlebens „ich als Mann fühle mich durch andere bestätigt“ verstärkt widerspiegelt.

Das Cluster „**beschützen**“ wird auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“ einerseits signifikant häufiger von weiblichen Diagnostikern eingeschätzt, wobei sowohl männliche als auch weibliche Diagnostiker in einem höheren Maße einschätzen, dass die weiblichen Patienten sich als „beschützend“ erleben. Dies ließe sich einerseits als Ausdruck eines realen, geschlechtsstereotypen Unterschiedes i. S. d. „typisch Weiblichen“ auf der Patientenebene, nämlich „Frauen nehmen eher als Männer die helfende, beschützende Rolle ein“ interpretieren. Und andererseits könnte dies der Ausdruck einer „typisch weiblichen“ und einer „typisch männlichen“ Sichtweise auf Diagnostikerebene, nämlich „ich als Frau (Diagnostikerin) nehme die mir bekannte, für mich relevante Rolle auch häufiger im Erleben meiner Patienten wahr“ bzw. „ich als Mann (Diagnostiker) nehme die mir weniger bekannte, für mich weniger relevante Rolle auch weniger im Erleben meiner Patienten wahr“ sein.

Einig scheinen sich männliche und weibliche Diagnostiker, wenn sie das Cluster „beschützen“ auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“, also wie sie ihre Patienten erleben, einschätzen. Weibliche Patienten werden von beiden häufiger „beschützend“ erlebt.

Das Item „beschützen“ scheint auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ von besonderer Relevanz. Es zeigt ein Überwiegen des „Beschützen-Wollens“ der weiblichen Diagnostiker im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen und das „Beschützen-Wollen“ beider Diagnostiker besonders ihren weiblichen Patienten gegenüber. Interpretieren ließe sich: „Frauen nehmen die Rolle der Helfenden, Beschützenden ein und nehmen diese bekannte Rolle als weibliche Diagnostiker bei ihren Patienten eher wahr.“

Darüber hinaus fällt ein ausgeprägt hoher Wert des Clusters „beschützen“ im Vergleich zu allen anderen Beziehungsklustern auf. Hier spiegelt sich vermutlich die von Orlinsky (1996) beschriebene Selbsteinschätzung von Psychotherapeuten beiderlei Geschlechts wider, die sich ihren Patienten gegenüber in hohem Maße unterstützend und sorgend erleben. Für dieses Item scheint neben geschlechtsspezifischen Einflüssen auf den Befund auch ein für den Beruf des Therapeuten spezifischer Einfluss wirksam zu sein, dass nämlich Diagnostiker von Berufs wegen und geschlechtsunabhängig das „Beschützen“ besonders betonen.

Das Cluster „**kontrollieren**“ wird auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“ von Diagnostikern beiderlei Geschlechts gleichermaßen eingeschätzt, nämlich dass männliche Patienten sich selbst anderen gegenüber „kontrollierend“ erleben, also diejenigen sind, die die Kontrolle übernehmen. Auf der Ebene „Patient erlebt andere“ sind es wiederum die weiblichen Diagnostiker, die eine vermutlich eher passive, weibliche Perspektive des „durch andere Kontrolliert-Werdens“ bei ihren Patienten wahrnehmen. Ebenfalls auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“ wird die Wahrnehmung des „Kontrolliert-Werdens“ durch die männlichen Patienten von den weiblichen Diagnostikern betont. Es ließe sich aus den Befunden interpretieren, dass Kontrolle hier eher von Männern aktiv ausgehend eingeschätzt wird, während Frauen, auch weibliche Diagnostiker, das passive „Kontrolliert-Werden“ durch andere, insbesondere durch Männer, von denen dieses eher vermutet wird, verstärkt wahrnehmen.

Auch könnte zusätzlich die hohe Einschätzung der weiblichen Diagnostiker, ihre männlichen Patienten „kontrollierend“ zu erleben, sich aus einer spezifischen, interaktionellen Beziehungsgestaltung zwischen männlichem Patient und weiblicher Diagnostikerin ergeben. Ein männlicher Patient könnte einer weiblichen Diagnostikerin gegenüber eher das Bedürfnis haben, sein Selbstgefühl durch Kontrolle zu stabilisieren, als einem männlichen Diagnostiker gegenüber. Eine genaue Unterscheidung der einzelnen Einflussfaktoren ist leider nicht möglich.

Das Cluster „**herabsetzen**“ zeigt auf den Ebenen „Untersucher erlebt Patient“ und „Untersucher erlebt sich selbst“ signifikante Unterschiede. Weibliche Diagnostiker erleben ihre männlichen und weiblichen Patienten anderen gegenüber häufiger „herabsetzend“ als männliche Diagnostiker, während männliche Diagnostiker sich selbst ihren Patienten gegenüber „herabsetzend“ erleben. Wieder sind es die weiblichen Diagnostiker, die das Moment des „Herabgesetzt-Werdens“ bei dem Patienten (Untersucher erlebt Patient), also die Perspektive dessen, auf den etwas ausgeübt wird, stärker betonen, während männliche Diagnostiker sich als „Herabsetzende“, also als aktiv auf andere Ausübende, erleben bzw. diesen Aspekt eher betonen.

Weibliche Diagnostiker schätzen häufiger als männliche Diagnostiker ein, dass ihre Patienten sich selbst als „**angreifend**“ erleben und dass auch sie ihre Patienten „angreifend“ erleben. Sie scheinen das vom Patienten ausgehende „Angreifen“, worin das „Angegriffen-Werden“ des anderen enthalten ist, deutlicher wahrzunehmen.

Das Cluster „**ignorieren**“ wird tendenziell von beiden Diagnostikergeschlechtern als von männlichen Patienten ausgeübt wahrgenommen. Auch männliche Diagnostiker üben in ihrem Erleben häufiger ein „Ignorieren“ dem Patienten gegenüber aktiv aus. „Ignorieren“ scheint als von Männern (Patienten und Diagnostikern) häufiger aktiv ausgeübtes Beziehungsmuster wahrgenommen zu werden.

„**Autonomie gewähren**“ wird von weiblichen Diagnostikern häufiger von ihren männlichen Patienten ausgehend erlebt, während männliche Diagnostiker sich selbst ihren Patienten gegenüber als aktiv „Autonomie Gewährende“ erleben. Es scheinen in diesen Befunden also eher Männer zu sein, die Autonomie gewähren.

Das Cluster „**sich behaupten**“ wird von männlichen Diagnostikern auf den Ebenen „Patient erlebt sich selbst“ und „Untersucher erlebt Patient“ als einziges signifikant häufiger im Vergleich zu den weiblichen Diagnostikern eingeschätzt als alle anderen Cluster. Auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“ fällt eine große Diskrepanz zwischen männlichen und weiblichen Diagnostikern in den Einschätzungen ihrer männlichen und weiblichen Patienten auf. Männliche Diagnostiker erleben ihre Patienten insgesamt häufiger als „sich behauptend“ und dann ganz besonders ihre männlichen Patienten. Weibliche Diagnostiker erleben ihre Patienten insgesamt weniger „sich behauptend“, dann aber eher, wenn auch nicht signifikant, ihre weiblichen Patienten. Dadurch entsteht im optischen Vergleich des Diagramms (Abb. 14, S. 61) ein großer Unterschied in der Einschätzung der männlichen Patienten durch die beiden Diagnostikergeschlechter. Das eigene Geschlecht scheint jeweils häufiger als „sich behauptend“ erlebt zu werden. Hier könnten interaktionelle Faktoren eine Rolle spielen. So ist anzunehmen, dass der männliche Patient seinem männlichen Diagnostiker gegenüber eher das Gefühl hat, sich behaupten zu müssen. Der Diagnostiker steigt in die männlich-rivalisierende Interaktion ein und schätzt sich auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“, seinen männlichen Patienten gegenüber als „sich behauptend“ ein. Geschlechtsspezifische Annahmen, dass das Selbstbild von Männern von Unabhängigkeitserfahrung und Abgrenzung geprägt ist (Kaplan 1979; O’Neil 1980; Hare-Mustin & Marecek 1986), konnte hier seinen Ausdruck finden.

Den männlichen Patienten könnte es in der Interaktion mit ihren weiblichen Diagnostikern weniger notwendig erscheinen, „sich behaupten“ zu müssen, und sie betonen ihren weiblichen Diagnostikern gegenüber eher, dass sie andere als „sich behauptend“ erleben. Für die weiblichen Diagnostiker scheint sich ein rivalisierendes „Sich-Behaupten“ eher von den weiblichen Patienten ausgehend darzustellen, ohne dass sich weibliche Diagnostiker jedoch selbst in eine rivalisierende Interaktion begeben. Es könnte also auch ein geschlechtsspezifischer Einfluss von Seiten der weiblichen Diagnostiker ausgehen, die das Moment des „Sich-Behauptens“ eher durch andere erleben, als sich selbst aktiv mit dieser Rolle zu identifizieren.

Das Cluster „**anklammern**“ wird im Erleben der Patienten häufig eingeschätzt, wobei männliche Diagnostiker dieses häufiger bei ihren weiblichen Patienten tun. Auch als Untersucher erleben Diagnostiker beiderlei Geschlechts ihre Patienten „anklammernd“, während sie sich selbst ihren Patienten gegenüber so gut wie nie „anklammernd“ erleben. Hier spielen vermutlich stärker die therapeutische Beziehung mit ihren vorgegebenen Rollen als Diagnostiker und Patient als geschlechtsspezifische Aspekte eine beeinflussende Rolle.

Das Cluster „**unterwerfen**“ wird von männlichen und weiblichen Diagnostikern übereinstimmend häufiger im Selbsterleben der weiblichen Patienten eingeschätzt, wobei sie auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“ ihre weiblichen Patienten nicht häufiger als die männlichen als „sich unterwerfend“ einschätzen. Aber das Selbsterleben der weiblichen Diagnostiker scheint mit dem ihrer weiblichen Patienten eher übereinzustimmen, dass auch sie sich ihren Patienten gegenüber als „sich unterwerfend“ einschätzen. Es ließe sich also annehmen, dass Frauen sich häufiger in einer sich unterwerfenden Position sehen, dieses ihrem Selbstbild entspricht, ohne dass das Selbsterleben aber von außen bestätigt wird.

Weibliche Diagnostiker schätzen das Cluster „**gekränkt sein**“ insgesamt häufiger ein als ihre männlichen Kollegen. Sie schätzen ein, dass ihre Patienten andere als „gekränkt“ erleben, und gleichzeitig sind sie aber auch der Ansicht, dass ihre Patienten es sind, die „gekränkt“ sind. Und interessanterweise erleben sie auch sich selbst den Patienten gegenüber eher „gekränkt“ als männliche Diagnostiker. Auf weiblicher Seite könnte eine höhere Vulnerabilität oder Sensibilität für Kränkungen innerhalb von Beziehungen angenommen werden. Dies würde den geschlechtstypischen Annahmen entsprechen, dass Frauen angesichts der größeren Investition in Beziehungen auch verletzlicher und kränkbarer reagieren (Notman & Nadelson 1995, Turkel 2000, Pease & Pease 2000; Bischof-Köhler 2002).

„**Zurückschrecken**“ wird von weiblichen Diagnostikern häufiger auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“ eingeschätzt, während männliche Diagnostiker sich selbst häufiger aktiv vor ihren Patienten „zurückschreckend“ erleben.

Das Cluster „**abschotten**“ wird auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“ von weiblichen Diagnostikern für ihre männlichen und weiblichen Patienten eingeschätzt, während männliche Diagnostiker häufiger einschätzen, dass die männlichen Patienten „sich abschottend“ erleben. Weibliche Diagnostiker schätzen dann ein, dass ihre männlichen und weiblichen Patienten auch andere als „sich abschottend“ erleben und dass sich ihre männlichen und weiblichen Patienten von anderen „abschotten“. Tendenziell scheinen es die männlichen Patienten zu sein, die sich „abschotten“ bzw. als „sich abschottend“ eingeschätzt werden, während es Frauen (Patientinnen und Diagnostikerinnen) sind, die andere als „sich abschottend“ erleben.

Nachdem die einzelnen Beziehungscluster auf den vier Beurteilungsebenen analysiert wurden, soll noch einmal ein Perspektivwechsel auf die einzelnen Beurteilungsebenen vollzogen werden.

Die Diagnostiker stimmen in ihren Einschätzungen der Ebene „Patient erlebt sich selbst“ dahingehend überein, dass ihre Patienten sich „beschützend“, (weibliche Patienten überwiegen), „kontrollierend“, „sich behauptend“, „anklammernd“, „unterwerfend“ (weibliche Patienten überwiegen), „gekränkt“ und „sich abschottend“ erleben. Unterschiede werden deutlich, wo weibliche Diagnostiker einschätzen, dass ihre Patienten sich „bestätigend“ und besonders ihre weiblichen Patienten sich „abschottend“ und „zurückschreckend“ erleben. Insgesamt fällt jedoch eine große Homogenität der in Einschätzung dieser Ebene auf.

Diese Homogenität setzt sich auf der Beurteilungsebene „Patient erlebt andere“ fort. Hier schätzen männliche und weibliche Diagnostiker am häufigsten ein, dass ihre Patienten andere „beschützend“, „kontrollierend“ (weibliche Diagnostiker häufiger als männliche), „herabsetzend“, „angreifend“ und „ignorierend“ erleben. Im Unterschied zu ihren männlichen Kollegen schätzen weibliche Diagnostiker ein, dass ihre Patienten andere „sich behauptend“ und „gekränkt“ erleben.

Auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“ zeigen sich neben übereinstimmend hohen Einschätzungen auch größere Unterschiede in den Einschätzungen. Übereinstimmend werden die Cluster „bestätigen“, „anklammernd“, „unterwerfen“ von beiden Diagnostikern eingeschätzt. Hingegen schätzen weibliche Diagnostiker ihre Patienten häufiger „kontrollierend“, „herabsetzend“, „gekränkt“ und „sich abschottend“ ein, während männliche Diagnostiker ihre Patienten häufiger „sich behauptend“ einschätzen.

Auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ finden sich die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede. Die übereinstimmend höchste Einschätzung erfährt das Cluster „der Untersucher erlebt sich beschützend“. Wie schon oben erwähnt findet hier offensichtlich das Selbstbild als Therapeut in seiner helfenden, beschützenden, zugewandten Rolle im Wesentlichen seinen Niederschlag. Inwieweit es sich dabei um ein dysfunktionelles Beziehungsmuster handelt ist fraglich. Im Weiteren erleben sich die Diagnostiker den Patienten gegenüber überwiegend bestätigend und kontrollierend. Das kommt der Selbsteinschätzung von Therapeuten nach Orlinsky (Orlinsky et al. 1996) nahe, die die Dimension der Affiliation mit einem mittleren Ausmaß zwischen Kontrolle und Anpassung kombiniert.

Darüber hinaus scheint das eigene Erleben der Diagnostiker den Patienten gegenüber besonders von geschlechtsspezifischen Aspekten geprägt. Weibliche Diagnostiker erleben sich als maladaptive Reaktion auf ihre Patienten häufiger „gekränkt“, „unterwerfend“ und „beschützend“, wobei sich deuten lässt, dass die Bewegung innerhalb der Beziehung auf den anderen hin gerichtet bleibt. Hingegen reagieren männliche Diagnostiker häufiger „Autonomie gewährend“, „herabsetzend“, „ignorierend“ und „zu-

rückschreckend“, worin eine Bewegung vom anderen weg in die Distanz und Abgrenzung erkennbar wird. In den Reaktionsmustern der Diagnostiker scheint sich, ebenso wie auf der Patientenebene bzw. wie von Grande et al. (1992) in den initialen Gesprächssequenzen diagnostischer Interviews beschrieben, „typisch Weibliches“ und „typisch Männliches“ wieder zu finden und die Beziehungsgestaltung in der diagnostischen Situation sowie das diagnostische Ergebnis zu beeinflussen.

Das Geschlecht der Diagnostiker könnte vor diesem Hintergrund unter anderem die relativ geringe Reliabilität der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ in den von Cierpka zitierten Validitätsstudien mit beeinflusst haben (Cierpka et al. 2001).

Zusammenfassend sind entsprechend der Hypothesen geschlechtsspezifische Einflussfaktoren auf den diagnostischen Befund der Achse II der OPD, ausgehend von der Patientenebene und der Diagnostikerebene und Interaktionen zwischen den Ebenen, beschreibbar. Eine inhaltlich vollständig schlüssige Darstellung der einzelnen Einflussgrößen in ihrem überaus komplexen Zusammenspiel kann nur versuchsweise angedeutet werden. Wesentlich erscheint 1. ein gleichsinniger Zusammenhang zwischen dysfunktionellen Beziehungsmustern und geschlechtsstereotypen Verhaltensweisen, 2. der Einfluss geschlechtsspezifischer Unterschiede in der diagnostischen Einschätzung von Beziehungsgestaltungen zwischen Männern und Frauen resp. männlichen und weiblichen Diagnostikern und 3. Hinweise, dass sich in der diagnostischen Situation zwischen den Geschlechtern von Patienten und Diagnostikern unterschiedliche Beziehungsmuster abzeichnen.

6.2 Konfliktachse

6.2.1 Patientengeschlecht und Konfliktachse

6.2.1.1 Modus der Konfliktverarbeitung

Auf den Konfliktebenen der OPD finden sich jeweils ein passiver und ein aktiver Modus, als Ausdruck der Bipolarität zwischen selbstbezogener Passivität und objektbezogener Aktivität. In der Studie wurden Geschlechtsunterschiede im Konfliktmodus zwischen männlichen und weiblichen Patienten untersucht. Männern wird in der Literatur eher Aktivität, Frauen Passivität attribuiert (Rudolf & Stratmann 1989). In der vorliegenden Arbeit wurde überprüft, ob sich geschlechtstypische Muster von Aktivität und Passivität in den einzelnen Modi der Konfliktverarbeitung der jeweils wichtigsten Konflikte wieder finden.

Werden die beiden Modi „aktiv“ und „passiv“ in Kreuztabellen für die einzelnen Konflikte, zusammengefasst in der Gesamtschau in Abbildung 15 (S. 63), mit den beiden Geschlechtern der Patienten verglichen, entsteht ein differenziertes Muster der Modus-

verteilung in den einzelnen Konflikten, das mit den stereotypen Annahmen von weiblicher Passivität und männlicher Aktivität nicht vergleichbar ist.

Im Autonomie/Abhängigkeit-Konflikt überwiegt bei beiden Geschlechtern der passive Modus. Männliche und weibliche Patienten, mit einem Autonomie/Abhängigkeit-Konflikt leben häufiger die passive Seite, in der sie dazu neigen, „ihre Wünsche anderen unterzuordnen, sich in Beziehungen abhängig, schwach und hilflos zu fühlen“ (zitiert nach Arbeitskreis OPD 1998).

Im Unterwerfung/Kontroll-Konflikt zeichnet sich bei den männlichen Patienten eine geringfügige Tendenz zum aktiven, kontrollierenden Modus ab, indem sie gegen Verpflichtung und Kontrolle aufbegehren und andere Menschen als ihnen untergeordnet wahrnehmen (zitiert nach Arbeitskreis OPD 1998). Währenddessen halten sich bei den weiblichen Patienten aktiver und passiver Modus die Waage.

Im Versorgung/Autarkie-Konflikt befinden sich männliche Patienten häufiger im passiven Modus, in dem sie große Wünsche nach Geborgenheit und Versorgung an andere äußern. Weibliche Patienten nehmen im Gegensatz dazu häufiger die Rolle der „aktiv Versorgenden“ ein, während sie eigene Bedürfnisse durch Anspruchslosigkeit kompensieren (zitiert nach Arbeitskreis OPD 1998).

Umgekehrt und konträrer bildet sich der Selbstwertkonflikt ab. Hier sind es die männlichen Patienten, die sich eher im aktiven Modus pseudo-selbstsicher präsentieren, andere herabsetzen oder mit heftigem Ärger auf ein Infragestellen ihres positiven Selbstbildes reagieren (zitiert nach Arbeitskreis OPD 1998).

Die überwiegende Zahl der weiblichen Patienten nimmt hingegen den passiven Modus im Selbstwertkonflikt ein, in dem sie narzisstische Ansprüche zurücknehmen, sich wertlos fühlen oder die Unwichtigkeit der eigenen Person betonen (zitiert nach Arbeitskreis OPD 1998).

Im Schuldkonflikt befinden sich insbesondere die weiblichen, aber auch die männlichen Patienten überwiegend im passiven Modus, mit der Tendenz zu Selbstvorwürfen und Schuldsuche bei sich selbst.

Das gleiche deutliche Überwiegen des passiven Modus gilt auch für den ödipal-sexuellen Konflikt. Weibliche und noch deutlicher die männlichen Patienten neigen dazu, sexuelle Konkurrenz passiv zu vermeiden und sich harmlos und kindlich zu präsentieren (zitiert nach Arbeitskreis OPD 1998).

Beim Identitätskonflikt wird aufgrund des geringen n (11) auf eine Beurteilung verzichtet.

Der Modus bei der eingeschränkten Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ist bei weiblichen Patienten ausgeglichen, während bei männlichen Patienten eher ein aktiver, Konflikte und Gefühle unterdrückender Modus zu verzeichnen ist.

Betrachtet man die Ergebnisse zum Konfliktmodus, so findet die Annahme, Männer seien aktiver, Frauen passiver, keine Entsprechung. Die Differenzierung in den einzelnen Konflikten zeigt ein komplexes Bild, in dem sich weitere geschlechtsspezifische Einflussfaktoren abzeichnen. Es scheinen sich zum einen Realitäten des Mann- oder Frauseins, im Sinne der geschlechtsstereotypen Verhaltensweisen, auch in der Art des gelebten Konfliktmodus widerzuspiegeln. Beispielsweise scheinen Frauen sich, wie das Geschlechtsstereotyp es ihnen nachsagt, im Versorgungskonflikt häufiger in der Rolle der aktiv Versorgenden zu finden, oder sie zeigen sich als das Geschlecht, welches dazu neigt, im Sinne der Selbstattribution Schuld bei sich zu suchen, demnach eher im passiven Modus des Schuldkonfliktes. Männer hingegen nehmen in Beziehungen eher dominierende Positionen ein, zeigen ein größeres Kontrollbedürfnis oder sind selbstbewusster, sodass sie sich auch aktiver im Selbstwertkonflikt präsentieren. Es ist nachvollziehbar, diese „kleinen Unterschiede“ zwischen Männern und Frauen auch in der Konfliktverarbeitung der untersuchten Patienten wieder zu finden.

Daneben finden sich jedoch auch Befunde, die nicht vornehmlich durch den Faktor Geschlecht geprägt scheinen und wo andere Einflussgrößen zu vermuten sind, ohne dass diese innerhalb des vorliegenden Studiendesigns präzise erfasst werden könnten.

Einen solchen Einfluss stellt beispielsweise die Inanspruchnahme einer psychosomatischen Ambulanz dar. Es liegt nahe, dass sich insbesondere solche Konflikte und Konfliktverarbeitungsmuster abbilden, die ein hohes Maß Leidensdruck beinhalten, während andere nur selten in den Befunden auftauchen, da sie den jeweiligen Menschen nicht veranlassen, eine psychosomatische Diagnostik aufzusuchen. Man könnte beispielsweise annehmen, dass ein Mensch, Mann oder Frau, der einen Schuldkonflikt im aktiven Modus lebt, selten eine psychosomatische Ambulanz aufsucht, da er den Konflikt auf anderen Ebenen, z. B. in gerichtlichen Auseinandersetzungen mit anderen, ausagiert, während eine psychosomatische Perspektive, mit einem Blick auf sich selbst und eigene Anteile, von vornherein außerhalb der inneren Möglichkeiten läge.

Es ist also zu vermuten, dass schon die Frage, welche Menschen sich mit welchen Konflikten bzw. Verarbeitungsmodi der Konflikte in einer psychosomatischen Ambulanz vorstellen, ein Einflusskriterium auf die Befunde darstellt. Diese Vermutung scheint in den vorliegenden Befunden am ehesten auf die Konflikte Selbstwert, Schuld und den ödipal-sexuellen Konflikt zuzutreffen, die die größten Diskrepanzen zwischen aktivem und passivem Modus aufweisen, während die anderen Konflikte in ihren Polaritäten von aktiv und passiv ausgeglichener sind. Man könnte interpretieren, dass bei den ausgeglichen auftretenden Konflikten beide Modi zu einem Leidensdruck führen, der die Menschen veranlasst, eine psychosomatische Ambulanz aufzusuchen.

Betrachtet man die drei Konflikte Selbstwert, Schuld und ödipal-sexueller Konflikt im Einzelnen, ließe sich Folgendes formulieren: Männer mit einem Selbstwertkonflikt leben diesen sowohl im passiven und noch etwas häufiger im aktiven Modus und in beiden Modi entsteht ein Leidensdruck, der sie in die psychosomatische Ambulanz führt. Frauen haben entweder sehr selten einen Selbstwertkonflikt im aktiven Modus (was der geschlechtsstereotypen Perspektive nahe kommen würde, dass Frauen weniger selbstbewusst seien als Männer), im Sinne einer niedrigen Prävalenzrate oder aber sie suchen mit einem Selbstwertkonflikt im aktiven Modus keine psychosomatische Ambulanz auf. Die Frauen, die in die Ambulanz kommen und bei denen ein Selbstwertkonflikt diagnostiziert wird, leben diesen fast immer im passiven Modus.

Der Schuldkonflikt scheint Männer und Frauen fast ausschließlich im passiven Modus zu veranlassen, Hilfe aufzusuchen. Männern wird unter der Perspektive geschlechtsstereotyper Verhaltensweisen eher nachgesagt, Fehler, Schuld nach außen zu attribuieren (Bischof-Köhler 2002). Das könnte ein Einfluss auf die höhere Prozentzahl im aktiven Modus im Vergleich zu weiblichen Patienten sein. Bei den weiblichen Patienten addieren sich vermutlich die Faktoren, Geschlechtsstereotyp (Frauen suchen Schuld häufiger bei sich) für den hohen Prozentwert im passiven Modus einerseits und fehlender internaler Leidensdruck für den niedrigen Prozentwert im aktiven Modus andererseits.

Der ödipal-sexuelle Konflikt scheint beide Geschlechter überwiegend im passiven Modus zu veranlassen, eine psychosomatische Ambulanz aufzusuchen. Bei Frauen tritt der aktive Modus entsprechend dem Stereotyp „Frauen sind hysterisch“ häufiger auf als bei Männern und verursacht entsprechendes Leid, das zur Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Ambulanz führt. Ob der aktive Modus des ödipal-sexuellen Konfliktes bei Männern seltener auftritt, ob er von Diagnostikern nicht erkannt wird, oder ob das damit verbundene Verhalten mit dem Selbstbild von Männern vereinbarer ist als für Frauen und sie aufgrund des geringeren Leidensdruckes seltener Hilfe in Anspruch nehmen, kann anhand des Studiendesigns nicht beantwortet werden.

6.2.1.2 Patientengeschlecht – wichtigster Konflikt und zweitwichtigster Konflikt

Werden die diagnostizierten wichtigsten Konflikte inhaltlich betrachtet, so wurden weibliche Patienten signifikant häufiger im Versorgung/Autarkie-Konflikt und im Autonomie/Abhängigkeit-Konflikt eingeschätzt und männliche Patienten häufiger im Unterwerfung/Kontrolle-Konflikt und Selbstwertkonflikt und bei ihnen wurde häufiger „keine Einschätzung möglich“ eingeschätzt (Abb.v17, S 67). Im zweitwichtigsten Konflikt sind die Unterschiede zwischen den Patienten zwar nicht so deutlich, dennoch überwiegen auch hier der Autonomie/Abhängigkeit-Konflikt und Versorgung/Autarkie-Konflikt bei weiblichen Patienten. Bei männlichen Patienten wird häufiger „keine Einschätzung möglich“ eingeschätzt.

Die Hypothese, dass keine geschlechtsspezifischen Unterschiede auf der Konfliktachse bestünden, hat sich nicht bestätigt. Entgegen der ursprünglichen Annahme scheint das Geschlecht einen wesentlichen Einfluss entweder auf die Ausbildung neurotischer Konflikte, auf das Inanspruchnahmeverhalten oder aber auf die diagnostische Einschätzung von neurotischen Konflikten zu haben. Welcher Einfluss zutrifft, kann aufgrund des Studiendesigns nicht beantwortet werden.

Inhaltlich stimmen die bei den jeweils männlichen und weiblichen Patienten überwiegend diagnostizierten Konflikte mit geschlechtsstereotypen Annahmen über Männer und Frauen überein. In den Konflikten „Versorgung/Autarkie“ und „Autonomie/Abhängigkeit“ steht der Beziehungsaspekt zu anderen, das Bemühen um Beziehung, Bezogenheit und Bindungsbereitschaft im Vordergrund. Dies sind Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die eher dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben werden (Hare-Mustin & Marecek 1986, Notman & Nadelson 1995; Turkel 2000).

In den Konflikten „Unterwerfung/Kontrolle“ und „Selbstwert“ spiegeln sich eher „typisch männliche“ Eigenschaften wie Macht- und Dominanzstreben, Unabhängigkeit, Abgrenzung und eine geringere Bezogenheit auf andere wider (Kaplan 1979; Hare-Mustin-Marecek 1986; Grande et al. 1992).

Turkel (2000) gab eine ähnliche Interpretation zu den geschlechtsspezifisch höheren Prävalenzraten der histrionischen und dependenten Persönlichkeitsstörungen bei Frauen und der schizoiden, narzisstischen und antisozialen Persönlichkeitsstörungen bei Männern.

6.2.2 Diagnostikergeschlecht und Konfliktachse

Männliche und weibliche Diagnostiker schätzen die meisten „wichtigsten“ und „zweitwichtigsten“ Konflikte ihrer Patienten gleich häufig ein.

Unterschiede ergeben sich bei dem „wichtigsten Konflikt“ in den Konflikten „Autonomie/Abhängigkeit“ und „Versorgung/Autarkie“, die signifikant häufiger von weiblichen Diagnostikern gesehen werden und dem Konflikt „Unterwerfung/Kontrolle“ und ödipal-sexueller Konflikt, die häufiger von männlichen Diagnostikern eingeschätzt werden.

Bei der Einschätzung des zweitwichtigsten Konfliktes ist der signifikanteste Unterschied zwischen den männlichen und weiblichen Diagnostikern das (Rest-)Item „keine Einschätzung möglich“, das häufiger von männlichen Diagnostikern geratet wird. Also sind es eher die weiblichen Diagnostiker, die einen zweiten relevanten neurotischen Konflikt bei ihren Patienten diagnostizieren, während männliche Diagnostiker einen solchen nicht wahrnehmen. Im Gegensatz zum wichtigsten Konflikt sind es nun die männlichen Diagnostiker, die eher den Konflikt „Autonomie/Abhängigkeit“ und die weiblichen Diagnostiker, die „Unterwerfung/Kontrolle“ einschätzen. Der ödipal-sexuelle

Konflikt wird auch als zweitwichtigster Konflikt eher von männlichen Diagnostikern, der Versorgung/Autarkie-Konflikt eher von weiblichen Diagnostikern geratet.

Vergleicht man die unterschiedlichen Einschätzungen der Diagnostikerebene mit der Patientenebene, so ließe sich interpretieren, dass weibliche Diagnostiker eine höhere Sensibilität für die Konflikte, die bei weiblichen Patienten häufiger eingeschätzt werden („Versorgung/Autarkie“, „Autonomie/Abhängigkeit“), haben. Und männliche Diagnostiker scheinen die „typisch männlichen“ Konflikte (ödipal-sexueller Konflikt, „Unterwerfung/Kontrolle“), sowie das für männliche Patienten typischere Item „keine Einschätzung möglich“ eher wahrzunehmen und einzuschätzen.

Es scheint sich auch auf der Konfliktebene ein diagnostischer Spielraum zwischen einer eher weiblichen und einer eher männlichen Perspektive zu ergeben. Interessant ist hier die Frage, ob es die jeweils eigenen geschlechtsstereotypen Annahmen der Diagnostiker sind, die die Einschätzung der Konflikte für die Patientinnen und Patienten prägen bzw. verzerren. Hier würde der entstandene Spielraum als Produkt eines auf eigenen, möglicherweise geschlechtsspezifischen, stereotypen Vorurteilen basierenden gender bias der Diagnostiker zu interpretieren sein. Oder handelt es sich um geschlechtsspezifisch „angelegte“ (bio-psycho-soziale) Wahrnehmungsunterschiede bei den Diagnostikern, die den diagnostischen Spielraum dann weniger als Produkt einer auf Vorurteilen basierenden Verzerrung, sondern eher als Spiegel einer mehrdimensionalen Realität von gender interpretieren ließe. Die Frage hieße also: Produzieren Diagnostiker geschlechtsspezifische Unterschiede aufgrund eigener Annahmen zu den Geschlechterrollen oder nehmen sie geschlechtsspezifische Unterschiede nur ebenfalls geschlechtsspezifisch wahr?

Diese Frage ist leider aus dem Design der Arbeit nicht zu beantworten, soll aber zur weiteren Auseinandersetzung über geschlechtsspezifische Aspekte in der diagnostischen Beurteilung anregen. Sie berührt gleichzeitig auf einer metatheoretischen Ebene den unaufgehobenen Gegensatz von konstruktivistischen und positivistischen Perspektiven auf das Genderthema (Hare-Mustin & Marecek 1988), also der Schwierigkeit, Realität als etwas durch die Beobachtung Geschaffenes oder als neutral Beobachtbares zu verstehen.

Auch an dieser Stelle soll in der Beurteilung und Interpretation noch einmal kritisch auf die geringe Zahl der männlichen (7) und weiblichen (7) Diagnostiker hingewiesen werden. Die Aussagekraft der Ergebnisse relativiert sich somit, da andere, nicht erfasste individuelle Einflussfaktoren der einzelnen Diagnostiker eine wesentliche Rolle spielen könnten. Eine Überprüfung der Ergebnisse mit einem größeren n an Diagnostikern wäre wünschenswert.

6.3 Strukturachse

6.3.1 Patientengeschlecht und Strukturachse

Unter der Perspektive des Patientengeschlechtes zeigen sich auf der Strukturachse nur tendenzielle Unterschiede. Männliche Patienten werden im Vergleich zu weiblichen Patienten für die Items „Selbstwahrnehmung“, „Objektwahrnehmung“ und „Kommunikation“ etwas geringer integriert (höheres Befundniveau) eingeschätzt, die Gesamteinschätzung ist für beide Geschlechter gleich. Männer und Frauen scheinen sich also wie in der Hypothese postuliert in ihrer Ich-Struktur im Wesentlichen gleichermaßen zu entwickeln. Die gefundenen tendenziellen Unterschiede finden eine Entsprechung in den in der Literatur beschriebenen Beobachtungen, dass es Männern schwerer falle, sich und andere in Beziehungen differenziert wahrzunehmen bzw. darüber und über ihre Gefühle zu kommunizieren (Pease & Pease 2000; Shill & Lumley 2002; Stiver 1986; O'Neil 1980).

6.3.2 Diagnostikergeschlecht und Strukturachse

Betrachtet man die Diagnostikerebene, zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Einschätzung der Strukturebene zwischen männlichen und weiblichen Diagnostikern.

Weibliche Diagnostiker schätzen im Vergleich zu männlichen Diagnostikern die Items „Selbstwahrnehmung“, „Abwehr“ und „Kommunikation“ mit einem signifikant höheren Befundniveau ein. Sie scheinen ihre Patienten in diesen strukturellen Fähigkeiten geringer integriert wahrzunehmen als die männlichen Diagnostiker. Umgekehrt ist es für das Item „Bindung“, welches von männlichen Diagnostikern auf signifikant höherem Befundniveau (geringer integriert) eingeschätzt wird als von weiblichen Diagnostikern.

Gleichzeitig fällt das besonders niedrige Befundniveau, also die gute Integration auf, die männliche Diagnostiker ihren Patienten in ihren kommunikativen Fähigkeiten im Vergleich zum Gesamtmittelwert bescheinigen.

Vergleichende Einschätzungen der Diagnostiker zu ihren männlichen und weiblichen Patienten wurden mit den angewendeten statistischen Methoden nicht direkt erfasst, können aber indirekt in der Graphik (Abb. 33, S. 83) abgebildet werden.

Die auf der Patientenebene beschriebene Tendenz, männliche Patienten in den Items „Selbstwahrnehmung“, „Objektwahrnehmung“ und „Kommunikation“ geringer integriert einzuschätzen, wird von beiden Diagnostikergeschlechtern gleichermaßen geteilt, wobei weibliche Diagnostiker einen deutlicheren Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten machen. Männliche und weibliche Diagnostiker scheinen sich jedoch in der Tendenz ihrer Einschätzung einig.

Im Hinblick auf gegenläufige Einschätzungen zwischen männlichen und weiblichen Diagnostikern ergibt sich folgendes Bild.

Für die Items „Selbststeuerung“ und „Abwehr“ zeigen sich einerseits das höhere Befundniveau der weiblichen Diagnostiker und eine sich dazu reziprok addierende Tendenz der männlichen Diagnostiker, männliche Patienten besser integriert einzuschätzen. Es entsteht dadurch eine größere Diskrepanz bei männlichen und weiblichen Diagnostikern in der Einschätzung der männlichen Patienten als in der Einschätzung der weiblichen Patienten, indem männliche Diagnostiker ihre männlichen Patienten besser integriert und weibliche Diagnostiker ihre männlichen Patienten geringer integriert einschätzen.

Umgekehrtes gilt für das Item „Bindung“. Hier addiert sich ein höheres Befundniveau der männlichen Diagnostiker mit einer Tendenz der männlichen Diagnostiker, ihre weiblichen Patienten geringer integriert und einer Tendenz der weiblichen Diagnostiker, ihre weiblichen Patienten im Vergleich zu ihren männlichen besser integriert einzuschätzen. Insgesamt bildet sich eine deutliche Diskrepanz in der Einschätzung der Bindungsfähigkeit weiblicher Patienten durch männliche und weibliche Diagnostiker ab.

Es zeigt sich, dass weibliche Diagnostiker bei den Items „Selbstwahrnehmung“ und „Objektwahrnehmung“ einen tendenziellen Unterschied zwischen ihren männlichen und weiblichen Patienten machen, indem sie ihre männlichen Patienten geringer integriert einschätzen.

Insgesamt zeigen weibliche Diagnostiker über alle Items die Tendenz, wenn diese auch nicht durchgehend signifikant ist, die Struktur ihrer männlichen Patienten im Vergleich zu ihren weiblichen etwas geringer integriert einzuschätzen. Männliche Diagnostiker hingegen zeigen diese einseitige Tendenz nicht.

Entgegen der Befunde von Rudolf (1991), der fand, dass männliche Diagnostiker zu einem „härteren“ bzw. höheren Befundniveau (im PSKB) neigten, sind es in dieser Studie die weiblichen Diagnostiker, die insgesamt ein höheres Befundniveau (geringer integriert) auf der Strukturachse im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen einschätzen. Auch scheinen weibliche Diagnostiker eher dazu geneigt, das eigene Geschlecht günstiger einzuschätzen als das Gegengeschlecht.

Möglicherweise spielt in der Einschätzung Ich-struktureller Fähigkeiten im Gegensatz zum PSKB stärker der Beziehungsschwerpunkt, der in den meisten Items der Ich-Struktur zum Tragen kommt, eine Rolle. Struktur beschreibt im Großen und Ganzen die Funktionen des Ich, mit dem das Selbst die Beziehungen mit sich als Subjekt und mit der Umgebung (als Objekten) reguliert. Auch Rudolf (1991) fand, dass weibliche Untersucher für das Item „Schwierigkeiten in Beziehungen“ im PSKB ein signifikant höheres Befundniveau angaben als für alle anderen Items und im Vergleich zu ihren

männlichen Kollegen. Frauen werden in der Literatur immer wieder beziehungsorientierter und oft problematisierender in Beziehungen beschrieben (Pease & Pease 2000; Bischof-Köhler 2002; Notman & Nadelson 1995; Turkel 2000; Ogrodniczuk et al. 2004).

Es ließe sich daher annehmen, dass dieses Geschlechtsstereotyp im Sinne einer eher „weiblichen“ Wahrnehmung auch in der Strukturdiagnostik weiblicher Diagnostiker zum Tragen kommt, also weibliche Diagnostiker die Struktur (verstanden als Funktion, Beziehungen zu regulieren) kritischer einschätzen als männliche Diagnostiker.

Umgekehrt ließe sich interpretieren, dass bei männlichen Diagnostikern eine vom Beziehungsmoment distanziertere und damit weniger kritische Haltung in ihrer Einschätzung der Struktur eine Rolle spielen könnte.

Auch scheinen weibliche Diagnostiker in ihrer „kritischeren Wahrnehmung“ der Struktur männliche Patienten noch etwas kritischer einzuschätzen als die weiblichen. Es lässt sich nicht differenzieren, inwieweit angesichts einer kritischeren Grundeinstellung der weiblichen Diagnostiker auch geschlechtsstereotype Annahmen über Männer und Frauen eher zum Tragen kommen und zu unflexibleren, verzerrten Einschätzungen führen, gepaart mit der Neigung, das eigene Geschlecht positiver darzustellen, oder ob sich auf einem kritischeren Niveau der weiblichen Diagnostiker reale geschlechtsspezifische Unterschiede von männlichen und weiblichen Patienten eher wahrnehmen lassen. Das heißt, es lässt sich nicht differenzieren, ob die Wahrnehmung von weiblichen Diagnostikern eine systematische Verzerrung (gender bias) beinhaltet, oder ob es sich bei den gefundenen Unterschieden um reale Unterschiede zwischen Männern und Frauen handelt, die von männlichen Diagnostikern nicht wahrgenommen werden.

Das Item „Bindung“ fällt in seiner Einschätzung durch männliche und weibliche Diagnostiker aus der Reihe. Es sind die männlichen Diagnostiker, die ihre Patienten signifikant geringer integriert, und die weiblichen Diagnostiker die ihre Patienten in ihrer Bindungsfähigkeit besser integriert einschätzen. Bindung beinhaltet insbesondere Fähigkeiten zur Nähe und Distanzregulierung der inneren Repräsentanz der wichtigen anderen, zur Gestaltung der Intensität und der Bezogenheit auf den anderen. Eine Interpretationsmöglichkeit wäre, dass männliche Diagnostiker, die in der therapeutischen Beziehung größeren Wert auf eine distanziertere, neutralere Haltung legen (Sellschopp et al. 1998), die in der Gegenübertragung wahrgenommenen Nähewünsche der Patienten als „bedrohlicher“ erleben und im Dienste einer distanzierenden Abwehr die Regulierungsfähigkeiten ihrer Patienten kritischer beurteilen. Weibliche Diagnostiker scheinen, wie in der Literatur beschrieben, eine weniger sich distanzierende Haltung ihren Patienten gegenüber einzunehmen, wenn es um die Beurteilung der Bindungsfähigkeit geht. So halten weibliche Therapeuten die therapeutische Beziehung oft für tragfähiger als ihre männlichen Kollegen und trauen den Patienten zu, sich in der Beziehung zu regulieren (Rudolf 1991, Delius et al. 1994). Möglicherweise nehmen sie Aspekte von geringerer Integration, z.B. größere Gebundenheit und Angewiesenheit

der Patienten an Objekte, also auch an die Diagnostiker selbst, für ihre eigenen Autonomiebestrebungen als weniger bedrohlich wahr als ihre männlichen Kollegen.

Ohne die Hintergründe genau analysieren und verifizieren zu können, kann jedoch angenommen werden, dass der Unterschied in der Beurteilung des Items „Bindung“ Ausdruck einer eher männlichen bzw. eher weiblichen Erlebensweise der Diagnostiker sein könnte.

Eine weitere zu diskutierende Einflussmöglichkeit ist mit der Frage verknüpft, ob die strukturellen Fähigkeiten von Patienten sich unter den unterschiedlichen Untersuchungsbedingungen der gleich- und gegengeschlechtlichen Dyaden anders entfalten. Es wird von Rudolf (1991) beschrieben, dass die gleichgeschlechtliche Dyade in der Initialphase - und die diagnostischen Interviews stellen eine solche Initialphase dar - von Patienten und Therapeuten als hilfreicher und störungsfreier wahrgenommen wird. Weibliche Patienten könnten sich beispielsweise im Kontakt mit weiblichen Diagnostikern selbstverständlicher öffnen, sodass auch die strukturellen Fähigkeiten facettenreicher zum Ausdruck kämen als die männlicher Patienten im Kontakt mit weiblichen Diagnostikern. Umgekehrt könnten männliche Patienten sich dem männlichen Diagnostiker gegenüber freier entfalten und darstellen, während weibliche Patienten in der Dyade mit männlichen Diagnostikern verhaltener in der Darstellung ihrer strukturellen Fähigkeiten blieben. Dies kann allerdings nur unter der hypothetischen Annahme gelten, dass die Ich-Struktur oder deren Darstellung so flexibel ist, dass auch die äußere Situation sich bis zu einem gewissen Grade positiv oder negativ auf ihre Entfaltung auswirken kann, d.h. die Ich-Struktur sich nicht in jeder Situation gleich darstellt und beurteilen lässt. Diese Annahme speist sich an dieser Stelle aus klinischen Beobachtungen, in denen Patienten oft erst im Laufe mehrerer Gespräche einen facettenreicheren Eindruck ihrer Stärken und Schwächen der Ich-Fähigkeiten entstehen lassen. Manche Patienten, die im anfänglichen Kontakt „gut strukturiert“ wirkten, hinterlassen später ein strukturell „schlechteres“ Bild und umgekehrt.

Angesichts dieser Beobachtung würde es plausibel erscheinen, dass eine „störungsfreier“ erlebte initiale Beziehung mit einem Diagnostiker des eigenen Geschlechts oder eine störungsreichere mit dem Gegengeschlecht sich auch auf die diagnostische Beurteilung der Struktur auswirken kann.

7 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede in den mittels Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik (OPD) erhobenen Befunden der Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“ hin. Sowohl das Geschlecht der Patienten als auch das Geschlecht der Diagnostiker sowie mögliche Interaktionen wurden in die Untersuchung einbezogen. Die gefundenen Unterschiede und ihre Diskussion ergeben ein komplexes, zunächst vielfältig interpretierbares Bild der Genderthematik im Zusammenhang mit diagnostischen Beurteilungen in der OPD. Auf den Achsen „Beziehung“ und „Konflikt“ bildet sich „typisch Männliches“ und „typisch Weibliches“ in den Befunden der Patienten ab, während die Patienten auf der Strukturachse keine wesentlichen Geschlechtsunterschiede zeigen. Zusammenhänge zwischen geschlechtsstereotypem Beziehungsverhalten und dysfunktionellen Beziehungsmustern wurden gefunden und die diagnostische Einschätzung von Dysfunktionalität und Möglichkeiten diagnostischer Verzerrungen zur Diskussion gestellt.

Männliche und weibliche Diagnostiker stimmen in ihren Einschätzungen der drei Achsen größtenteils überein. Dennoch zeigen sich auch hier signifikante Unterschiede, die sich als etwas „typisch Männliches“ und etwas „typisch Weibliches“ im diagnostischen Blick auf das „In-Beziehung-Sein“, wie es die OPD beurteilt, interpretieren lassen. Dieser unterschiedliche Blick wird als diagnostischer Spielraum modellhaft abgebildet.

Als prägnanter Zusammenhang zum Geschlecht lässt sich das Beziehungsmoment, das „In-Beziehung-Sein“ sowohl auf Patientenseite als auch auf Diagnostikerseite interpretieren. Da die OPD mit den drei untersuchten Achsen als ein Instrument der Beziehungsdagnostik auf verschiedenen Ebenen verstanden werden kann, kommt hier möglicherweise die Unterschiedlichkeit der Geschlechter in ihrem Leben und Erleben von Beziehung in besonderer Weise zum Tragen. Auf allen drei Achsen der OPD wurden bei überwiegender Übereinstimmung in der diagnostischen Beurteilung signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede gefunden.

Einerseits werden geschlechtsspezifischen Unterschieden des „In-Beziehung-Seins“ von Männern und Frauen, wie sie in der Literatur im Sinne von Geschlechtsstereotypen beschrieben werden, diskutiert. Andererseits lassen die Ergebnisse vermuten, dass auch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede auf der Ebene der diagnostischen Wahrnehmung und Beurteilung des „In-Beziehung-Seins“, sowie des „In-Beziehung-Gehens“ durch die Diagnostiker und der Beziehungsinteraktion in der Patient-Diagnostikerdyade von Bedeutung für den diagnostischen Prozess sind.

Darüber hinaus ergibt sich als eine weitere Anregung in der Auseinandersetzung mit der Geschlechterthematik in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik die Frage nach dem diagnostischen Instrument selbst. Auf dem Boden des sich in den Ergebnissen andeutenden oder zumindest vermuteten „diagnostischen Spielraums“ zwischen der Einschätzung männlicher und weiblicher Diagnostiker, also des „kleinen

Unterschiedes“ in der Wahrnehmung oder Beurteilung von Beziehungsaspekten, wird die „Geschlechtsneutralität“ und Orientierung an einem „Goldstandard“ der OPD zur Diskussion gestellt. Sind die Übereinstimmungen, die in der diagnostischen Einschätzung zweifelsohne überwiegen und die Reliabilität des Instrumentes unterstreichen, ausreichend, um über den „kleinen Unterschied“ hinwegzugehen? Oder bedarf es einer Überprüfung sowohl der diagnostischen Beurteilung und Interpretation geschlechtsspezifischer Unterschiede auf Patientenseite als auch der unterschiedlichen Einschätzungen von männlichen und weiblichen Diagnostikern? Kann Beziehungsdagnostik ein geschlechtsneutrales Unterfangen sein? Berücksichtigt die OPD in hinreichendem Maße geschlechtsspezifische Aspekte? Ist eine geschlechtersensible OPD hilfreich und wie könnte diese aussehen?

In diesem Zusammenhang soll zum Schluss auch die Frage angeregt werden, welchen Einfluss in der Erarbeitung eines diagnostischen Standards der OPD, der den diagnostischen Rahmen und damit die Enge oder Weite des diagnostischen Spielraums festlegt, das Geschlecht der Mitglieder des Arbeitskreises OPD hatte und weiterhin hat. Sähen die Standardisierungen eines weiblich geprägten Arbeitskreises anders aus als die in der ersten Auflage (Arbeitskreis OPD 1996) von überwiegend männlichen Mitgliedern (20 m : 5 w) geprägten?

Insgesamt hat mit dieser Arbeit erstmals eine Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Aspekten in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) stattgefunden. Und auch wenn unter der Genderperspektive zunächst ein schwer überschaubares, komplexes Bild entsteht, das mehr Fragen als Antworten aufwirft, erscheint es angesichts der Ergebnisse der Arbeit lohnenswert, diese Perspektive weiter zu untersuchen, um sie zukünftig in den diagnostischen Prozess mit einzubeziehen und dadurch der Komplexität von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern und ihrer Interpretation gerechter zu werden.

8 Literaturverzeichnis

- 1 Abramowitz et al. (1976)
Sex bias in psychotherapy - a failure to confirm
Am J Psychiatry 133: 706-709
- 2 Adler DA, Drake RE, Teague GB (1990)
Clinicians' Practices in Personality Assessment: Does Gender Influence the Use of DSM-III Axis II?
Comprehensive Psychiatry 31 (2): 125-133
- 3 Ahlers C (1999)
Geschlechterdiskurse in therapeutischen Beziehungen
Z System Ther 17 (4): 208-222
- 4 Alfermann D (1996)
Geschlechtsrollen und geschlechtstypisches Verhalten
Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- 5 Anderson KG, Sankis LM, Widiger TA (2001)
Pathology versus statistical infrequency: Potential sources of gender bias in personality disorder criteria
J Nerv Ment Dis 189: 661-668
- 6 Arbeitskreis OPD (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
Grundlagen und Manual, 1. Auflage, Bern: Huber
- 7 Arbeitskreis OPD (1998)
Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
Grundlagen und Manual; 2. korr. Auflage, Bern: Huber
- 8 Arnold E, Vogt I, Sonntag U (2000)
Umgang mit sexueller Attraktivität und Berichten über sexuelle Kontakte in psychotherapeutischen Beziehungen
Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 48 (1): 18-35
- 9 Barbieri NB (1999)
Psychoanalytic Contributions to the Study of Gender Issues
Can J Psychiatry 44: 72-76
- 10 Baron-Cohen S (2003)
Vom ersten Tag an anders
Das weibliche und das männliche Gehirn, Düsseldorf, Zürich: Walter
- 11 Baumeister RF (1988)
Should we stop studying sex differences altogether?
American Psychologist 43: 1092-1095
- 12 Bem SL (1974)
The measurement of psychological androgyny
J Consulting and Clinical Psychology 42: 155-162

- 13 Benjamin LS (1974)
Structural analysis of social behavior
Psychological Rev 81: 392-425
- 14 Berth H, Krause C, Wittig D, Frommer J (2003)
Angst und Depressivität im Erstgespräch bei ost- und westdeutschen Psychotherapiepatienten
Z Psychosom Med Psychother 49 (2): 139-150
- 15 Beutler LE, Crago M, Arizmendi TG (1986)
Therapist variables in psychotherapy process and outcome
In SL Garfield, AE Bergin (Eds.) Handbook of Psychotherapy and behaviour change; 3rd Ed. New York: Wiley: 257-310
- 16 Bierhoff-Alfermann D (1989)
Androgynie. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechterrollen
Opladen: Westdt. Verlag
- 17 Billingsley D (1977)
Sex Bias in Psychotherapy: An Examination of the Effects of Client Sex, Client Pathology and Therapist Sex on Treatment Planning
J Consulting and Clinical Psychology 45 (2): 250-256
- 18 Bischof-Köhler D (2002)
Von Natur aus anders
Die Psychologie der Geschlechterunterschiede, Stuttgart: Kohlhammer
- 19 Bleier R (1991)
Gender ideology and the brain: sex differences research
Women and men: New perspectives on gender differences
In MT Notman, CC Nadelson (Eds.), Washington DC, London: American Psychiatric Press: 63-73
- 20 Böhm N (1987)
Frauen – Das kranke Geschlecht?
Weibliche Beziehungsmuster, Psychologie und Therapie von Frauen
Rommelspacher B (Hrsg.), Campus: 71-101
- 21 Born P (1992)
Geschlechtsrolle und diagnostisches Urteil
Opladen: Deutscher Universitätsverlag
- 22 Briscoe ME, Vazquez-Barquero JL, Williams P, Diez-Manrique JF, Pena C (1989)
Sex Differences in the differentiation of Psychiatric Symptomatology
Journal of British Psychiatry 154: 364-367
- 23 Broverman IK, Broverman DM, Clarkson F, Rosenkrantz PS, Vogel S (1970)
Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health
J Consulting and Clinical Psychology 34 (1): 1-7

-
- 24 Brown LS (1986)
Gender-role analysis: a neglected component of psychological assessment
Psychotherapy; American Psychological Association 23 (2): 243-248
 - 25 Buss DM (1995)
Psychological sex differences
American Psychologist 50: 164-168
 - 26 Buss DM (2001)
Cognitive biases and emotional wisdom in the evolution of conflict between the sexes
Current Directions in Psychological Science 10 (6): 219-223
 - 27 Buss DM (2002)
Do men and women differ psychologically?
Interview in "The World Question Center 2002"
 - 28 Butler J (1991)
Das Unbehagen der Geschlechter
Frankfurt: Suhrkamp
 - 29 Chodorow N (1978)
The Reproduction of Mothering
Berkeley: University of California Press
 - 30 Cierpka M, (2000)
Neues zur Achse Beziehung
In W Schneider u. HJ Freyberger (Hrsg.), Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, Bern: Huber: 60-61
 - 31 Cierpka M, Grande T, Stasch M, Oberbracht C, Schneider W, Schüssler G, Heuft G, Dahlbender R, Schauenburg H, Schneider G (2001)
Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)
Psychotherapeut 46: 122-133
 - 32 Clower VL (1991)
The acquisition of mature femininity
Women and men: New perspectives on gender differences
In MT Notman, CC Nadelson (Eds.), Washington DC, London: American Psychiatric Press: 75-88
 - 33 Condrau G (1975)
Die Stellung der Frau heute- in psychoanalytischer Sicht
Archiv Schweizer Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 117 (1): 25-34.
 - 34 Davies-Osterkamp S (1994)
Geschlecht als Variable der Forschung in Psychotherapie, Psychosomatik und medizinischer Psychologie
PPmP Psychother Psychosom med Psychol 44: 293-298

- 35 Delius P, Arentewicz G, Schürmann A, Arolt V (1994)
Weibliche Einfühlung versus männliche Härte? Therapieempfehlungen von männlichen und weiblichen Medizinerinnen bei Suizidpatienten
Psycho 20 (7/8): 352-356
- 36 Eagly AH (1990)
On the Advantage of Reporting Sex Comparisons
American Psychologist 45 (3): 560-562
- 37 Eagly AH (1995)
The Science and Politics of Comparing Women and Men
American Psychologist 50 (3): 145-158
- 38 Eagly AH (1995)
Reflections on the Commenter's views
American Psychologist 50 (3): 169-171
- 39 Eagly AH, Wood W (1999)
The Origins of Sex Differences in Human Behavior
American Psychologist 54 (6): 408-423
- 40 Feingold A (1994)
Gender Differences in Personality: A Meta-Analysis
Psychological Bulletin 116 (3): 429-456
- 41 Franz M, Dahlbender RW, Gündel H, Hake K, Klauer T, Schmitz N, Kessler-Scheeler S, Siol T, Schneider W (2000)
Ergebnisse der Multizenterstudie zur OPD-Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsmotivation) im Konsildienst
In W Schneider, HJ Freyberger (Hrsg.), Was leistet die OPD?, Bern: Huber: 162-178
- 42 Freyberger HJ, Schneider W, Heuft G, Schauenburg H, Seidler GH (1998)
Zu Anwendbarkeit, Praktikabilität, Reliabilität und zukünftigen Forschungsfragen der OPD
In H Schauenburg, HJ Freyberger, M Cierpka, P Buchheim (Hrsg), OPD in der Praxis: Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, Bern: Huber: 105-119
- 43 Garb HN (1997)
Race Bias, Social Class Bias and Gender Bias in Clinical Judgement
Clin Psychol Sci Prac 4: 99-120
- 44 Garfield SL, Affleck DC (1959)
An appraisal of duration of stay in outpatient psychotherapy
J Nerv Ment Dis 129: 492-498
- 45 Gehart DR, Lyle RR (2001)
Client Experience of Gender in Therapeutic Relationships: An Interpretive Ethnography
Family Process 40 (4): 443-458

-
- 46 Geis FL (1993)
Self-fulfilling prophecies: A social psychological view of gender
In AE Beall, RJ Sternberg (Eds.), *The Psychology of gender*, New York Guildford Press: 9-54
- 47 Gerst T (2002)
Frauen sind anders krank als Männer
Dt Ärztebl 99 (28-29): B1644
- 48 Gilbert LA (1999)
Reproducing gender in counseling and psychotherapy: Understanding the problem and changing the practice
Applied and Preventive Psychology 8:119-127
- 49 Gilligan C (1982)
In a different voice: psychological theory and women's development
Cambridge, MA: Harvard University Press
- 50 Ginger S (2003)
Female brains vs. male brains
International Journal of Psychotherapy 8 (2):139-145
- 51 Glaesmer H, Deter HC (2002)
Geschlechtsspezifische Aspekte der ärztlichen Tätigkeit
Psychother Psych Med 52: 386-391
- 52 Godfroid IO (1999)
Sex differences relating to psychiatric treatment
Can J Psychiatry 44 (4): 362-367
- 53 Goldberg S, Lewis M (1975)
Play behaviour in the year-old infant: Early sex differences
In U Bronfenbrenner, MA Mahoney (Eds.), *Influences on human development*, Hinsdale: Drydan Press
Zitiert in Bischof-Köhler D (2002), *Von Natur aus anders*: 81
- 54 Gove WR, Hughes M, Styles C (1983)
Does marriage have positive effects on psychological well-being of the individual?
J Health Soc Behav 24: 122-131
- 55 Grande T, Wilke S, Nübling R (1992)
Symptomschilderungen und initiale Beziehungsangebote von weiblichen und männlichen Patienten in psychoanalytischen Erstinterviews
Zsch psychosom Med 38: 31-48
- 56 Grande T, Oberbracht C, Rudolf G (1998a)
Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“
In H Schauenburg, HJ Freyberger, M Cierpka, P Buchheim (Hrsg), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Bern: Huber: 121-138

-
- 57 Grande T, Rudolf G, Oberbracht C (1998b)
Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) -
Forschungsergebnisse zum Konzept und zur klinischen Anwendung
Persönlichkeitsstörungen 2: 173-182
- 58 Griffith MS (1976)
The effects of race, and sex of client and therapist on the duration of stay in out-
patient psychotherapy (abstract) Dissertation Abstract International 36:4157
In CC Nadelson, MT Notman (1991)
The Impact of the New Psychology of Men and Women on Psychotherapy
A Tasman, SM Goldfinger (Eds), American Psychiatric Press review of Psychiatry,
Vol. 10, Washington, DC, US: American Psychiatric Association: 608-626
- 59 Gross A, Steins G (1998)
Geschlechtsspezifische Auswirkungen von empathischem vs. kritischem Kommu-
nikationsstil auf die Befindlichkeit in einem therapeutischen Erstgespräch
Zeitschrift für Klinische Psychologie 27 (4): 262-270
- 60 Haan N, Livson N (1973)
Sex differences in the eyes of expert personality assessors: blind spots?
Journal of Personality Assessment 37: 486-492
- 61 Hanser H, (2003)
Keine reine Erziehungssache
Gehirn & Geist 5: 50-56
- 62 Hare-Mustin RT, Marecek J (1986)
Autonomy and gender: some questions for therapists
Psychotherapy; American Psychological Association 23 (2): 205-212
- 63 Hare-Mustin RT, Marecek J (1988)
The meaning of Difference; Gender Theory, Postmodernism and Psychology
American Psychologist 43: 455-464
- 64 Hartung CM, Widiger TA (1998)
Gender Differences in the Diagnosis of Mental Disorders: Conclusions and Con-
troversies of the DSM-IV
Psychological Bulletin 123 (3): 260-278
- 65 Haviland JM, Malatesta CZ (1981)
Fallacies, Facts and Fantasies: A description of the development of sex differ-
ences in nonverbal signals
In C Mayo, N Henley (Eds.), Gender and nonverbal behaviour; New York Spring
Zitiert in Bischof-Köhler D (2002), Von Natur aus anders: 98-102
- 66 Heatherington L, Mazzarella S, Stets J (1986)
Whither the bias: The female client's "edge" in psychotherapy?
Psychotherapy; American Psychological Association 23 (2): 252-256

-
- 67 Hessel A, Geyer M, Brähler E (2000)
Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen
Zsch psychosom Med 46: 226-241
- 68 Heuft G, Hoffman SO, Schüßler G (2000)
Konfliktachse in der OPD: Erfahrungen und weitere Entwicklungen
In W Schneider, HJ Freyberger (Hrsg.), Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, Bern: Huber: 62-73
- 69 Howard KI, Orlinsky DE (1979)
What effect does therapist gender have on outcome for women in psychotherapy?
Presented at American Psychological Association, New York 1979; ref. in Kaplan G (1985), Female or male therapists for women patients: New formulations, Psychiatry 48: 111-121
- 70 Hyde JS, Plant EA (1995)
Magnitude of psychological gender differences
American Psychologist 50 (3): 159-161
- 71 Ipsaro AJ (1986)
Male client - male therapist: Issue in a therapeutic alliance
Psychotherapy; American Psychological Association 23 (2): 257-266
- 72 Jones EE, Zoppel CL (1982)
Impact of Client and Therapist Gender on Psychotherapy Process and Outcome
J Consulting and Clinical Psychology 50: 259-272
- 73 Jones EE, Krupnick JL, Kerig PA (1987)
Some gender effects in a brief psychotherapy
Psychotherapy 24: 337-352
- 74 Kämmerer A (2001)
Weibliches Geschlecht und psychische Störungen
In A Franke, A Kämmerer (Hrsg.), Klinische Psychologie der Frau, Göttingen: Hogrefe: 50-83
- 75 Kalin R, Hodgins DC (1984)
Sex bias judgements of occupational suitability
Canad J Behav Sci/Rev Canad Sci Comp 16: 311-325
- 76 Kaplan AG (1979)
Toward an Analysis of Sex-Role Related Issues in the Therapeutic Relationship
Psychiatry 42: 112-120
- 77 Kaplan AG (1985)
Female or male therapists for women patients: New formulations
Psychiatry 48: 111-121

-
- 78 Kaplan AG (1987)
Reflections on gender and psychotherapy
Women and Therapy 6: 11-24
- 79 Kaplan M (1983a)
A Woman's View of DSM-III
American Psychologist 38: 786-792
- 80 Kaplan M (1983b)
The Issue of Sex Bias in DSM-III
American Psychologist 38: 802-803
- 81 Kaplan M, Free N (1995)
Psychiatrists' and non-Physician Psychotherapists' beliefs about gender-appropriate behavior: a comparison
Am J Psychother 49 (1): 59-68
- 82 Kass F, Spitzer RL, Williams JBW (1983)
An Empirical Study of the Issue of Sex Bias in the Diagnostic Criteria of DSM-III
Axis II Personality Disorders
American Psychologist 38: 799-801
- 83 Kirshner LA (1978)
Effects of Gender on Psychotherapy
Comprehensive Psychiatry 19 (1): 79-82
- 84 Kirshner LA, Johnston L (1983)
Effects of Gender on Inpatient Psychiatric Hospitalization
The Journal of Nervous and Mental Disease 171 (11): 651-657
- 85 Klöß-Rotmann L (1992)
Geschlechtstypische Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene
Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 37: 113-123
- 86 Klotz T (1998)
Männergesundheit und Lebenserwartung: Der frühe Tod des starken Geschlechts
Dt Ärztebl 95 (9): A-460-464
- 87 Konzag A, Kruse J, Bandemer-Greulich U, Fikentscher E, Tress W (2000)
Geschlechtsspezifische Unterschiede von Psychotherapiepatienten im Ost-West-Vergleich
In B Strauß, M Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Zeiten der Veränderung, Opladen: Westdeutscher Verlag: 462-475
- 88 Krause-Girth C (2002)
The position of women in psychotherapy
International Journal of Psychotherapy 7 (1): 99-103
- 89 Kreische R (1996)
Frauen und Männer mit neurotischen Partnerkonflikten: Untersuchungen mit dem Gießen-Test
PPmP Psychother Psychosom med Psychol 46: 340-349

-
- 90 Laqueur T (1996)
Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud
München:dtv
- 91 Lemkau JP, Landau C (1986)
The „selfless syndrome“: assessment and treatment considerations
Psychotherapy; American Psychological Association 23 (2): 227-233
- 92 Mahalik JR (2000)
Gender role conflict in men as a predictor of self-ratings of behaviour on the inter-personal circle
Journal of Social and Clinical Psychology 19 (2): 276-292
- 93 Marecek J (1995)
Gender, Politics and Psychology's ways of knowing
American Psychologist 50 (3): 162-163
- 94 Maschewski-Schneider U, Greiser E, Helmert U (1988)
Sind Frauen gesünder als Männer? Zur gesundheitlichen Lage der Frau in der Bundesrepublik Deutschland
Soz Präventivmed 33: 173-180
- 95 McEwen BS (1991)
Sex differences in the brain: what they are and how they arise
In MT Notman, CC Nadelson (Eds.), Women and men: New perspectives on gender differences, Washington DC, London: American Psychiatric Press: 35-41
- 96 Mertens, W (1991)
Kapitel 19: Geschlecht des Analytikers
Einführung in die psychoanalytische Therapie; Band 3, 2. Auflage: 140-160
- 97 Meyer JW, Sobieszek BJ (1972)
The effect of a child's sex on adult interpretations of it's behaviour
Developmental Psychology 6: 42-48
- 98 Miller JB (1976)
Toward a New Psychology of Women
Boston: Beacon Press
- 99 Möller-Leimkühler AM (2000)
Männer und Depression: geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten
Fortschr Neurol Psychiat 68: 489-495
- 100 Moerman CJ, Mens-Verhulst J Van (2004)
Gender-sensitive epidemiological research: suggestion for a gender-sensitive approach towards problem definition, data-collection and analysis in epidemiological research
Psychology, Health & Medicine 9 (1): 41-52

-
- 101 Mogul KM (1982)
Overview: The sex of the therapist
Am J Psychiatry 139 (1): 1-11
- 102 Morey LC, Warner MB, Boggs CD (2002)
Gender bias in the personality disorders criteria: an investigation of five bias indicators
Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment 24 (1): 55-65
- 103 Nadelson CC, Notman MT (1991)
The Impact of the New Psychology of Men and Women on Psychotherapy
In A Tasman, SM Goldfinger (Eds.), American Psychiatric Press review of Psychiatry, Vol. 10, Washington, DC, US: American Psychiatric Association: 608-626
- 104 Nitzgen D, Brünger M (2000)
Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbruck: Einsatz und Befunde
In W Schneider, HJ Freyberger (Hrsg.), Was leistet die OPD?, Bern: Huber: 238-252
- 105 Nolen-Hoeksema S (1995)
Epidemiology and Theories of Gender differences in unipolar Depression
In MV Seeman (Ed.), Gender and Psychopathology, American Psychiatric Press, Inc: 63-87
- 106 Notman MT (1991)
Gender development
In MT Notman, CC Nadelson (Eds.), Women and men: New perspectives on gender differences, Washington DC, London: American Psychiatric Press: 117-127
- 107 Notman MT, Nadelson CC (1991)
A review of gender differences in brain and behaviour
In MT Notman, CC Nadelson (Eds.), Women and men: New perspectives on gender differences, Washington DC, London: American Psychiatric Press: 23-34
- 108 Notman MT, Nadelson CC (1995)
Gender development and psychopathology: A revised psychodynamic view
In MV Seeman (Ed.), Gender and Psychopathology, American Psychiatric Press, Inc: 1-16
- 109 Notman MT, Nadelson CC (2004)
Gender in the Consulting Room
Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 32(1): 193-200
- 110 Nuckolls CW (1997)
Allocating value to gender in official American psychiatry, part II: psychiatric training and practice
Anthropology & Medicine 4 (3): 245-271

-
- 111 Nunner-Winkler, G (1995)
Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik
München: dtv
- 112 Ogradniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, McCallum M (2001)
Effect of Patient Gender on Outcome in Two Forms of Short- Term Individual Psychotherapy
J Psychother Pract Res 10: 69-78
- 113 Ogradniczuk JS, Staats H (2002)
Psychotherapie und Geschlechtszugehörigkeit: Brauchen Männer und Frauen unterschiedliche Behandlungen?
Z Psychosom Med Psychother 48: 270-285
- 114 Ogradniczuk JS, Piper WE, Joyce AS (2004)
Differences in Men's and Women's Responses To Short-Term Group Psychotherapy
Psychotherapy Research 14 (2): 231-243
- 115 O'Neil J (1980)
Male sex role conflicts, sexism and masculinity: Psychological implications for men, women and the counseling psychologist
The Counseling Psychologist 9: 61-80
- 116 Orlinky DE, Willutzki U, Meyerberg J, Cierpka M, Buchheim P, Ambühl H (1996)
Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen?
PPmP Psychother Psychosom med Psychol 46: 102-110
- 117 Pease A, Pease B (2002)
Warum Männer nicht zuhören und Frauen schlecht einparken
München: Ullstein-Verlag
- 118 Riecher-Rössler A (2000)
Psychische Erkrankungen bei Frauen- einige Argumente für eine geschlechter-sensible Psychiatrie und Psychotherapie
Zsch psychosom Med 46: 129-139
- 119 Rosenkrantz P, Vogel S, Bee H, Broverman I, Broverman DM (1968)
Sex-role stereotypes and self-concepts in college students
J Consulting and Clinical Psychology, 32: 287-295
- 120 Rothblum ED (1988)
More on Reporting Sex Differences
American Psychologist 43: 1095
- 121 Rudolf G, Stratmann H (1989)
Psychogene Störungen bei Männern und Frauen
Zsch psychosom Med 35: 201-219

-
- 122 Rudolf G (1991)
Geschlechtszugehörigkeit von Patienten und Therapeuten
Die therapeutische Arbeitsbeziehung; Untersuchungen zum Zustandekommen,
Verlauf, Ergebnis analytischer Psychotherapie: 238-254
- 123 Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen T (1996)
Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die
Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)
Zsch psychosom Med 42: 343-357
- 124 Rudolf G, Motzkau H (1997)
Die Auswirkungen von biographischen Belastungen auf die Gesundheit von er-
wachsenen Frauen und Männern
Zsch psychosom Med 43: 349-368
- 125 Rudolf G, Schneider W (2000)
Entscheidungsprozesse bei der OPD-Diagnostik: Ergebnisse einer Umfrage
In W Schneider, HJ Freyberger (Hrsg.), Was leistet die OPD?, Bern: Huber: 137-
147
- 126 Russo NF (1991)
Reconstructing the psychology of women: An overview
In MD Notman, CC Nadelson (Eds.), Women and men: New perspectives on gen-
der differences, Washington DC, London: American Psychiatric Press: 43-61
- 127 Sachs G, Amering M, Berger P, Katschnig H (2002)
Gender related disabilities in panic disorder
Arch Womens Ment Health 4: 121-127
- 128 Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlson J, Broberg J, Schubert J (2001)
Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalyse und Langzeitpsychothe-
rapie
Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojek-
tes; Psyche 3: 277-310
- 129 Schadeberg C, Bandemer-Greulich U, Konzag TA (2000)
Geschlechtsspezifische Unterschiede im Therapieverlauf und Therapieerfolg bei
stationärer Psychotherapie
In B Strauß, M Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Zeiten der Veränderung, Opla-
den: Westdeutscher Verlag: 487-500
- 130 Schauenburg H (2000)
Zum Verhältnis von Beziehungsdiagnostik und psychodynamischer Diagnostik
In W Schneider, HJ Freyberger (Hrsg.), Was leistet die OPD?, Bern: Huber: 196-
217
- 131 Schlesinger-Kipp G (1990)
Müssen geschlechtsspezifische Aspekte in der Psychotherapie des mittleren Er-
wachsenenalters zukünftig mehr berücksichtigt werden?
In G Heuft, M Teising (Hrsg.), Alterspsychotherapie - Quo vadis: 83-89

- 132 Schneider G, Lange C, Heuft G (2002)
Operationalized Psychodynamic Diagnostics and Differential Therapy Indication in Routine Diagnostics at a Psychosomatic Outpatient Department
Psychotherapy Research 12 (2): 159-178
- 133 Schwank I (1990)
Untersuchung algorithmischer Denkprozesse von Mädchen; Abschlußbericht Band 1; Osnabrück; Forschungsbericht für Mathematikdidaktik
Zitiert in Bischof-Köhler D (2002), Von Natur aus anders: 256-259
- 134 Schweizer CHARTA für Psychotherapie, Fortbildungsausschuss (Hg.) (2002)
Mann oder Frau?
Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Interaktion?
edition diskord, Tübingen
- 135 Sellschopp A, Buchheim P, Schors R (1998)
Das Weibliche und das Männliche in der Psychotherapie
Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 43: 11-17
- 136 Sellschopp A (2000)
Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme auf Grund entwicklungspsychologischer Differenzen der Geschlechter
In B Strauß, M Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Zeiten der Veränderung, Opladen: Westdeutscher Verlag: 476-486
- 137 Sherman JA (1980)
Therapist attitudes and sex-role stereotyping
In AM Brodsky, RT Hare-Mustin (Eds.), Women and psychotherapy: an assessment of research and practice, New York: Guildford: 35-66
- 138 Shill MA, Lumley MA (2002)
The Psychological Mindedness Scale: factor structure, convergent validity and gender in a non-psychiatric sample
Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 75: 131-150
- 139 Snow ME, Jacklin CN, Maccoby EE (1983)
Sex-of-Child differences in father-child interactions at one year of age
Child Development 49: 227-232
- 140 Spiro ME (1979)
Gender and Culture: Kibbutz women revisited; Durham: Duke University Press
Zitiert in Bischof-Köhler D (2002) Von Natur aus anders: 85
- 141 Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger HJ (2002a)
Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Zusammenhänge mit soziodemographischen, klinischen und psychopathologischen Merkmalen sowie kategorialen Diagnosen
Psychother Psych Med 52: 392-397

-
- 142 Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger H.J. (2002b)
Zur Konstruktvalidität der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)
Zsch psychosom Med 48 (3): 299-312
- 143 Sprock J, Roger K, Smith B (1990)
Gender Weighting of DSM-III-R Personality Disorder Criteria
Am J Psychiatry 147 (5): 586-590
- 144 Staats H, May M, Herrmann C, Kersting A, König, K (1998)
Different Patterns of Change in Narratives of Men and Women during analytical Group Psychotherapy
International Journal of Group Psychotherapy 48 (3): 363-380
- 145 Stasch M, Kraul A, Schmal H, Benninghoven M, Cierpka M, Hillenbrand E (2000)
Die empirische Überprüfung der Reinszenierungshypothese in der stationären Psychotherapie
In W Schneider, HJ Freyberger (Hrsg.), Was leistet die OPD?, Bern: Huber: 179-195
- 146 Stiver IP (1986)
The meaning of care: reframing treatment models for women
Psychotherapy; American Psychological Association 23 (2): 221-226
- 147 Stotland NL (1999)
Gender: What's the Difference?
Am J Psychiatry 156 (6): 813-814
- 148 Stratkötter A, Tölle M (1994)
Qualitative Analyse zur Bedeutung des Geschlechts in der psychotherapeutischen Arbeit
In H Faller, J Frommer (Hrsg.), Qualitative Psychotherapieforschung, Heidelberg: Asanger: 128-145
- 149 Strauß B, Hüttmann B, Schulz N (1997)
Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik
PPmP Psychother Psychosom med Psychol 47: 58-63
- 150 Tracey TJG, Schneider PL (1995)
An Evaluation of the Circular Structure of the Checklist of Interpersonal Transactions and the Checklist of Psychotherapy Transactions
Journal of Counseling Psychology 42 (4): 496-507
- 151 Toner BB (1995)
Gender differences in somatoform disorders
In MV Seeman (Ed.), Gender and psychopathology, American Psychiatric Press, Inc.: 287-309

-
- 152 Turkel AR (2000)
Are we still „prisoners of gender“? An overview of current psychoanalytic theories on women
Am J Psychoanalysis 60 (3): 229-241
- 153 Vogt I (1987)
Vernachlässigt die Psychologie die Gesundheitsbedürfnisse von Frauen?
In B Rommelspacher (Hrsg.), Weibliche Beziehungsmuster, Psychologie und Therapie von Frauen, Campus: 102-109
- 154 Vogt I (2000)
Perspektiven einer geschlechtsspezifischen Psychotherapieforschung
In M Hermer (Hrsg.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts, DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 43: 93-105
- 155 Westkott M (1986)
Historical and developmental roots of female dependency
Psychotherapy; American Psychological Association 23 (2): 213-220
- 156 Widiger TA, Ford MR (1989)
Sex Bias in the Diagnosis of Histrionic and Antisocial Personality Disorders
J Consulting and Clinical Psychology 57 (2): 301-305
- 157 Wietersheim J von, Schneider W, Kriebel R, Freyberger HJ, Tetzlaff M (2000)
Entwicklung und erste Evaluierungen der Achse Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)
Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29 (2): 109-116
- 158 Williams JBW, Spitzer RL (1983)
The Issue of Sex Bias in DSM-III
American Psychologist 38: 793-798
- 159 Williams JE, Best DL (1990)
Measuring sex stereotypes: a multinational study, Beverly Hills:sage
Zitiert in Alfermann D (1996), Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten: 13-17
- 160 Zahn-Waxler C, Radke-Yarrow M, Wagner E, Chapman M (1992)
Development of concern for others
Developmental Psychology 28: 126-136
- 161 Zlotnick C, Shea MT, Pilkonis PA, Elkin I, Ryan C (1996)
Gender, Type of Treatment, Dysfunctional Attitudes, Social Support, Life Events and Depressive Symptoms over Naturalistic Follow-up
Am J Psychiatry 153: 1021-1027

9 Danksagung

Meinen herzlichen Dank an Herrn Professor Dr. med. G. Heuft für die motivierende Ermutigung die Promotion in Angriff zu nehmen und den Freiraum in der Bearbeitung des Promotionsthemas.

Ganz besonders danke ich Frau PD Dr. med. G. Schneider für die hilfreiche, geduldige Betreuung und fachliche Unterstützung in statistischen und thematischen Fragen. Dank ihrer engagierten Bereitschaft, ihre wissenschaftliche Erfahrung zur Verfügung zu stellen, konnten viele Probleme im Arbeitsprozess diskutiert und gelöst werden.

Bei Gerda Vorkamp bedanke ich mich für ihren wahrhaft scharfen Blick als Lektorin und die Anmerkungen am Rande.

Auch den Kollegen der Klinik danke ich für ihre Anregungen zum Thema und die kleinen immer wieder reizvollen Diskussionen zwischen den Geschlechtern.

Meiner Familie, Freundinnen und Freunden möchte ich für ihre Unterstützung danken, die sie mir durch Ermunterungen und ihre Solidarität auch in schwierigeren Phasen haben zuteil werden lassen.

10 Lebenslauf

Name: Stefani Schmitz- Moormann
 Anschrift: Elbestraße 53
 48145 Münster
 Eltern: Elke und Winfried Schmitz-Moormann
 Geburtsort: Münster/Westfalen
 Geburtsdatum: 02.05.1966
 Familienstand: ledig
 Staatsangehörigkeit: deutsch

Schulbildung

1972-1976 Grundschulen in Bremerhaven, Burgsteinfurt, Kehl/Rhein
 1976-1982 Gymnasium in Kehl/Rhein
 1982-1983 Austauschjahr Valparaiso Highschool, Indiana/USA
 1983-1985 Gymnasium Kehl/Rhein
 Abschluss: Abitur

Studium

1985-1995 Humanmedizinstudium an der Medizinischen Universität zu Lübeck (MUzL)
 1988 Ärztliche Vorprüfung
 1990 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
 1994 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
 1994-1995 Praktisches Jahr:
 Innere Medizin, Kreis Krankenhaus Eutin
 Chirurgie, General Hospital in Macclesfield, GB
 Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität zu Lübeck
 1995 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Beruflicher Werdegang

8/1995 Ärztin im Praktikum an der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Münster (WKM)
 2/1997 Approbation
 2/1997-1/2002 Assistenzärztin an der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (WKM), inklusive 1 Jahr in der internistischen Abteilung der WKM

Seit 2/2002 Wissenschaftliche Assistentin an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Westfälischen Wilhelms-Universität (WWU) Münster zur Erlangung der Facharztbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“

2003-2005 Doktorarbeit an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der WWU Münster

Münster, den 26.06.2005

Stefani Schmitz-Moormann

Anhang

Tabelle A1: Dysfunktionelle Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten auf der Ebene „Patient erlebt sich selbst“ (zu Abb. 1)

Pat. erlebt sich	mp	wp	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	6,6 %	7,7 %	1	0,52	0,469
beschützen	34,0 %	46,8 %	1	22,16	0,000***
kontrollieren	16,0 %	11,4 %	1	6,23	0,013**
herabsetzen	4,8 %	2,9 %	1	3,40	0,065
angreifen	3,9 %	2,8 %	1	1,34	0,246
ignorieren	2,3 %	0,8 %	1	5,67	0,017**
Autonomie gewähren	2,3 %	3,7 %	1	2,01	0,156
sich behaupten	31,1 %	29,2 %	1	0,57	0,448
anklammern	16,2 %	20,5 %	1	4,11	0,043*
unterwerfen	30,9 %	40,5 %	1	13,00	0,000***
gekränkt sein	16,6 %	16,7 %	1	0,00	0,955
zurückschrecken	6,6 %	5,4 %	1	0,96	0,326
abschotten	26,8 %	20,0 %	1	8,90	0,003**

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Tabelle A2: Verteilung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten auf der Ebene „Patient erlebt andere“ (zu Abb. 2)

Pat. erlebt andere	mp	wp	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	12,0 %	5,9 %	1	17,30	0,000***
beschützen	17,8 %	18,9 %	1	0,25	0,617
kontrollieren	43,2 %	47,5 %	1	2,53	0,112
herabsetzen	37,1 %	39,1 %	1	0,54	0,463
angreifen	12,4 %	14,7 %	1	1,41	0,235
ignorieren	28,6 %	32,2 %	1	2,03	0,154
Autonomie gewähren	3,1 %	3,9 %	1	0,63	0,428
sich behaupten	13,3 %	9,7 %	1	4,50	0,034*
anklammern	9,1 %	10,2 %	1	0,45	0,500
unterwerfen	3,7 %	2,1 %	1	3,53	0,060
gekränkt sein	3,1 %	3,2 %	1	0,01	0,930
zurückschrecken	1,0 %	1,6 %	1	0,86	0,355
abschotten	5,4 %	7,3 %	1	1,95	0,162

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Tabelle A3: Dysfunktionelle Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten auf der Ebene „Untersucher erlebt Patient“ (zu Abb. 3)

Unters. erlebt Pat.	mp	wp	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	11,2 %	11,1 %	1	0,00	0,971
beschützen	2,3 %	6,8 %	1	13,54	0,000***
kontrollieren	33,4 %	26,8 %	1	7,21	0,007**
herabsetzen	14,3 %	14,0 %	1	0,03	0,857
angreifen	4,4 %	4,6 %	1	0,03	0,853
ignorieren	3,1 %	1,1 %	1	8,08	0,004**
Autonomie gewähren	1,7 %	0,6 %	1	3,70	0,054
sich behaupten	33,0 %	33,5 %	1	0,04	0,838
anklammern	34,2 %	37,3 %	1	1,33	0,249
unterwerfen	19,1 %	21,9 %	1	1,61	0,204
gekränkt sein	16,2 %	18,4 %	1	1,18	0,278
zurückschrecken	3,7 %	3,8 %	1	0,01	0,923
abschotten	17,6 %	14,9 %	1	1,91	0,167

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Tabelle A4: Verteilung dysfunktioneller Beziehungsmuster männlicher (mp) und weiblicher (wp) Patienten auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ (zu Abb. 4)

Unters. erlebt sich selbst	mp	wp	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	11,8 %	12,9 %	1	0,34	0,562
beschützen	55,4 %	64,0 %	1	10,50	0,001**
kontrollieren	17,8 %	16,9 %	1	0,21	0,646
herabsetzen	3,1 %	2,6 %	1	0,39	0,533
angreifen	3,5 %	2,8 %	1	0,55	0,459
ignorieren	2,3 %	3,4 %	1	1,36	0,243
Autonomie gewähren	14,7 %	16,1 %	1	0,46	0,499
sich behaupten	6,0 %	2,8 %	1	9,28	0,002**
anklammern	0,6 %	1,5 %	1	1,98	0,160
unterwerfen	6,0 %	7,2 %	1	0,75	0,386
gekränkt sein	5,6 %	4,8 %	1	0,40	0,526
zurückschrecken	5,2 %	4,3 %	1	0,61	0,433
abschotten	10,6 %	10,0 %	1	0,10	0,746

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Tabelle A5: Männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker schätzen dysfunktionelle und nicht-dysfunktionelle Beziehungsmuster ein (zu Abb. 5)

OPD-Achse II, dysfunktionelle Beziehungsmuster	MD	WD	gesamt
Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster	79,8 %	86,8 %	83,8 %
keine dysfunktionellen Beziehungsmuster	20,2 %	13,2 %	16,2 %
gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Chi²: 16,93; df = 1; $p \leq 0,001$

Tabelle A6: Einschätzung dysfunktioneller und nicht-dysfunktioneller Beziehungsmuster durch männliche Diagnostiker (MD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (zu Abb. 6)

Männliche Diagnostiker			
OPD-Achse II, dysfunktionelle Beziehungsmuster	mp	wp	gesamt
Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster	72,0 %	83,7 %	79,8 %
keine dysfunktionellen Beziehungsmuster	28,0 %	16,3 %	20,2 %
gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Chi²: 15,37; df = 1, p ≤ 0,001

Tabelle A7: Einschätzung dysfunktioneller und nicht-dysfunktioneller Beziehungsmuster durch weibliche Diagnostiker (WD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (zu Abb. 7)

Weibliche Diagnostiker			
OPD-Achse II, dysfunktionelle Beziehungsmuster	mp	wp	gesamt
Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster	84,7 %	87,8 %	86,8 %
keine dysfunktionellen Beziehungsmuster	15,3 %	12,2 %	13,2 %
gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Chi²: 2,01; df = 1; p = 0,157

Tabelle A8: Männliche (MD) und weibliche (WD) schätzen dysfunktionelle Beziehungsmuster auf der Ebene „Pat. erlebt sich selbst“ ein (zu Abb. 8)

	MD	WD	gesamt	df	Chi²	Signifikanz
bestätigen	2,8 %	10,5 %	7,4 %	1	32,92	0,000***
beschützen	38,2 %	46,1 %	42,9 %	1	9,78	0,002**
kontrollieren	11,4 %	13,8 %	12,8 %	1	2,01	0,157
herabsetzen	3,4 %	3,5 %	3,5 %	1	0,01	0,913
angreifen	2,0 %	4,0 %	3,2 %	1	4,63	0,031*
ignorieren	0,5 %	1,8 %	1,3 %	1	5,55	0,019*
Autonomie gewähren	3,4 %	3,1 %	3,2 %	1	0,13	0,720
sich behaupten	33,2 %	27,5 %	29,8 %	1	5,89	0,015*
anklammern	19,5 %	19,0 %	19,2 %	1	0,05	0,830
unterwerfen	36,8 %	38,1 %	37,5 %	1	0,28	0,596
gekränkt sein	17,3 %	16,3 %	16,7 %	1	0,29	0,589
zurückschrecken	3,9 %	7,1 %	5,8 %	1	7,01	0,008**
sich abschotten	17,8 %	25,0 %	22,1 %	1	11,70	0,001***

* = p < 0,05, ** = p < 0,01, *** = p ≤ 0,001

Tabelle A9: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker auf der Ebene „Patient erlebt andere“ (zu Abb 9)

	MD	WD	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	7,0 %	8,3 %	7,8 %	1	0,94	0,332
beschützen	18,5 %	18,6 %	18,6 %	1	0,00	0,970
kontrollieren	41,9 %	49,1 %	46,2 %	1	7,92	0,005**
herabsetzen	36,0 %	40,2 %	38,5 %	1	2,88	0,090
angreifen	14,6 %	13,6 %	14,0 %	1	0,35	0,552
ignorieren	28,8 %	32,7 %	31,1 %	1	2,72	0,099
Autonomie gewähren	4,2 %	3,3 %	3,7 %	1	0,85	0,356
sich behaupten	6,7 %	13,8 %	10,8 %	1	18,76	0,000***
anklammern	9,5 %	10,2 %	9,9 %	1	0,18	0,667
unterwerfen	2,0 %	3,0 %	2,6 %	1	1,41	0,234
gekränkt sein	0,9 %	4,7 %	3,2 %	1	17,63	0,000***
zurückschrecken	0,8 %	1,9 %	1,5 %	1	3,48	0,062
abschotten	4,4 %	8,3 %	6,7 %	1	9,62	0,002**

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Tabelle A10: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker auf der Ebene „Untersucher erlebt Patienten“ (zu Abb.10)

	MD	WD	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	10,7 %	11,4 %	11,2 %	1	0,19	0,666
beschützen	4,4 %	6,2 %	5,5 %	1	2,50	0,114
kontrollieren	21,0 %	34,1 %	28,8 %	1	31,81	0,000***
herabsetzen	6,4 %	19,4 %	14,1 %	1	52,95	0,000***
angreifen	3,1 %	5,5 %	4,5 %	1	4,84	0,028*
ignorieren	1,4 %	1,9 %	1,7 %	1	0,62	0,431
Autonomie gewähren	1,1 %	0,9 %	1,0 %	1	0,22	0,637
sich behaupten	37,5 %	30,5 %	33,4 %	1	8,53	0,003**
anklammern	38,6 %	34,8 %	36,3 %	1	2,46	0,116
unterwerfen	19,8 %	21,9 %	21,1 %	1	1,05	0,305
gekränkt sein	11,8 %	21,8 %	17,8 %	1	25,96	0,000***
zurückschrecken	4,2 %	3,5 %	3,8 %	1	0,48	0,490
abschotten	12,0 %	18,3 %	15,7 %	1	11,38	0,001**

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Tabelle A11: Einschätzung dysfunktioneller Beziehungsmuster durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker auf der Ebene „Untersucher erlebt sich selbst“ (zu Abb. 11)

	MD	WD	gesamt	df	Chi ²	Signifikanz
bestätigen	11,1 %	13,6 %	12,6 %	1	2,21	0,137
beschützen	57,6 %	64,0 %	61,4 %	1	6,42	0,011*
kontrollieren	19,2 %	15,8 %	17,2 %	1	2,97	0,085
herabsetzen	4,0 %	1,8 %	2,7 %	1	7,15	0,008**
angreifen	3,6 %	2,7 %	3,0 %	1	1,06	0,302
ignorieren	4,7 %	1,9 %	3,0 %	1	9,74	0,002**
Autonomie gewähren	21,0 %	12,0 %	15,7 %	1	23,60	0,000***
sich behaupten	4,7 %	3,2 %	3,8 %	1	2,23	0,135
anklammern	0,8 %	1,5 %	1,2 %	1	1,65	0,199
unterwerfen	3,1 %	9,4 %	6,8 %	1	23,65	0,000***
gekränkt sein	2,6 %	6,7 %	5,1 %	1	13,22	0,000***
zurückschrecken	6,1 %	3,5 %	4,6 %	1	5,66	0,017*
abschotten	8,7 %	11,2 %	10,2 %	1	2,61	0,106

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Tabelle A12: Verteilungsmuster des wichtigsten Konfliktes bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (zu Abb. 17)

wichtigster Konflikt	mp	wp	gesamt
Autonomie/Abhängigkeit	8,0 %	14,8 %	12,4 %
Unterwerfung/Kontrolle	9,8 %	6,4 %	7,6 %
Versorgung/Autarkie	13,4 %	23,3 %	19,8 %
Selbstwert	12,1 %	8,8 %	10,0 %
Schuld	1,2 %	2,6 %	2,1 %
ödipal-sexuell	3,5 %	4,4 %	4,1 %
Identität	0,6 %	0,5 %	0,6 %
eingeschränkte Konfliktwahrnehmung	4,5 %	1,8 %	2,7 %
Aktualkonflikt	9,0 %	6,8 %	7,5 %
keine Einschätzung möglich	37,9 %	30,5 %	33,1 %

Chi²: 105,74; df = 9; $p \leq 0,001$

Tabelle A13: Verteilung des wichtigsten Konfliktes bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten ohne das Item „keine Einschätzung möglich“ (zu Abb. 18)

wichtigster Konflikt okEm	mp	wp	gesamt
Autonomie/Abhängigkeit	12,9 %	21,4 %	18,6 %
Unterwerfung/Kontrolle	15,8 %	9,3 %	11,4 %
Versorgung/Autarkie	21,6 %	33,6 %	29,7 %
Selbstwert	19,6 %	12,7 %	14,9 %
Schuld	1,8 %	3,7 %	3,1 %
ödipal-sexuell	5,7 %	6,4 %	6,2 %
Identität	1,0 %	0,7 %	0,8 %
eingeschränkte Konfliktwahrnehmung	7,2 %	2,6 %	4,1 %
Aktualkonflikt	14,4 %	9,6 %	11,2 %

Chi² nach Pearson: 95,67, df = 8, p ≤ 0,001

Tabelle A14: Verteilung des zweitwichtigsten Konfliktes bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (zu Abb. 19)

zweitwichtigster Konflikt	mp	wp	gesamt
Autonomie/Abhängigkeit	9,4 %	13,6 %	12,2 %
Unterwerfung/Kontrolle	12,1 %	12,5 %	12,4 %
Versorgung/Autarkie	8,1 %	11,1 %	10,1 %
Selbstwert	11,2 %	12,0 %	11,7 %
Schuld	2,5 %	4,5 %	3,8 %
ödipal-sexuell	4,3 %	3,6 %	3,8 %
Identität	1,1 %	0,8 %	0,9 %
eingeschränkte Konfliktwahrnehmung	1,8 %	1,2 %	1,4 %
Aktualkonflikt	2,9 %	3,3 %	3,2 %
keine Einschätzung möglich	46,6 %	37,4 %	40,6 %

Chi²: 35,58; df = 9; p ≤ 0,001

Tabelle A15: Verteilung des zweitwichtigsten Konfliktes bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten ohne das Item „keine Einschätzung möglich“ (zu Abb. 20)

zweitw. Konflikt okEm	mp	wp	gesamt
Autonomie/Abhängigkeit	15,2 %	19,6 %	18,2 %
Unterwerfung/Kontrolle	19,6 %	18,0 %	18,5 %
Versorgung/Autarkie	13,2 %	15,9 %	15,0 %
Selbstwert	18,1 %	17,2 %	17,5 %
Schuld	4,0 %	6,4 %	5,7 %
ödipal-sexuell	6,9 %	5,2 %	5,7 %
Identität	1,8 %	1,1 %	1,3 %
eingeschränkte Konfliktwahrnehmung	2,9 %	1,8 %	2,1 %
Aktualkonflikt	4,8 %	4,7 %	4,7 %
keine Einschätzung möglich (Rest)	13,5 %	10,1 %	11,2 %

Chi²: 20,09; df = 9; p ≤ 0,001

Tabelle A16: Einschätzungen des wichtigsten Konfliktes durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker (zu Abb. 21)

	MD	WD	gesamt
Abhängigkeit vs. Autonomie	17,4 %	19,8 %	18,7 %
Unterwerfung vs. Kontrolle	15,1 %	8,6 %	11,4 %
Versorgung vs. Autarkie	26,7 %	32,0 %	29,7 %
Selbstwertkonflikt	15,1 %	14,9 %	15,0 %
Schuldkonflikt	2,5 %	3,5 %	3,1 %
ödipal-sexueller Konflikt	7,7 %	4,9 %	6,1 %
Identitätskonflikt	0,9 %	0,8 %	0,8 %
eingeschränkte Konfliktwahrnehmung	3,4 %	4,5 %	4,0 %
Aktualkonflikt	11,2 %	11,1 %	11,2 %

Chi²: 39,01; df = 8, p ≤ 0,001.

Tabelle A17: Einschätzung des zweitwichtigsten Konfliktes durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker (zu Abb. 22)

	MD	WD	gesamt
Abhängigkeit vs. Autonomie	19,4 %	17,2 %	18,2 %
Unterwerfung vs. Kontrolle	16,8 %	19,9 %	18,5 %
Versorgung vs. Autarkie	13,5 %	16,3 %	15,0 %
Selbstwertkonflikt	15,4 %	19,2 %	17,5 %
Schuldkonflikt	4,7 %	6,4 %	5,7 %
ödipal-sexueller Konflikt	7,1 %	4,5 %	5,7 %
Identitätskonflikt	1,1 %	1,5 %	1,3 %
eingeschränkte Konfliktwahrnehmung	1,7 %	2,5 %	2,1 %
Aktualkonflikt	4,6 %	4,9 %	4,7 %
keine Einschätzung möglich (Rest)	15,6 %	7,6 %	11,2 %

Chi²: 42,40, df = 9, p ≤ 0,001.

Tabelle A18: Einschätzung des wichtigsten Konfliktes durch männliche Diagnostiker (MD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (zu Abb. 23)

	mp	wp	gesamt
Abhängigkeit vs. Autonomie	8,4 %	21,6 %	17,3 %
Unterwerfung vs. Kontrolle	20,3 %	12,6 %	15,1 %
Versorgung vs. Autarkie	20,3 %	29,9 %	26,7 %
Selbstwertkonflikt	18,0 %	13,6 %	15,0 %
Schuldkonflikt	1,5 %	3,0 %	2,5 %
ödipal-sexueller Konflikt	8,9 %	7,1 %	7,6 %
Identitätskonflikt	1,9 %	0,4 %	0,9 %
eingeschränkte Konfliktwahrnehmung	6,5 %	1,9 %	3,4 %
Aktualkonflikt	14,2 %	9,9 %	11,3 %

Chi²: 54,59; df=8; p ≤ 0,001.

Tabelle A19: Einschätzung des wichtigsten Konfliktes durch weibliche Diagnostiker (WD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (zu Abb.24)

	mp	wp	gesamt
Abhängigkeit vs. Autonomie	16,4 %	21,2 %	19,7 %
Unterwerfung vs. Kontrolle	12,5 %	6,9 %	8,7 %
Versorgung vs. Autarkie	22,7 %	36,3 %	31,9 %
Selbstwertkonflikt	20,6 %	12,1 %	14,9 %
Schuldkonflikt	2,1 %	4,2 %	3,5 %
ödipal-sexueller Konflikt	3,3 %	5,6 %	4,9 %
Identitätskonflikt	0,3 %	1,0 %	0,8 %
eingeschränkte Konfliktwahrnehmung	7,5 %	3,1 %	4,5 %
Aktualkonflikt	14,6 %	9,5 %	11,1 %

Chi²: 57,67; df = 8; p ≤ 0,001.

Tabelle A20: Einschätzung des zweitwichtigsten Konfliktes durch männliche Diagnostiker (MD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (zu Abb. 26)

	mp	wp	gesamt
Abhängigkeit vs. Autonomie	15,2 %	21,4 %	19,4 %
Unterwerfung vs. Kontrolle	16,8 %	16,9 %	16,8 %
Versorgung vs. Autarkie	9,8 %	15,3 %	13,5 %
Selbstwertkonflikt	16,4 %	15,0 %	15,4 %
Schuldkonflikt	5,1 %	4,5 %	4,7 %
ödipal-sexueller Konflikt	9,4 %	6,1 %	7,1 %
Identitätskonflikt	1,6 %	0,9 %	1,1 %
eingeschränkte Konfliktwahrnehmung	1,6 %	1,7 %	1,7 %
Aktualkonflikt	3,9 %	4,9 %	4,6 %
keine Einschätzung möglich (Rest)	20,3 %	13,3 %	15,6 %

Chi²: 16,83; df = 9; p = 0,051

Tabelle A21: Einschätzung des zweitwichtigsten Konfliktes durch weibliche Diagnostiker (WD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (zu Abb. 27)

	mp	wp	gesamt
Abhängigkeit vs. Autonomie	15,1 %	18,1 %	17,2 %
Unterwerfung vs. Kontrolle	22,0 %	18,9 %	19,9 %
Versorgung vs. Autarkie	16,2 %	16,3 %	16,3 %
Selbstwertkonflikt	19,6 %	19,1 %	19,2 %
Schuldkonflikt	3,1 %	7,9 %	6,4 %
ödipal-sexueller Konflikt	4,8 %	4,4 %	4,5 %
Identitätskonflikt	2,1 %	1,2 %	1,5 %
eingeschränkte Konfliktwahrnehmung	4,1 %	1,8 %	2,5 %
Aktualkonflikt	5,5 %	4,6 %	4,9 %
keine Einschätzung möglich (Rest)	7,6 %	7,6 %	7,6 %

Chi²: 14,96; df = 9; p = 0,092

Tabelle A22: Einschätzung des Strukturniveaus bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten (zu Abb. 29)

	mp		wp		T-Test für Mittelwertgleichheit	
	N	Mittelwert	N	Mittelwert	T	Sig. (2-seitig)
Selbstwahrnehmung	687	1,8661	1406	1,8126	2,121	0,034*
Selbststeuerung	684	1,943	1405	1,9694	-1,032	0,302
Abwehr	679	1,9212	1397	1,9465	-0,967	0,334
Objektwahrnehmung	686	1,9096	1399	1,8431	2,401	0,016*
Kommunikation	688	1,7907	1405	1,7253	2,426	0,015*
Bindung	678	1,8414	1395	1,8344	0,249	0,804
Gesamteinschätzung	687	1,8850	1403	1,8699	0,601	0,548

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

Tabelle A23: Einschätzung des Strukturniveaus durch männliche (MD) und weibliche (WD) Diagnostiker (zu Abb. 30)

	N		Mittelwert		Standardabw.		T-Test Sig.(2-seitig)
	MD	WD	MD	WD	MD	WD	
Selbstwahrnehmung	957	1136	1,7717	1,8794	0,5535	0,5276	0,000***
Selbststeuerung	953	1136	1,9355	1,9820	0,5460	0,5508	0,054
Abwehr	940	1132	1,8867	1,9810	0,5472	0,5660	0,000***
Objektwahrnehmung	950	1135	1,8521	1,8758	0,5870	0,6016	0,366
Kommunikation	957	1136	1,6907	1,7940	0,5879	0,5696	0,000***
Bindung	943	1130	1,8849	1,7965	0,5808	0,5913	0,001**
Gesamteinschätzung	956	1134	1,8462	1,8990	0,5355	0,5411	0,026*

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$

1 = gut integriert, 2 = mäßig integriert, 3 = gering integriert, 4 = desintegriert

Tabelle A24: Einschätzung des Strukturniveaus durch männliche Diagnostiker (MD) bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten

	N		Mittelwert		Standardabw.		T-Test Sig.(2-seitig)
	mp	wp	mp	wp	mp	wp	
Selbstwahrnehmung	325	632	1,8000	1,7572	0,5827	0,5377	0,257
Selbststeuerung	323	630	1,8870	1,9603	0,5548	0,5401	0,052
Abwehr	318	622	1,8522	1,9043	0,5784	0,5302	0,179
Objektwahrnehmung	324	626	1,8889	1,8331	0,6183	0,5696	0,165
Kommunikation	326	631	1,7377	1,6664	0,6160	0,5719	0,075
Bindung	319	624	1,8699	1,8926	0,6203	0,5599	0,583
Gesamt	325	631	1,8400	1,8494	0,5725	0,5159	0,803

Tabelle A25: Einschätzung des Strukturniveaus durch weibliche (WD) Diagnostiker bei männlichen (mp) und weiblichen (wp) Patienten

	N		Mittelwert		Standardabw.		T-Test Sig.(2-seitig)
	mp	wp	mp	wp	mp	wp	
Selbstwahrnehmung	362	774	1,9254	1,8579	0,5418	0,5198	0,044*
Selbststeuerung	361	775	1,9931	1,9768	0,5584	0,5476	0,643
Abwehr	361	771	1,9820	1,9805	0,5848	0,5574	0,968
Objektwahrnehmung	362	773	1,9282	1,8512	0,6264	0,5885	0,045*
Kommunikation	362	774	1,8384	1,7733	0,6019	0,5531	0,072
Bindung	359	771	1,8162	1,7873	0,6172	0,5790	0,445
Gesamt	362	772	1,9254	1,8867	0,5520	0,5358	0,261

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p \leq 0,001$