



# „Sie erscheint durch ihr Übergewicht keineswegs entstellt.“

## Beschreibungen von Patientinnen und Patienten in Anträgen für Analytische Psychotherapie

Susanne Singer · Julian Blanck · Lena Maier · Cora-Lisa Tischner

Angenommen: 30. September 2022 / Online publiziert: 9. November 2022  
© Der/die Autor(en) 2022

**Zusammenfassung** Wie nehmen Psychoanalytiker\*innen ihre männlichen bzw. weiblichen Patient\*innen wahr? Anhand von Textanalysen der Berichte an den Gutachter aus Anträgen zur Kostenübernahme für Psychotherapien untersuchten wir, ob es hierbei geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Es wurden 20 Berichte von Patienten und 20 Berichte von Patientinnen qualitativ analysiert, resultierend in 399 kodierten Textsegmenten.

Es zeigte sich, dass bei Frauen deutlich häufiger über deren Aussehen (Frisur, Körperbau, Augen, Kleidungsstil und so weiter) geschrieben wird. Auch in der Bewertung des Aussehens zeigten sich Unterschiede: Patientinnen wurden häufiger als hübsch/attraktiv oder als kindlich/jünger wirkend beschrieben, während diese Attribute fast nie bei Männern verwendet wurden. Diese wurden hingegen häufiger als überdurchschnittlich intelligent geschildert.

In der Gegenübertragung zeigten sich bei Frauen häufiger Gefühle von Vorsichtig-sein-Müssen, aber auch von Mitgefühl und Sympathie, bei Männern hingegen häufiger der Wunsch, sie zu beschützen und ihnen zu helfen, der Wunsch, sie zu begrenzen, sowie Ärger/Wut.

Diese Befunde legen nahe, dass Genderstereotype bei der Wahrnehmung von (und dem Schreiben über) Patient\*innen eine wesentliche Rolle spielen.

---

Dieses Manuskript wurde nach den Vorgaben der *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* erstellt (Tong et al. 2007).

✉ Prof. Dr. Susanne Singer · Dipl.-Psych. Julian Blanck · Lena Maier · Cora-Lisa Tischner  
Abt. Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,  
Obere Zahlbacher Straße 69, 55131 Mainz, Deutschland  
E-Mail: [singers@uni-mainz.de](mailto:singers@uni-mainz.de)

## “She does not seem to be disfigured at all by her overweight.”

Descriptions of female and male patients in applications for analytical psychotherapy

**Abstract** How do psychoanalysts perceive their male and female patients? We analyzed texts from reports to the experts from applications for reimbursement of psychotherapy to find out if there were gender-specific differences. The reports for 20 male patients and 20 female patients were qualitatively analyzed, resulting in 399 coded text segments.

It was found that for women their appearances (hairstyle, body shape, eyes, clothing style, etc.) were described much more frequently than for men. Differences in the assessment of their appearance were also found: female patients were more often described as being pretty/attractive or childlike/younger looking, whereas these attributes were rarely used for men. By contrast, they were more often described as being aboveaverage intelligent.

In the countertransference women more frequently induced feelings of having to be careful but also compassion and sympathy, whereas men more frequently induced the wish to help and to support them, the wish to limit them as well as anger and rage.

These findings indicate that gender stereotypes play an important role in the perception (and description) of patients.

## Einleitung

In ihrer Antrittsrede als Präsidentin der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung sagte Virginia Ungar: „It is no longer possible to consider patients or analysts as isolated individuals who interact in the space of the consulting room. Rather, we are dealing with a dynamic field ... that also interacts with the environment. For this reason, economic, social, and cultural transformations have critical consequences for psychoanalytic technique, clinical practice, and theory“ (Buenos Aires, 2017). Wir sind als Behandelnde und Handelnde also durchdrungen vom Zeitgeist, von kulturellen und sozialen Transformationen ebenso wie von gesellschaftlichen Normen und Gewohnheiten. Manches davon ist uns vielleicht gar nicht vollumfänglich bewusst (Greenwald und Banaji 1995).

Die Analyse von Psychotherapieberichten bietet sich an, um solche möglicherweise vor- beziehungsweise unbewussten Phänomene zu untersuchen, da die Therapeut\*innen sich in diesen Texten ausdrücken, wodurch sichtbar werden kann, was anderweitig schwer zugänglich ist (Klöß-Rotmann et al. 2009). In unserer Forschungsgruppe beschäftigen wir uns seit einigen Jahren mit der Analyse von Anträgen auf Kostenübernahme von Psychotherapie, insbesondere mit den Berichten an den Gutachter (Sievers und Singer 2021; Singer et al. 2022a, 2021, 2022b). Beim Lesen dieser Berichte bekamen wir den Eindruck, dass Patientinnen öfter als „attraktiv“ oder „hübsch“ beschrieben wurden, dass dies aber selten bei Patienten der Fall war. Das war ein Befund im Sinne von Serendipität, da wir danach nicht gesucht hatten. Aber war es einfach nur eine zufällige Häufung? Oder erhärtet sich der Eindruck, wenn man dies systematisch untersucht? Ist es womöglich so, dass sich

hier Geschlechtsstereotype wiederfinden, die wir aus anderen Bereichen der Gesellschaft (Danielsson et al. 2011; Ebert et al. 2014; Fischer und Good 1997; Mushaben 2018; Oliffe und Phillips 2008) kennen? Geschlechtsstereotype sind sozial mehr oder weniger geteilte Annahmen darüber, welche Merkmale männliche beziehungsweise weibliche Personen (angeblich) haben beziehungsweise haben sollten, also geschlechtsspezifische Zuschreibungen (Eagly und Steffen 1984). Häufig sind uns diese nicht bewusst oder sie werden verneint, da sie als unzeitgemäß oder konservativ gelten; trotzdem entfalten sie ihre Wirkung. Das konnte man beispielhaft in einer kanadischen Studie unter männlichen Psychologiestudenten sehen. Dort gaben die Teilnehmer an, dass Fragen von Maskulinität (bei der Karrierewahl und während des Studiums trotz des „Minderheitenstatus“ als Männer unter vielen Frauen) für sie keine Rolle spielen würden. De facto handelten sie aber anders, einerseits, indem sie „boy moments“<sup>1</sup> im Gespräch herstellten, und andererseits, indem sie ihre Karrierewahl als unabhängig, autonom und rational beschrieben und eben genau damit Maskulinitätsidealen folgten (Marulanda und Radtke 2019).

Solche geschlechtsspezifischen Zuschreibungen werden nach sozialkonstruktivistischer Perspektive in unseren Interaktionen immer wieder neu geschaffen, mitunter als „doing gender“ bezeichnet (Schigl 2022; West und Zimmerman 1987). Das bedeutet, auch in psychotherapeutischen Interaktionen entfaltet „doing gender“ vermutlich seine Wirkung (Spitzer und Strauss 2022). Die Frage, wie psychotherapeutische Prozesse durch das Geschlecht sowohl von Therapeut\*in als auch Patient\*in beziehungsweise durch Geschlechtsstereotype beeinflusst sind, wurde jedoch bislang erstaunlich wenig beforscht (Schigl 2018, 2022). In einer Studie wurden Angehörige verschiedener Berufsgruppen darum gebeten, verblindete Beschreibungen von Erstkontakten aus Kolloquiumsberichten der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) dahingehend einzuschätzen, ob diese von einem Mann oder einer Frau erstellt worden waren (Klöß-Rotmann et al. 2009). Anschließend sollten sie angeben, welche Wörter des Berichts sie zu ihrer Einschätzung gebracht hatten. Daraus wurde von den Autor\*innen das Bild eines prototypischen Psychoanalytikers (eher sachorientiert, auf Trennung vom Objekt achtend, Lust am Sehen etc.) und einer prototypischen Psychoanalytikerin (eher beziehungsorientiert, auf Verbindung mit Objekt achtend, Lust am Zeigen etc.) gezeichnet. Am Rande wurde hier auch auf eine geschlechtsspezifische Beziehungsgestaltung gegenüber den Patient\*innen eingegangen. Während der prototypische Analytiker bei Patientinnen eher eine heterosexuelle Spannung konstellierte, entwickelte sich bei der prototypischen Analytikerin männlichen Patienten gegenüber eher eine präödpale Konstellation.

Die Praxisstudie der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) fand heraus, dass Analytiker\*innen bei ihren Patientinnen häufiger supportive Techniken anwenden als bei Patienten, bei Adjustierung für Schwere der Psychopathologie, Alter und Bildungsgrad (Henkel et al. 2020). Die Frage ist, wodurch dieser Effekt zustande kommt. Lösen die Patientinnen andere Gegenübertragungsgefühle aus? Werden sie anders wahrgenommen?

<sup>1</sup> Unter „Boy moments“ verstehen die Autoren unter Bezug auf Coates (2007) ein Konversationsverhalten, das in spielerischer, humorvoller Form geteiltes Gender-Wissen unter männlichen Gesprächspartnern aktualisiert und herstellt, damit auch dem Spannungsabbau dienend.

Wir beschlossen deshalb, dies systematisch zu untersuchen. Mit dem vorliegenden Beitrag gehen wir der Frage nach, ob – und wenn ja, in welcher Weise – Patientinnen und Patienten von ihren Psychoanalytiker\*innen in den Berichten an den Gutachter unterschiedlich beschrieben werden, und welche Gegenübertragungsreaktionen jeweils berichtet werden.

## Methoden

### Stichprobengewinnung

Aus einem Pool von etwa 40.000 Anträgen auf Kostenübernahme für ambulante Psychotherapie wurde eine nach Jahren stratifizierte Zufallsstichprobe von 1000 Anträgen gezogen. Diese konnten 983 individuellen Patient\*innen zugeordnet werden. Alle Berichte wurden aufwendig pseudonymisiert (Singer et al. 2022b).

Bei 232 (24%) dieser 983 Anträge handelte es sich um Anträge auf Analytische Psychotherapie (72 Erstanträge, 71 Umwandlungsanträge und 89 Fortführungsanträge), die die Grundlage für die vorliegende Analyse bildeten. Sie stammten von 66 männlichen und 166 weiblichen Patient\*innen, die bei 90 männlichen und 138 weiblichen Therapeut\*innen waren. In 4 Fällen war das Geschlecht der Therapeut\*innen nicht eindeutig feststellbar.

Alle in den Anträgen enthaltenen Berichte an den Gutachter wurden durchgelesen und relevante Textstellen markiert. Es wurden je 20 Berichte männlicher und weiblicher Patient\*innen, die aussagekräftige Textsegmente enthielten, für die weitergehende Analyse herausgesucht („purposeful sampling“). Dabei wurde so vorgegangen, dass zunächst alle Berichte, die ungenügende Informationen zur Fragestellung aufwiesen, also die zum Beispiel keine Patientenbeschreibungen oder Beschreibungen der Gegenübertragung enthielten, ausgeschlossen wurden (dies war vor allem bei Fortführungsanträgen der Fall). Von den verbliebenen Berichten wurden die jeweils ersten 20 pro Geschlecht eingeschlossen. Weitere Berichte konnten aus Kapazitätsgründen nicht kodiert werden. Außerdem hatten wir den Eindruck, dass sich nach der Kodierung dieser Berichte die theoretische Sättigung näherte.

### Aufbereitung des Materials

Die 40 Anträge lagen als eingescannte pdf-Dateien vor. Die darin enthaltenen Berichte waren 2 bis 5 Seiten lang, im Durchschnitt 4 Seiten. Sie wurden zunächst mithilfe des Programms FineReader® (Fa. ABBYY Europe GmbH, München) in Word-Dateien umgewandelt. Jedem Bericht wurden anschließend all jene Textbestandteile, die auf die Fragestellung Bezug nahmen, entnommen und in die Software MAXQDA (VERBI GmbH, Berlin) überführt.

In einem iterativen Prozess mehrfachen Lesens, Kodierens und Diskutierens wurde anhand der ersten 20 Berichte induktiv ein Codebaum erarbeitet. Zu jeder Kategorie wurde ein Ankerbeispiel festgelegt, und anschließend wurden alle Textsegmente der 40 Berichte entsprechend dem Codebaum durch zwei der Autorinnen (C.T., S.S.) kodiert. Hier war das Vorgehen so, dass C.T. die Kodierungen zunächst vornahm;

diese wurden dann von S.S. überprüft. Die Ergebnisse der Kodierungen wurden in der gesamten Arbeitsgruppe besprochen und interpretiert.

Anschließend wurden die Häufigkeiten der Codes pro Gruppe (Patientinnen vs. Patienten) gegenübergestellt. Dazu stehen in MAXQDA Prozeduren zur Verfügung, die dies automatisiert erzeugen und grafisch aufbereiten. Aufgrund der gleichen Fallzahl pro Gruppe war dieser Vergleich sinnvoll möglich. Außerdem können in MAXQDA Codewolken mithilfe der Funktion „Visual Tools“ erzeugt werden. Die Häufigkeit der Codes wird in Form der Groß- vs. Kleinschreibung visualisiert – je häufiger ein Code vorkommt, desto größer ist das Wort. Wir haben für jede Geschlechterkombination, bezogen auf Patient\*innen und Analytiker\*innen, eine solche Codewolke erzeugt.

### **Statistische Analysen**

Mögliche Unterschiede in der Beschreibung von Männern und Frauen wurden anhand der Häufigkeit der Codes mithilfe von Kreuztabellen und  $\chi^2$ -Tests statistisch gegen den Zufall geprüft. Dazu verwendeten wir die Software STATA 15.1 (Stata-Corp, Texas).

### **Zusammensetzung der Studiengruppe**

Die Arbeitsgruppe besteht aus drei Frauen und einem Mann. Zwei haben eine abgeschlossene Psychotherapieausbildung, eine befindet sich in Ausbildung zur Psychotherapeutin und eine ist Ärztin ohne psychotherapeutische Ausbildung, tätig in einer psychosomatischen Klinik.

## **Ergebnisse**

### **Stichprobe**

Die 40 Berichte stammten von 20 männlichen (14 bei Therapeuten und 6 bei Therapeutinnen) und 20 weiblichen Patient\*innen (7 bei Therapeuten und 13 bei Therapeutinnen).

Die Patient\*innen waren bei der Antragstellung 23 bis 76 Jahre alt, im Durchschnitt 40 Jahre. Fünf von ihnen hatten als höchsten Schulabschluss die Realschule/ mittlere Reife, 3 die Fachhochschulreife, 27 das Abitur, und in 5 Fällen war die Bildung im Bericht nicht beschrieben. Es gab zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Bildungsniveaus keinen statistisch signifikanten Unterschied, allerdings fiel auf, dass 4 der 5 Berichte *ohne* Beschreibung des Bildungsniveaus zu weiblichen Patientinnen gehörten. Der Anteil der Personen mit einem Abitur betrug, bezogen auf alle, bei denen es Angaben zum Bildungsniveau gab, bei den Patienten 74 % und bei den Patientinnen 81 %.

Zwei der Patient\*innen hatten einen Migrationshintergrund. Die Mehrheit ( $n = 39$ ) war gesetzlich versichert, ein Patient erhielt Beihilfe. Die Hälfte ( $n = 20$ ) war in Vollzeit erwerbstätig, 3 waren halbtags oder geringfügig beschäftigt, 4 in Ausbildung

oder Studium, 4 erwerbslos, einer erhielt Erwerbsminderungsrente, und in 8 Fällen war der Erwerbstatus nicht beschrieben. Das Diagnosespektrum war mit einer bis 4 Diagnosen/Patient\*in vielfältig, wobei affektive Störungen (F3 entsprechend der ICD-10,  $n=34$ ), neurotische und Anpassungsstörungen (F4,  $n=19$ ) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6,  $n=24$ ) am häufigsten verschlüsselt waren.

Die Therapeut\*innen waren jeweils etwa zur Hälfte Ärzt\*innen ( $n=17$ ) beziehungsweise Psycholog\*innen ( $n=23$ ). Sieben von ihnen hatten eine Abrechnungsgenehmigung nur für Analytische Psychotherapie, 31 darüber hinaus auch für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und 2 zusätzlich noch für Verhaltenstherapie.

Bei den Anträgen handelte es sich um 16 Erst-, 11 Umwandlungs- und 13 Fortführungsanträge.

### Textmaterial und Kategoriensystem

Das zu analysierende Textmaterial der 40 Berichte bestand aus insgesamt 24 Seiten (1,5-zeilig, Times New Roman, 12 Pt) mit 7097 Wörtern.

Es wurden 399 Textsegmente kodiert. Diese ließen sich 5 Themenbereichen (Ebene 1) zuordnen: *äußeres Erscheinungsbild* (146-mal kodiert), *Intelligenzniveau* (25-mal), *Emotionen* (44-mal), *Kontaktverhalten* (123-mal) und *Gegenübertragung* (61-mal).

Mit der Kategorie *äußeres Erscheinungsbild* wurden Beschreibungen und/oder Kommentare zum Aussehen der Patienten kodiert, beispielsweise: „Sie ist geschmackvoll-konservativ gekleidet und erscheint durch ihr Übergewicht keineswegs entstellt“ (ID E019). Wir differenzierten hier auf einer zweiten Code-Ebene Aussagen zur *Frisur*, zum *Körperbau*, zum *Kleidungsstil*, zu den *Augen*, zur *Stimme* sowie zur *Wirkung des Äußeren auf den Therapeuten*. Letzteres wurde auf einer dritten Codeebene noch qualitativ in beispielsweise *gepflegt*, *burschikos*, *unauffällig*, *verführerisch* und so weiter untergliedert. (Im Zusatzmaterial online: Tab. 1 findet sich der komplette Codebaum mit Ankerbeispielen).

Beim *Intelligenzniveau* wurden Aussagen zur Differenziertheit beziehungsweise Intelligenz verschlüsselt, auch hier mit einer qualitativen Unterscheidung auf der zweiten Codeebene (zum Beispiel *hoch*, *überdurchschnittlich*). Beispiel: „Der Patient ist überdurchschnittlich intelligent und gut fähig zur Introspektion“ (ID E174).

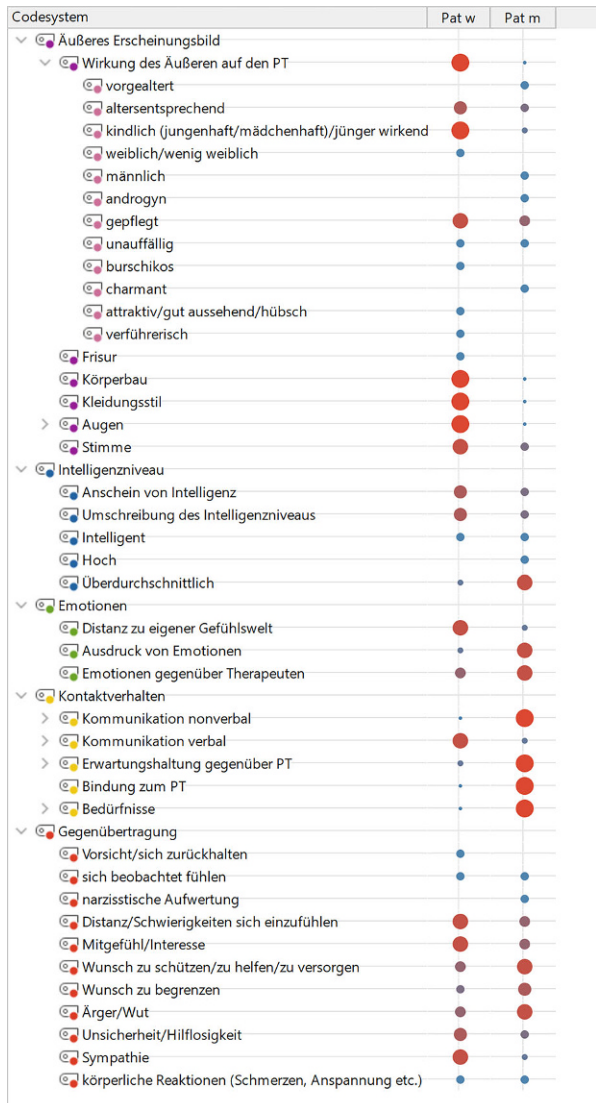
Der Themenbereich *Emotionen* umfasste Beschreibungen zu Gefühlen der Patient\*innen, beispielsweise: „Man merkt ihm im Kontakt die psychische Überforderung und seine depressive Verstimmung an“ (ID C069), während die Gefühle der Therapeut\*innen unter *Gegenübertragung* kodiert wurden. Letztere wurden ebenfalls qualitativ in beispielsweise *Ärger/Wut*, *Unsicherheit/Hilflosigkeit* oder *Mitgefühl/Interesse* unterschieden.

Unter *Kontaktverhalten* wurden Aussagen zu *nonverbaler* oder *verbaler Kommunikation* der Patient\*innen gefasst, ebenso wie *Erwartungshaltungen gegenüber der Psychotherapie*, *Bindung zum Therapeuten* und *Bedürfnisse* des Patienten/der Patientin, beispielsweise „Er möchte das Gespräch kontrollieren; Pausen werden sorgsam gemieden“ (ID D138).

### Vergleich der Beschreibungen von Patienten vs. Patientinnen

Das *äußere Erscheinungsbild* wurde deutlich häufiger (104-mal vs. 42-mal,  $p < 0,001$ ) und qualitativ anders bei Patientinnen als bei Patienten beschrieben (Abb. 1). Hinsichtlich der *Wirkung auf die Therapeuten* gab es auffällige Unterschiede: Frauen wurden 12-mal als attraktiv/gut aussehend/hübsch beschrieben, wohingegen keiner der Männer ein solches Attribut erhielt. Als kindlich wirkend wurden 7 Frauen beschrieben, jedoch nur 2 Männer. Frauen wurden häufiger als weiblich oder wenig weiblich wirkend bezeichnet (4-mal), während nur einer der Männer als männlich beschrieben wurde („ein ... eher kleiner, kräftiger, aber nicht dicker Mann, der

**Abb. 1** Beschreibung von weiblichen (*Pat w*) vs. männlichen Patient\*innen (*Pat m*) in Berichten an den Gutachter im Rahmen von Anträgen auf Kostenübernahme von Psychotherapie. Je häufiger eine Nennung erfolgte, desto größer ist der Kreis



optisch durchaus männlich wirkt“, ID E174). Im Gegensatz dazu wurde das Attribut „charmant“ nur bei Männern (2-mal) vergeben, bei Frauen jedoch nie. Die *Frisur* wurde 5-mal bei Frauen erwähnt, nie bei Männern ( $p=0,02$ ). In allen Fällen, in denen die Haarfarbe in den Berichten erwähnt wurde, war es eine Variante von blond („blond gefärbt“ [ID E122], „blonde Haare“ [ID E129], „mit langen blonden Haaren“ [ID E163], „rotblonde Haare“ [ID E204]). Der *Körperbau* wurde 14-mal bei Frauen beschrieben und 8-mal bei Männern ( $p=0,06$ ). Ähnlich war es beim *Kleidungsstil*: 15-mal bei Frauen vs. 6-mal bei Männern ( $p<0,001$ ). Die *Augen* wurden bei Frauen 9-mal beschrieben (zum Beispiel als traurig, groß, fragend, grün), hingegen nur 2-mal bei Männern ( $p=0,08$ ). Die *Stimme* wurde bei Frauen 6-mal erwähnt, bei Männern 3-mal, ( $p=0,52$ ).

Beim *Intelligenzniveau* war dieses Verhältnis eher umgekehrt. Dieses Thema wurde bei Männern etwas häufiger erwähnt als bei Frauen (14-mal vs. 11-mal,  $p=0,25$ ), wobei sich die Unterschiede vor allem in den qualitativen Beschreibungen zeigten: Männer wurden 7-mal als *überdurchschnittlich* oder *hoch intelligent* bezeichnet, jedoch Frauen nur 2-mal ( $p=0,04$ ).

Hinsichtlich der Beschreibung von *Emotionen* der Patient\*innen fanden sich nur wenige Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei Frauen wurde etwas häufiger dargestellt, dass sie zu ihrer *Gefühlswelt* *distanziert* seien (8-mal vs. 4-mal,  $p=0,46$ ), während bei ihnen seltener als bei Männern der *Ausdruck von Emotionen* beschrieben wurde (10-mal vs. 14-mal,  $p=0,13$ ).

Aussagen zum *Kontaktverhalten* wurden häufiger bei Männern als bei Frauen getätigt (73-mal vs. 50-mal,  $p<0,001$ ). Die Therapeut\*innen beschrieben bei ihnen häufiger die *Bindung zum Therapeuten/zur Therapeutin* (10-mal vs. 4-mal,  $p=0,03$ ), ihre *Bedürfnisse* (9-mal vs. 3-mal,  $p=0,03$ ) – zum Beispiel nach Kontrolle oder ein starkes *Mitteilungsbedürfnis* – und häufiger *nonverbales Verhalten* (38-mal vs. 28-mal,  $p=0,01$ ) – beispielsweise *Anspannung*, *fassadäres Auftreten*, *Zuverlässigkeit* – jedoch seltener *verbales Verhalten* (8-mal vs. 12-mal). Zu Letzterem gehörte beispielsweise das *verbale Ausdrücken von Leid* (einmal bei Männern, 6-mal bei Frauen).

In der *Gegenübertragung* beschrieben die Therapeut\*innen gegenüber Frauen häufiger *Vorsicht* (4-mal vs. 0-mal,  $p=0,08$ ) und *Sympathie* (6-mal vs. 2-mal,  $p=0,28$ ) sowie etwas häufiger *Mitgefühl* (9-mal vs. 7-mal,  $p=0,99$ ), aber auch *Distanz* (4-mal vs. 2-mal,  $p=0,60$ ). Männern gegenüber erlebten sie etwas häufiger den *Wunsch zu helfen/sie zu beschützen* (6-mal vs. 4-mal,  $p=0,29$ ) sowie *Ärger/Wut* (3-mal vs. einmal,  $p=0,20$ ).

## Therapeutinnen vs. Therapeuten

Wir interessierten uns auch dafür, ob sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Beschreibung der Patient\*innen sowohl bei Therapeuten als auch bei Therapeutinnen finden lassen, oder ob sich diese in ihren Beschreibungen unterscheiden. Da sich hierbei die Fallzahlen natürlich halbierten, haben wir hier keine Auszählung der Kategorien vorgenommen, sondern stellen nur die Rangfolge der häufigsten Nennungen in Form von Codewolken (Abb. 2) dar.





Hierbei sieht man, dass *Patienten* sowohl von Therapeuten als auch von Therapeutinnen häufig bezüglich ihres Emotionsausdrucks beschrieben wurden. Therapeutinnen schrieben häufiger als ihre männlichen Kollegen über ihr Mitgefühl/Interesse, über den Wunsch nach Selbstkontrolle seitens der Patienten und über die Bindung zur Therapeutin. Bei den männlichen Therapeuten zeigte sich ein sehr diverses Bild von Kategorien.

Die *Patientinnen* wurden sowohl von Therapeuten als auch von Therapeutinnen häufig hinsichtlich ihrer Wirkung des Äußeren auf die Therapeuten beschrieben. Therapeuten äußerten sich vergleichsweise häufig über den Kleidungsstil oder den Körperbau der Patientin und beschrieben diese als attraktiv, gutaussehend oder hübsch. Therapeutinnen waren relativ divers in ihren Beschreibungen; wie bei den Therapeuten traten noch am ehesten die Themen Kleidungsstil und Körperbau hervor.

## Diskussion

Wir wollten in dieser Untersuchung herausfinden, ob es Hinweise darauf gibt, dass Patientinnen in Psychotherapieberichten anders beschrieben werden als Patienten (Bar-Tal und Saxe 1976).

Unsere Ergebnisse zeigen, dass bei Frauen deutlich häufiger über äußere Attribute wie Frisur (einschließlich Haarfarbe), Körperbau, Kleidung etc. gesprochen wird als bei Männern. Bei Letzteren hingegen wird häufiger deren hohe beziehungsweise überdurchschnittliche Intelligenz hervorgehoben. Natürlich könnte dies auch daran liegen, dass die Patienten in unserer Stichprobe tatsächlich intelligenter waren als die Patientinnen. Dies lässt sich nicht direkt überprüfen, aber zumindest war das Bildungsniveau der Frauen und Männer in der vorliegenden Studie annähernd gleich verteilt (der Anteil der Personen mit dem Abitur war bei den Frauen sogar etwas höher als bei den Männern). Es ist also anzunehmen, dass bei Männern häufiger auf deren Intelligenz geachtet beziehungsweise diese bei ihnen vermutet wird, oder dass diese sich in den Sitzungen deutlicher zeigt, beispielsweise durch elaboriertere Wortwahl. Für erstere Vermutung sprechen Befunde zu Einstellungen von Eltern gegenüber ihren Kindern: Sie halten ihre Söhne häufiger für intelligent als ihre Töchter (Furnham et al. 2002). Ähnliches zeigt sich bei vignettenbasierten Studien zu Wahlkandidaturen: Den stereotyp maskulin Porträtierten wird mehr Kompetenz zugeschrieben als den stereotyp Femininen (Huddy und Terkildsen 1993). Für die zweite Erklärung hingegen sprechen Analysen geschlechtstypischen Gesprächsverhaltens in Fernsehshows (Kotthoff 2017) oder in Unternehmen (Nelke-Mayenknecht 2008).

Warum wird nun bei Frauen häufiger über deren Aussehen gesprochen? Bezüglich der Kleidung, die ja ein Ausdruck des persönlichen Stils ist, liegt es nahe, dass darüber in Psychotherapieberichten zu lesen ist – allerdings müsste dies bei Männern und Frauen gleich häufig erfolgen. Aber welche Relevanz für den Gutachter beziehungsweise die Gutachterin hat es, die Haarfarbe der Frau zu kennen? Ist es Zufall, dass immer nur von blonden Frauen die Rede war, nie aber von brünetten oder grauhaarigen? Blondsein ist als „mixed blessing“ beschrieben worden, indem blonden

Frauen zwar mehr Attraktivität, aber auch weniger Intelligenz zugeschrieben wird (Heckert 2003). Insofern könnte die Erwähnung der Haarfarbe – möglicherweise nicht bewusst – mit der Frage von Attraktivität, aber auch von anderen vermuteten Eigenschaften verknüpft sein. Letztlich bleibt aber offen, wieso dies im Bericht für den Gutachter Erwähnung findet.

Auch der Körperbau wurde bei Frauen häufiger thematisiert als bei Männern, was implizit damit im Zusammenhang stehen könnte, als wie attraktiv die Patientin von der Therapeutin/dem Therapeuten eingeschätzt wird. Es könnte aber auch deshalb erwähnt werden, weil die Therapeut\*innen vermuten, dass dies für die Patientinnen selbst wichtig ist. Die Einschätzung des eigenen Körpers weicht bei Frauen häufiger vom als attraktiv wahrgenommenen Körperbau ab als bei Männern, und zwar in der Regel so, dass sie sich als zu dick erleben (Fallon und Rozin 1985), was auch mit der höheren Prävalenz von Essstörungen bei Frauen in Verbindung gebracht wird (Jacobi et al. 2004).

Noch drastischer wird es, wenn man von den eher objektiven Beschreibungen weggeht, hin zu persönlichen Einschätzungen: Patientinnen werden – wie unsere Vermutung während des ersten (ungerichteten) Lesens der ersten Berichte war – tatsächlich häufiger als attraktiv dargestellt (und vielleicht auch so von den Psychoanalytiker\*innen erlebt) als die Patienten, und zwar sowohl von Analytikern als auch von Analytikerinnen. Die Frauen werden auch häufiger als kindlich oder jünger wirkend beschrieben, während dies bei den Männern nur selten der Fall ist. Auch hier ist natürlich denkbar, dass die Frauen in unserer Stichprobe, „objektiv“ gesehen, attraktiver beziehungsweise kindlicher waren als die Männer. Aber schon diese Formulierung zeigt, dass dies schwerlich der Fall sein kann, da es ein solch objektives Kriterium nicht gibt (man könnte, wenn es denn überhaupt so ein Kriterium gäbe, auch die Frage stellen, warum Männer nicht entsprechend häufiger als „unattraktiv“ oder „altersangemessen“ beschrieben wurden). Was also veranlasst Analytiker\*innen dazu, ihre Patientinnen gegenüber dem Gutachter/der Gutachterin häufiger als attraktiv zu bezeichnen? Es ist nicht naheliegend, dass sie damit die Befürwortungswahrscheinlichkeit erhöhen möchten. Vielleicht soll die Betonung der körperlichen Attraktivität (bei den Frauen) und der Intelligenz (bei den Männern) als eine Art Diskrepanz zum seelischen Befinden das Leiden an sich selbst herausstreichen?

Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Vergleich mit einem ganz anderen Feld sozialer Interaktion: mit Online-Spielen. Bei diesen kann der Avatar, also die eigene Identität im Spiel, komplett so gestaltet werden, wie man das möchte – sei es männlich oder weiblich oder androgyn. In einer Studie (Waddell und Ivory 2015) wurden Avatare systematisch variiert, und anhand von 2300 Interaktionen wurde untersucht, wie die Spieler\*innen darauf reagieren. Es zeigte sich, dass attraktiven Avataren häufiger geholfen wurde als weniger attraktiven und weiblichen Avataren weniger als männlichen. Wenn diese Befunde auch auf psychotherapeutische Interaktionen zutreffen würden, dann entstammt die Betonung von Attraktivität durch die Verfasser\*innen der Berichte insbesondere bei den Patientinnen womöglich auch der Hoffnung, Hilfe für sie zu bekommen – also eine Kostenübernahme von Psychotherapie.

Unsere Ergebnisse sind auch im Einklang mit der eingangs erwähnten Studie von Klöß-Rotmann et al. (2009). Interessant scheint uns dabei besonders der Aspekt der „Verführung“. Ist es möglicherweise so, dass sich Therapeut\*innen bei Patienten eher durch Intelligenz und bei Patientinnen eher durch Attraktivität „verführen“ lassen? Die meisten Patient\*innen wollen den/die Analytikerin ja zumindest auch so weit „verführen“, dass sie einen Therapieplatz erhalten. Es ist in dieser Hinsicht also auch gut denkbar, dass Patient\*innen geschlechtsrollenspezifisches Verhalten zeigen, um dadurch die Therapeut\*innen für sich zu gewinnen.

Erwähnenswert ist auch, dass bei den Patienten häufiger als bei den Patientinnen über deren nonverbales Verhalten geschrieben wurde. Hier könnte sich niederschlagen, dass bei Männern häufiger wahrgenommen (oder vermutet) wurde, dass sie sich beziehungsweise ihre Gefühle nicht so gut in Worten ausdrücken können oder dies nicht möchten (Werrbach und Gilbert 1987). Psychosoziale Berater gingen in einer US-amerikanischen Studie davon aus, dass Männer im Vergleich zu Frauen „hypoemotional“ seien (Heesacker et al. 1999). Das wiederum führt im Umkehrschluss dazu, dass bei Frauen die Gefahr besteht, dass die von ihnen geäußerten Schmerzen und Ängste weniger ernst genommen werden, wie eine experimentelle Studie nahelegt (Zhang et al. 2021). Gleichzeitig besteht bei Männern das Risiko, dass ihre Nöte übersehen werden, wenn sie sie nicht oder nur sehr zurückhaltend äußern (Karger 2014; Stoppe et al. 1999). Insofern können Genderstereotype die Diagnostik und Behandlung stark beeinflussen.

Die Ergebnisse unserer Studie sind im Licht ihrer Begrenzungen zu betrachten. Bei qualitativen Studien stellt sich aufgrund der kleineren Fallzahl und des zielgerichteten Sampling häufig die Frage nach der Repräsentativität der Stichprobe. Um dies beurteilen zu können, dient in unserem Fall die Gesamtzahl der vorhandenen Anträge auf analytische Psychotherapie als Vergleich, die ja per Zufall gezogen worden waren. Dabei sehen wir, dass sowohl in der Gesamtgruppe als auch in den für die vorliegende Studie qualitativ analysierten Berichten männliche Patienten häufiger bei männlichen Therapeuten eine Behandlung beantragten (62 % in der Gesamtgruppe, 70 % in der aktuellen Stichprobe) und weibliche Patientinnen häufiger bei weiblichen Therapeutinnen (67 % in der Gesamtgruppe und 65 % in der aktuellen Stichprobe). Auch Alter, Bildungsniveau und Diagnosespektrum waren sehr ähnlich. Wir können deshalb davon ausgehen, dass die hier eingeschlossenen Patient\*innen in wesentlichen Charakteristika nicht von der Gesamtpopulation der Patient\*innen in analytischer Psychotherapie abweichen. Dass Patienten eher Analytiker und Patientinnen eher Analytikerinnen aufsuchen, ist nicht unbedingt als nachteilig zu beurteilen. Im Gegenteil, gleichgeschlechtliche Paare zeigten in einer österreichischen Studie sogar bessere Therapieergebnisse (Löffler-Stastka et al. 2006).

Eine Einschränkung der Studie besteht in ihrem Material, das ja für einen bestimmten Zweck entstand, nämlich die Kostenübernahme für eine Psychotherapie zu erlangen. Die Therapeut\*innen wurden also nicht interviewt oder anderweitig befragt, was dazu führt, dass die Texte sehr knapp und verdichtet sind. Auf der anderen Seite besteht ein Vorteil darin, dass diese Texte aus der alltäglichen Versorgungspraxis stammen und nicht extra für eine wissenschaftliche Studie generiert wurden. Damit bilden sie die klinische Wirklichkeit ab, zumindest in Ausschnitt-

ten. Außerdem ist vermutlich auch die soziale Erwünschtheit weniger wirksam als bei einer expliziten Befragung, wie es sich auch in der Studie von Marulanda und Radtke (2019) gezeigt hatte.

Abschließend und einschränkend möchten wir – wie im Eingangszitat von Virginia Ungar erwähnt – darauf hinweisen, dass auch diese von uns herausgearbeiteten Genderstereotype dem gesellschaftlichen Wandel unterliegen und von diesem beeinflusst werden (Brody 1997). Insofern bildet unsere Arbeit nur einen Moment gegenwärtiger Psychotherapiepraxis ab. Sie kann aber vielleicht dabei helfen, eigene Routinen beim Verfassen von Berichten an den Gutachter beziehungsweise beim Beschreiben von Patientinnen und Patienten zu reflektieren.

**Zusatzmaterial online** Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00451-022-00486-5>) enthalten.

**Förderung** Die Studie wurde anteilig durch die International Psychoanalytical Association (IPA) finanziert (# 4954).

**Funding** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

**Interessenkonflikt** S. Singer, J. Blanck, L. Maier und C.-L. Tischner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Open Access** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

- Bar-Tal D, Saxe L (1976) Physical attractiveness and its relationship to sex-role stereotyping. *Sex Roles* 2(2):123–133
- Brody LR (1997) Gender and emotion: beyond stereotypes. *J Soc Issues* 53(2):369–393. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00022>
- Coates J (2007) Talk in a play frame: more on laughter and intimacy. *J Pragmat* 39(1):29–49. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2006.05.003>
- Danielsson UD, Bengs C, Samuelsson E, Johansson EE (2011) “My greatest dream is to be normal”: the impact of gender on the depression narratives of young Swedish men and women. *Qual Health Res* 21(5):612–624
- Eagly AH, Steffen VJ (1984) Gender stereotypes stem from the distribution of women and men into social roles. *J Pers Soc Psychol* 46(4):735–754. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.735>
- Ebert ID, Steffens MC, Kroth A (2014) Warm, but maybe not so competent?-contemporary implicit stereotypes of women and men in Germany. *Sex Roles* 70(9–10):359–375
- Fallon AE, Rozin P (1985) Sex-differences in perceptions of desirable body shape. *J Abnorm Psychol* 94(1):102–105. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.94.1.102>

- Fischer AR, Good GE (1997) Men and psychotherapy: an investigation of alexithymia, intimacy, and masculine gender roles. *Psychotherapy* 34(2):160–170
- Furnham A, Reeves E, Budhani S (2002) Parents think their sons are brighter than their daughters: sex differences in parental self-estimations and estimations of their children's multiple intelligences. *J Genet Psychol* 163(1):24–39. <https://doi.org/10.1080/00221320209597966>
- Greenwald AG, Banaji MR (1995) Implicit social cognition—attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychol Rev* 102(1):4–27. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.102.1.4>
- Heckert DM (2003) Mixed blessings: women and blonde hair. *Free Inq Creat Sociol* 31(1):47–72
- Heesacker M, Wester SR, Vogel DL, Wentzel JT, Mejia-Millan CM, Goodholm CR (1999) Gender-based emotional stereotyping. *J Couns Psychol* 46(4):483–495. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.4.483>
- Henkel M, Zimmermann J, Huber D, Staats H, Benecke C (2020) Predictors of psychoanalytic technique: results from a naturalistic longitudinal study. *Psychoanal Psychol* 37(2):128–135
- Huddy L, Terkildsen N (1993) Gender stereotypes and the perception of male and female candidates. *Am J Political Science* 37(1):119–147. <https://doi.org/10.2307/2111526>
- Jacobi F, Hoyer J, Wittchen HU (2004) Mental health in east and west Germany: analyses of the German national health interview and examination survey. *Z Klin Psychol Psychother* 33(4):251–260
- Karger A (2014) Geschlechtsspezifische Aspekte bei depressiven Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57(9):1092–1098
- Klöß-Rotmann L, Pirmoradi S, Kächele H (2009) Psychoanalytiker als Berichterstatter. Genderprototypen des Beschreibens. *Forum Psychoanal* 25(1):66–74. <https://doi.org/10.1007/s00451-009-0377-1>
- Kotthoff H (2017) Kommunikative Stile, Asymmetrie und „Doing Gender“. Fallstudien zur Inszenierung von Expert(inn)entum in Gesprächen. *Fem Stud* 93(2):79–95
- Löffler-Stastka H, Ponocny-Seliger E, Meissel T, Springer-Kremser M (2006) Gender aspects in the planning of psychotherapy for borderline personality disorder. *Wien Klin Wochenschr* 118(5–6):160–169
- Marulanda D, Radtke HL (2019) Men pursuing an undergraduate psychology degree: what's masculinity do to do with it? *Sex Roles* 81(5–6):338–354. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0995-4>
- Mushaben JM (2018) KAN-DI(E)-DAT? Unpacking gender images across Angela Merkel's four campaigns for the chancellorship, 2005–2017. *Ger Polit Soc* 36(1):31–51
- Nelke-Mayenkecht A (2008) Kommunikationsstrategien und Netzwerkbeziehungen von Frauen und Männern im Beruf. FU, Berlin
- Olliffe JL, Phillips MJ (2008) Men, depression and masculinities: a review and recommendations. *J Mens Health* 5(3):194–202
- Schigl B (2018) Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? 2. Aufl. Springer, Wiesbaden <https://doi.org/10.1007/978-3-658-20471-6>
- Schigl B (2022) Gender als maßgebliche Perspektive in der Psychotherapie. *Psychotherapie* 67:283–287. <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00598-7>
- Sievers L, Singer S (2021) „Bemitleide dich mal nicht selbst!“ – Reaktionsmuster auf Psychotherapieberichte über Patienten mit und ohne innerfamiliäre Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend. *Forum Psychoanal*. <https://doi.org/10.1007/s00451-021-00442-9>
- Singer S, Sievers L, Linn L-M, Janke J, Dietsch L, Negwer V (2021) What is considered to be emotional suffering by psychotherapy patients and their therapists in Eastern versus Western Germany? A mixed-methods study. *Couns Psychother Res* 21(2):448–458. <https://doi.org/10.1002/capr.12345>
- Singer S, Blanck J, Scholz I, Büttner M, Maier L (2022a) Hängen die Stundenkontingente für ambulante Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen mit deren Schweregrad zusammen? *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01374-3>
- Singer S, Sievers L, Scholz I, Blanck J, Taylor K, Maier L (2022b) Who seeks psychodynamic psychotherapy in community-based practices? Data from 983 patients in Germany. *Psychoanal Psychol*. Eingereicht
- Spitzer C, Strauss B (2022) Doing gender (and diversity) in psychotherapy. *Psychotherapie* 67(4):281–282. <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00608-8>
- Stoppe G, Sandholzer H, Huppertz C, Duwe H, Staedt J (1999) Gender differences in the recognition of depression in old age. *Maturitas* 32(3):205–212
- Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 19(6):349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

- Waddell TF, Ivory JD (2015) It's not easy trying to be one of the guys: the effect of avatar attractiveness, avatar sex, and user sex on the success of help-seeking requests in an Online game. *J Broadcast Electron Media* 59(1):112–129. <https://doi.org/10.1080/08838151.2014.998221>
- Werrbach J, Gilbert LA (1987) Men, gender stereotyping, and psychotherapy—therapists perceptions of male clients. *Prof Psychol Pract* 18(6):562–566
- West C, Zimmerman DH (1987) Doing gender. *Gen Soc* 1(2):125–151. <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>
- Zhang LL, Losin EAR, Ashar YK, Koban L, Wager TD (2021) Gender Biases in Estimation of Others' Pain. *J Pain* 22(9):1048–1059. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.03.001>

**Prof. Dr. Susanne Singer** geb. 1972, Psychologin, Epidemiologin, Psychologische Psychotherapeutin (TP/AP); Psychoanalytikerin (IPA, DPV), Leitung der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz. Wissenschaftliche Schwerpunkte: ambulante psychosoziale Versorgung und Psychotherapie, Lebensqualität und psychische Gesundheit bei Krebskranken, Sozialepidemiologie.

**Dipl.-Psych. Julian Blanck** geb. 1982, Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut (AP), Psychoanalytiker (IPA, DPV), klinisch tätig in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz. Wissenschaftliche Schwerpunkte: ambulante psychosoziale Versorgung und Psychotherapie, klinisch-psychoanalytische Konzeptforschung, analytische Sozialpsychologie.

**Lena Maier** geb. 1989, Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin i. A. (TP/AP); wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz. Wissenschaftliche Schwerpunkte: ambulante psychosoziale Versorgung und Psychotherapie, klinisch-psychoanalytische Konzeptforschung, Versorgungsepidemiologie.

**Cora-Lisa Tischner** geb. 1987, Ärztin, Klinik Lahnhöhe – Überregionales Zentrum für Psychosomatische Medizin und Ganzheitliche Heilkunde.