

Klemens Hafner-Hanner

Gender als Teil psychotherapeutischen Handelns

Kontext Schwangerenberatungsstelle. Eine Klientin bittet um einen Termin bei einem männlichen Berater. Nachdem ich der Einzige an dieser Stelle bin, landet sie bei mir. Es stellt sich heraus, dass sie mit ihrem Freund in Paarberatung bei einer Frau war und jetzt im Einzelsetting bei einem Mann an eigenen Themen weiterarbeiten möchte. Die Klientin hat in den letzten drei Jahren acht Kinder verloren, meist so um die 8 SSW. Als Ziel formuliert sie, „unbedingt Mutter“ werden zu wollen.

Bei dieser Beratung nehme ich das erste Mal die Unterscheidung bewusst wahr: Die Klientin hat mich nach dem Geschlechtsmerkmal „Mann“ ausgewählt. Auch wenn ich annehme, dass das öfter passieren wird, taucht bei mir in dieser Situation deutlich die Hypothese auf, dass es einen Unterschied macht, ob ich als Klientin oder Klient mit einer Beraterin oder einem Berater arbeite.

In der Abschlussarbeit meiner Therapieausbildung an der Lehranstalt, die diesem Artikel zugrunde liegt, habe ich mich näher mit dem Thema biologisches und soziales Geschlecht in der Psychotherapie beschäftigt. Damit einhergehend habe ich die Frage erörtert, wie Unterschiede, wenn es welche gibt, zustande kommen und wie sich diese auf die Zufriedenheit sowie auf das Ergebnis einer Therapie oder Beratung auswirken.

Eine eingehende Recherche mit überwiegend aus dem

deutschen Sprachraum stammender Literatur sowie eigene Beobachtungen und Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen bildeten die Grundlage der Arbeit und dieses Artikels. Den Fokus habe ich auf das Einzelsetting in der Psychotherapie gelegt.

Bislang gibt es noch wenig Literatur darüber, ob, und wenn ja, welche Auswirkungen Gender im therapeutischen Handeln und auf den Therapie-Outcome hat. Bestimmte Geschlechterkonstellationen von Klientinnen und Therapeutinnen wurden mir in Gesprächen mit Kolleginnen wie auch Klientinnen als tendenziell hilfreicher bzw. weniger hilfreich beschrieben. Der Unterschied wurde mir überwiegend bei der Kategorie Geschlecht benannt. Und in fast allen Fällen konnten auch Ausnahmen erfragt werden, die es schwierig machten, Unterschiede allein an der Kategorie Geschlecht festzumachen.

Ich werde mich in diesem Artikel vereinfachend auf sich als weiblich und männlich verstehende Therapeutinnen, Klientinnen und Patientinnen fokussieren und den Bereich der Trans* und Inter* Geschlechtlichkeiten nicht explizit behandeln. Dieser Themenbereich fordert aus meiner Sicht eine intensive Auseinandersetzung mit den bereits bestehenden LGBT* Studies, die sich mit den sozialen und politischen Bedingungen der Lebensbereiche von Personen beschäftigen, die ihre sexuelle Orientierung als bisexuell oder homosexuell begreifen oder Menschen, deren eigene Ge-

schlechtsverortung vom sozial zugeschriebenen Geschlecht abweicht (Trans) bzw. deren Körper die hegemonale und biologistisch-binäre Zuordnung überschreiten (Intern*) (vgl. Schigl, 2018, S. 53).

Die Frage nach geschlechtergerechter Formulierung löse ich, indem ich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit in dem vorliegenden Artikel die weibliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwende. So es inhaltlich explizit um Männer oder Frauen geht, formuliere ich dies. Dies impliziert keine Benachteiligung des männlichen Geschlechts und darf im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein. Auch trägt es dem Umstand Rechnung, dass es im therapeutischen Kontext mehr weibliche Therapeutinnen gibt, die mit überwiegend weiblichen Klientinnen bzw. Patientinnen arbeiten.

MÖGLICHE EINFLUSSFAKTOREN

Mögliche Anhaltspunkte liefert zunächst die Auseinandersetzung mit Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit: In jeder therapeutischen Interaktion, in jeder Auslegung einer in der Psychotherapie erzählten Situation schwingen die gender belief systems beider Interaktionspartnerinnen mit. Die amerikanische Soziolinguistin Deborah Frances Tannen betont zudem Unterschiede in der Sprache von Männern und Frauen, die sich in therapeutischen Settings zeigen können.

„Selbst, wenn Männer und Frauen dieselben Worte benutzen, bezeichnen sie damit Unterschiedliches: Männer das, was sie für konkrete Sachverhalte halten, Frauen emotionale Eindrücke, die mit Erfahrungen oder Sachverhalten verbunden sind. [...] Das Erzählen von Frauen ist vorwiegend bindings-, kooperations- und harmonieorientiert, das von Männern primär fakten-, konkurrenz- und statusorientiert.“ (Tannen 1991, in: Grossmann 2016, 63).

Jaeggi (2014) zitiert in einem Artikel Manfred Spreng, der 2008 in einem Vortrag die Unterschiede in Bezug auf die Sprache im biologischen Bereich beschreibt: Schon sehr junge weibliche Babys weisen beim Anhören von Gesprächslauten in der linken Hirnhälfte mehr Aktivität auf als in der rechten. Schon im Alter zwischen 48 und 80 Stunden, so Spreng in seinem zusammenfassenden Referat, zeigen weibliche Neugeborene mehr Verhaltensantworten auf die menschliche Stimme als gleichaltrige Jungen.

Bei Frauen ist eine um 23 % stärkere Verbindung zwischen beiden Hirnhälften gege-

ben, was mit der höheren verbalen Gewandtheit der Frauen in Zusammenhang gebracht wird. Bei Frauen ist also beim Sprechen das gesamte Gehirn beteiligt, bei Männern nur die linke Hirnhälfte. Schon bald nach der Geburt können weibliche Säuglinge besser im Gesicht der Mutter „lesen“ und den Tonfall ihrer Stimme erkennen. Die „Schaltkreise für zwischenmenschliche und verbale Kommunikation seien im Gehirn von Frauen von Natur aus fester verdrahtet als bei Männern. In der Pubertät aktiviert Östrogen im Gehirn eines Mädchens das Oxytocin und spezifische weibliche Schaltkreise, insbesondere solche, welche die Fähigkeit, sich mit anderen zu unterhalten, steuern.“ (Spreng, 2008, S. 14 in Jaeggi, 2014, 2).

Hirnforscherinnen, die im Bereich Gender forschen (beispielsweise Cordela Fine (Kanada) oder Sigrid Schmitz (Deutschland)) kritisieren Spreng, dass er einzelne Hirnforschungsergebnisse herausucht, um seine Thesen zu bestätigen. In der Hirnforschung wird oft nur mit sehr kleinen Stichproben gearbeitet und es werden nur Ergebnisse publiziert, die Unterschiede zeigen, nicht jedoch jene, die keine Unterschiede zeigen.

Nach Niel-Dolzer drohen Diskurse über Frau/Mann und Geschlechterverhältnisse recht schnell in eine fundamentalistische und polarisierende und in der Folge feindselige Denk- und Sprachpraxis zu kippen. Ihrer Einschätzung nach liegt das unter anderem daran, dass immer auch Macht-Diskurse angesprochen werden, und Männer und Frauen im Allgemeinen wenig Übung haben, Macht-Diskurse zu führen, ohne in trivialisierende und lineare Täter-Opfer-Logiken zu verfallen.

Für Niel-Dolzer ist es wichtig, sich der eigenen Subjektivität gewahr zu sein; also im Blick zu behalten, dass wir immer aus unserem subjektiven und unverwechselbaren Gewordensein heraus denken und sprechen, unserer je einzigartigen Biografie als Frau oder als Mann für das Zustandekommen der je eigenen Sichtweise ausschlaggebende Bedeutung hat (vgl. Niel-Dolzer, 2019).



MAG. KLEMENS HAFNER-HANNER ist Pädagoge, Dipl. Ehe-, Familien- und Lebensberater, Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision (SF), Referent für Beratung bei beziehung-leben.at, Pastoralamt Diözese Linz

DOING GENDER

Im Konzept des Doing Difference wurde der Doing-Gender-Ansatz 1995 von Candace West und Sarah Fenstermaker neben Geschlecht (gender) um zwei weitere soziale Differenzkategorien erweitert: die soziale Klasse (class) und die ethnische Zugehörigkeit (race). Kerngedanke ist, dass der Stellenwert von Geschlecht nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern in seinem Kontext mit Ethnie und Status erfasst wer-

den muss. Dabei gibt es keine grundsätzliche Hierarchie zwischen den verschiedenen Kategorien, die Relevanz von gender, class und race hängen von dem jeweiligen Kontext ab (vgl. Westheuser, Linus; <https://gender-glossar.de/glossar/item/80-doing-gender>, 31.07.2019).

Für die österreichische Psychotherapeutin und klinische Psychologin Brigitte Schigl erweist sich das interaktionstheoretische Konzept von Doing Gender als besonders fruchtbar für das Verständnis von Dynamiken in den unterschiedlichen Gender-Dyaden – auch im therapeutischen Kontext. Die Art und Weise der Gestaltung von Beziehungen zu anderen Menschen wird von Vorstellungen geprägt, wie ein Mann/ eine Frau reden und handeln könnte oder sollte. Ebenso wichtig sind hier Faktoren wie Alter, sozialer Herkunft und ethnisch-kultureller Zugehörigkeit. Davon ausge-

ebenso bestimmt wie durch das meines Gegenübers.

Schigl beschreibt den interaktionalen Aspekt von Gender als Psychotherapie-nahe: Psychotherapie wirkt – darin sind sich alle Orientierungen einig – durch Interaktion. Und diese Interaktion hat auch etwas mit Gender zu tun, mit den geschlechtlichen Identitäten der Gesprächspartnerinnen (vgl. Schigl, 2019, 19).

Schigl hat Aussagen von rund 300 Therapeutinnen, die bei ihrer Fortbildungen zum Thema Gender besuchten, gesammelt und qualitativ ausgewertet.

Die Therapeutinnen werden in ihrer Studie gebeten, darüber nachzudenken, wie es ihnen mit Patientinnen und Patienten gehe. Was für sie eine bestimmte Geschlechterkonstellation kennzeichnet, was dabei als leicht, was als schwieriger empfunden wird und ob es gehäuft um bestimmte Themen geht bzw. spezifische

Reaktionen (auf beiden Seiten) zu bemerken sind.

Den qualitativen Daten unterlegt Schigl eine differenztheoretische Perspektive, die im theoretischen Rahmen von Doing Gender gelesen wird. Die Aussagen werden in Protokollen gesammelt, transkribiert und sodann nach den verschiedenen Gender-Konstellationen geordnet und thematisch verdichtet.

Nach ungefähr 100 Aussagen wurden Kategorien gebildet und später hinzukommende Aussagen dann in die jeweils

passenden Kategorien hinzugefügt. Nur mehrfach (mind. dreimal) vorkommende Aussagen gingen in die Analyse mit ein (vgl. Schigl, 2019, 20).

Dabei zeigen sich für Schigl drei Dimensionen von Gender in der Therapie:

- Prozessspezifisch: Zu Beginn der Therapie, dann besonders in verunsichernden Situationen
- Themenspezifisch: Inhalte, bei denen Gender besonders zum Tragen kommt
- Beziehungsspezifisch: Färbung der Interaktionen, der Beziehung und Modi des therapeutischen Handelns je nach Zusammensetzung der therapeutischen Dyade

Dazu zunächst ein Blick auf die Statistik: Frauen und Männer weisen als Patientinnen deutliche Unterschiede in den Prävalenzen und Ausprägungen psychischer Störungen auf. Frauen werden generell öfter (und öfter zu weiblichen Therapeutinnen) in Psychotherapie überwiesen. Vor allem gut gebildete Klientinnen aus der Mittelschicht nehmen häufiger als Männer (ambulante) Psychotherapie in Anspruch.

Mehr Frauen als Männer entscheiden sich von sich aus dafür, eine Psychotherapie zu beginnen: Mehr als zwei

Ein Blick auf die Statistik: Frauen und Männer weisen als Patientinnen deutliche Unterschiede in den Prävalenzen und Ausprägungen psychischer Störungen auf. Frauen werden generell öfter (und öfter zu weiblichen Therapeutinnen) in Psychotherapie überwiesen.

hend entfaltet sich geschlechtliche Identität subtil oder deutlich anders und enthält mehr oder minder stark polarisierende bzw. rigide Geschlechterbilder. Für Schigl ist entscheidend, als Therapeutin diese unterschiedlichen Verhaltensweisen zu reflektieren, anzupassen sowie neue Perspektiven und Handlungsoptionen auszuloten.

Doing Gender ist für Schigl aus zwei Gründen nützlich für die Psychotherapie:

1. Sie macht Handlungsoptionen frei: Wenn unser Verhalten Geschlechtlichkeit in all ihren Varianten produziert, dann liegt es an uns, diese unterschiedlichen Verhaltensweisen zu reflektieren, anzupassen und neue Perspektiven auszuloten. Ein solches Verständnis von Gestaltbarkeit wohnt auch jeder Psychotherapie inne.
2. Gender entsteht in Interaktion. D.h. es reicht nicht, wenn wir (objektivierend) unsere Klientinnen als geschlechtliche Wesen mit bestimmten Handlungsoptionen analysieren. Wir sind als Therapeutinnen ebenso Teil der Interaktionen. Wie ich in Beziehung zu einer bestimmten Patientin trete, ist durch mein eigenes Gender (und andere Faktoren)

Drittel aller Patientinnen ambulanter Psychotherapie sind Frauen, knapp ein Drittel Männer. Männer haben mehr Schwierigkeiten, sich als hilfsbedürftig zu sehen, darzustellen und solche Hilfe anzunehmen. Viele Männer nutzen Beratung oder Therapie erst, wenn sie von anderen dazu gedrängt werden. Dazu kommt aber auch, dass Männern insgesamt seltener eine Therapie empfohlen wird als Frauen, auch wenn ihr diagnostischer Befund gleichlautend ist. Dies liegt u.a. daran, dass männliche Leidenszustände eher als somatisch betrachtet werden sowie Männern

eine geringere Therapie-Compliance zugesprochen wird. Zudem erwarten sich männliche Klienten von Therapeuten (eher) praktische Unterstützung bei ihren problemlösenden Aktivitäten, weil sie sich von Männern mehr „therapeutische“ Nüchternheit (von der Raumgestaltung bis zur Dosierung von Empathie), mehr Sachlichkeit und mehr Verständnis für ihre Ambivalenzen erwarten (vgl. Schigl, 2018, 157 & Grossmann, 2016, 56f. & Burghardt, 2019, 73).

Auch Störungsbilder sind durch Gender geprägt: Essstörungen, Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörungen finden sich häufiger bei Patientinnen, ADHS, Drogen- und Alkoholmissbrauch oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen häufiger bei Patienten (vgl. Schigl, 2018, 158).

Ebenso entscheidet Gender (mit) darüber, wer welche Diagnose erhält und welche Zielvorstellungen für die Therapie formuliert werden. Einige deutsche Studien deuten darauf hin, dass männliche Therapeuten bei weiblichen Klientinnen das höchste und weibliche Therapeutinnen bei männlichen Klienten das niedrigste Auffälligkeitsniveau registrieren. In der amerikanischen Forschungsliteratur scheint eine leichte Tendenz zu günstigeren Prognosen bei Klientinnen des jeweils eigenen Geschlechts der Fall zu sein (vgl. Schigl, 2018, 158).

Jedoch ist auch zu betonen, differenzierte Studien zum Thema fehlen. Die quantitative Psychotherapieforschung stößt hier möglicherweise an ihre Grenzen. Es ist auch möglich, dass sich in den Studien zu Überweisungskontext und Expertinnen-Meinung Doing Gender abbildet und Klischees weitergetragen werden (vgl. Schigl, 2018, 159). Beispielsweise gibt es Frauen, die kein Problem mit ihrem Aussehen haben und Männer, die an Bulimie erkranken.

Bemerkenswert ist weiters, dass weibliche Therapeutinnen mit höherer Wahrscheinlichkeit für weibliche

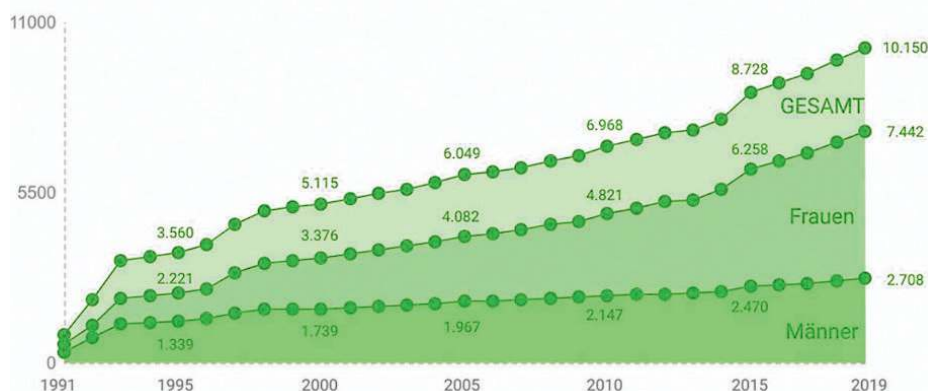


Abb. 1: Anzahl der Psychotherapeut*innen nach Geschlecht seit 1991

Stand: Oktober 2019, Quelle/Copyright: bestNET Information-Service GmbH
<https://www.psychotherapeuten.at/contents/14730/anzahl-der-psychotherapeutinnen-nach-geschlecht-seit-1991> (06.02.2020)

Klientinnen oder generell für Patientinnen beiderlei Geschlechts empfohlen werden. Dies zeigt sich besonders deutlich bei intensiv mit Gender verknüpften Störungen wie Essstörungen oder Folgen von sexualisierter Gewalt (vgl. Schigl, 2018, 132). Allerdings gibt es bei Zuweisungen auch den Faktor der verfügbaren Psychotherapeutinnen: In Österreich arbeiten deutlich mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer als eingetragene Psychotherapeutinnen, wobei erstere stärker im niedergelassenen Bereich tätig sind (siehe Abb. 1, Bestnet 2017).

Die Auswirkungen von Doing Gender in therapeutischen Settings können gerade in Situationen auftreten, die von beiden Interaktionspartnerinnen als besonders belastend oder verunsichernd erlebt werden. Dabei wird auf scheinbar signifikant gendertypische Handlungsschemata zurückgegriffen, d.h. auf gewohnte Kommunikations- und Reaktionsmuster aber in einer noch intensiveren, ja fast stereotypen Weise. Dies kann etwa der Fall sein, wenn Patientinnen oder auch Therapeutinnen starke Gefühle von Anziehung oder Ablehnung für ihr Gegenüber spüren. Männern erscheint es – ausgehend von den Befragungsergebnissen Schigls –, dabei bis zu einem gewissen Grad leichter zu fallen, mit Komplimenten einer weiblichen Patientin umzugehen als Therapeutinnen mit solchen von Männern (vgl. Schigl, 2019, 20).

Bestimmte Themen wurden in den Interviews in gemischtgeschlechtlichen Dyaden als zumeist schwieriger besprechbar bewertet als in genderhomogenen Dyaden.

Die Therapeutinnen nannten folgende Themenbereiche (vgl. Schigl, 2019, 20f.):

- Sexualität und Begehren mit ihren damit verbundenen Emotionen: erotische Anziehung bzw. Abweisung, (un)erfüllte Sehnsüchte ebenso wie die Abwesenheit sexueller Wünsche als Problem,

Normvorstellungen über Sexualität und (gelebte, phantasierte) Abweichungen davon, sexuelle Dysfunktionen und Störungen, sexuelle Gewalt erleben oder ausüben.

- Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung, v.a. bei jugendlichen Patientinnen und Menschen in Umbruchssituationen: Welche Frau/Mann, welche geschlechtliche Identität will die Patientin sein, in welche Richtung(en) geht das Begehren?
- Fruchtbarkeit und Reproduktion: unerfüllter Kinderwunsch, Zeugen und Gebären, Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin bei Patientin oder Partnerin, Themen der sexuellen Gesundheit, Verhütung, ungewollte Schwangerschaft/Vaterschaft, Schwangerschaftsunterbrechung, Wochenbett und Stillen. Eine besondere Situation stellt dabei die eintretende Schwangerschaft der Therapeutin dar.
- Leiblichkeit und eigener Körper, v. a. dessen Bewertung: empfundene Attraktivität bzw. deren Mangel, besondere Beachtung/Überbewertung einzelner Körperteile, daraus erwachsender Stolz/Scham, Körper-Manipulationen wie chirurgisch-kosmetische Eingriffe, Tätowierungen, Body-forming, exzessives Training, Diäten und Hungern.
- Erkrankungen der Geschlechtsorgane sowie die psychischen Belastungen (auch) infolge der medizinischen Behandlungen dieser Erkrankungen, z.B. bei Karzinomen.
- Paarbeziehungen und deren Schwierigkeiten: wie (vergebliche) Werbung, Treue/Untreue, Eifersucht, Verlassenwerden und sich trennen, psychische und/oder physische Gewalt erleben oder ausüben.
- Familiäre und partnerschaftliche Arbeitsteilung bei Kindererziehung, Pflege, Hausarbeit und Erwerbsarbeit.
- Berufliche Karriere und deren Anforderungen bzw. Implikationen.
- Einheiraten in bestimmte Milieus und damit verbundenen Erwartungen des Umfelds an bestimmtes Frau- oder Mann-Sein.

All diese Themen können in Therapeutinnen Gefühle von Vertrautheit und Gleichheit („Da kenne ich mich aus, das habe ich auch schon erlebt“) oder das Gefühl einer Andersartigkeit hervorrufen, was möglicherweise die leichtere Bearbeitbarkeit in der homogenen Dyade (Mann-Mann und Frau-Frau) erklärt.

Es erscheint überwiegend bei Themen, die zutiefst mit Leiblichkeit zu tun haben, jeweils andere subtile (leibliche) Anmutungen und Resonanzen zu geben, je nachdem, ob sie eine Frau oder ein Mann teilt: Gedanken und v. a. Emotionen einer bulimischen Patientin bezüglich des Umfangs ihrer Oberarme und Schenkel eigenleiblich nachzuvollziehen, wird weiblichen Therapeutinnen in der Regel leichter fallen als männli-

chen Kollegen. Umgekehrt wird es für männliche Therapeuten oft leichter sein, bei unterschiedlichen emotionalen Dimensionen des Hänselns wegen Feigheit und mangelnder Coolheit mitzuschwingen, die ein schüchterner Bursche von seinen Peers einstecken muss.

Auch wenn wir vom jeweils anderen Geschlecht wissen, dass es hier eine besondere Belastung gibt, diese aus eigener Erfahrung nachzuvollziehen, kann in genderhomogenen Konstellationen bis zu einem gewissen Grad leichter möglich sein (vgl. Schigl, 2019, 21).

Der Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung wird durch die Art mitbestimmt, wie die Protagonistinnen ihre Geschlechtszugehörigkeit in der Interaktion bewusst bzw. auch unbewusst inszenieren und einsetzen. In der therapeutischen Arbeitsbeziehung kann das Beziehungsgeschehen (vor dem Hintergrund eventueller Übertragungsprozesse und deren Bearbeitung) als Neustiftung von Identität intensiv erlebt werden und die Art, wie Frau- oder Mann-Sein interpretiert wird, größte Bedeutung haben (vgl. Schigl, 2018, 62).

ANALYSE UNTERSCHIEDLICHER THERAPEUTISCHER DYADEN

Die Äußerung aggressiver oder empathischer Gefühle, körperliche Berührungen, Dynamiken von Konkurrenz und Macht oder erotischer Anziehung verteilen sich ungleich je nach Gender-Konstellation in der therapeutischen Dyade oder Gruppe. Es lassen sich (ohne Trans- und Inter-Genderidentitäten zu berücksichtigen) vier mögliche Kombinationen in den therapeutischen Dyaden beschreiben: Diese Kombinationen beinhalten Patientinnen wie Therapeutinnen jeglicher sexuellen Orientierung. Dazu ließen sich aus den qualitativen Daten folgende Phänomene extrahieren, wobei wichtig dabei anzumerken ist, dass es sich immer um Tendenzen handelt und keine Aussagen über jeden Einzelprozess getroffen werden können (Schigl 2018, 109).

Weibliche Therapeutin mit weiblicher Patientin: Weibliche Dyaden scheinen einen Vertrautheits-Anfangsbonus zu haben. Die Therapeutinnen berichten, dass es ihnen leichtfällt, Kontakt herzustellen und sie recht schnell eine gute Beziehung zur Patientin aufbauen. Man schätzt sich gegenseitig und die gemeinsame Arbeit am Problem. Nähe und Verbundenheitsgefühle entstehen leicht (auf beiden Seiten), geteilte Erfahrungshintergründe können Solidarität und Parteilichkeit bahnen (und sind in der frauenspezifischen, feministischen Therapie gewollt und gefördert). Oft entsteht in weiblichen Dyaden ein Nähe- und Vertrautheitsgefühl, das intensiv reflektiert werden sollte, auch wenn es den Dialog zu intimen Themen erleich-

tern kann. Denn eine Idealisierung der Therapeutin als beste Mutter/Schwester oder intime Freundin verdeckt Konkurrenz und Machtdynamiken. Konfrontation oder Aggression und Reaktanz können in homogen weiblichen Dyaden schwerer, oft erst spät im Prozess thematisiert werden. Homoerotische Atmosphären werden von (heterosexuell orientierten) Kolleginnen oft gänzlich ausgeblendet. Daten über sexuelle Übergriffe in der weiblichen Dyade sind bis auf einzelne Fallberichte nicht vorhanden (vgl. Schigl, 2019, 21).

Weibliche Therapeutin mit männlichem Patienten: Diese Dyade kontrastiert nach Schigl patriarchale Gender-Stereotypen. Darin liegt ihrer Vermutung nach die Ursache, warum viele v.a. junge Kolleginnen diese Konstellation mit v.a. älterem Patienten als herausfordernd beschrieben haben. Sie berichten dabei, über (Anfangs) Schwierigkeiten in ihrer Therapeutenrolle anerkannt zu werden und geben Beispiele von „austesten“ und „darüber verhandeln“. Am schwierigsten empfinden sie die Versuche von Patienten, mit ihnen zu flirten, Komplimente zu machen oder anzüglich zu werden. Sie versuchen sich zu „neutralisieren“ und reagieren mit mütterlichen Gegenübertragungsgefühlen – möglicherweise, um sich auf sicheren Boden zu retten? Allerdings fällt es auch vielen Therapeutinnen gegenüber männlichen Patienten leichter, Grenzen zu wahren oder sie zu konfrontieren (vgl. Schigl, 2019, 21).

Männlicher Therapeut mit männlichem Patienten: Die homogen männliche Dyade hat v.a. zu Beginn, mit Konkurrenz und einem schwierigen Vertrauensaufbau zu kämpfen. Viele Kollegen berichten Schigl in der Befragung von einer Art Ringen, wer in der Therapie „das Sagen“ hat. Konfrontation ist aber möglich. Wenn der Beziehungsaufbau geglückt ist (tendenziell später als mit weiblichen Patientinnen), dann kann die geteilte Gender-Erfahrung vertieftes Verständnis befördern. Männer tun sich leicht, mit Männern sexuelle Inhalte anzusprechen, schwieriger ist es bei weichen und scheinbar „unmännlichen“ Gefühlen wie Scham, Hilflosigkeit, Opfersein usw. Homoerotische Tendenzen werden von (heterosexuellen) Patienten (und oft auch ihren Therapeuten) nach Schigl abgelehnt oder verleugnet – „ich bin doch nicht schwul“ müssen sich viele Patienten am Anfang versichern, obwohl sie so eine gefühlsbetonte Sache wie Psychotherapie bei einem Mann in Anspruch nehmen (vgl. Schigl, 2019, 21f).

In der männlichen Dyade fällt es Männern bis zu einem gewissen Grad leichter, eigene Schwäche zu deklarieren. So sei es eben auch möglich, gewisse Tabuthemen anzusprechen, wie (wiederholte) Affären,

partnerschaftliche Gewalt, Gewalt gegen Kinder, exzessives Trinken oder Drogenkonsum und, wie schon angesprochen, sexuelle Problemstellungen. Die Befürchtung erscheint geringer, dass bei einer Beschreibung eigener Leidenszustände als Manns der Therapeut in ähnlicher Weise reagieren könnte wie eine als abwertend oder vorwurfsvoll erlebte Partnerin (vgl. Grossmann, 2016, 60).

Männlicher Therapeut mit weiblicher Patientin: In dieser Dyade gelingt es laut Angaben der Therapeuten zu meist leicht, eine gute therapeutische Beziehung herzustellen. Patientinnen akzeptieren ihre fachliche Autorität, erzählen viel von sich und geben dem Therapeuten das Gefühl, dass er bzw. die Therapie geschätzt

Der Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung wird durch die Art mitbestimmt, wie die Protagonistinnen ihre Geschlechtszugehörigkeit in der Interaktion bewusst bzw. auch unbewusst inszenieren und einsetzen.

werden. In dieser Dyade wird am häufigsten von erotischen Atmosphären berichtet. Männliche Therapeuten berühren ihre weiblichen Patientinnen auch häufiger als weibliche Berufskolleginnen dies tun.

Studien, die sich mit dem Einbezug des Körpers in die Psychotherapie und dabei auftretenden erotisch-sexuellen Phänomenen und Grenzüberschreitungen befassen, kommen zum Schluss, dass in der Konstellation männlicher Therapeut und weibliche Patientin am häufigsten sexuelle Grenzüberschreitungen stattfinden. Frauen berühren Klientinnen beiderlei Geschlechts weniger oft als männliche Therapeuten. Weibliche Therapeutinnen berühren, wenn überhaupt, dann eher Frauen. Sie sind offenbar der Meinung, gleichgeschlechtliche Berührungen enthielten keine erotischen Signale, während gegengeschlechtliche von ihnen leicht als solche gedeutet werden. Die Untersuchung derartiger Vorkommnisse stellt – wie ganz allgemein Untersuchungen zu sexuellen Übergriffen – einen sehr wenig erforschten Bereich im psychotherapeutischen Feld dar (vgl. Schigl, 2018, 135).

Manche Therapeuten bemühen sich, einer in ihrer Beziehung leidenden Patientin ein anderes, besseres Männerbild präsentieren zu wollen und können so kontraproduktiven Idealisierungen Vorschub leisten. Manche gendersensiblen Kollegen berichteten Schigl von der Schwierigkeit, v.a. anfangs nicht genau zu

wissen, wohin sie schauen sollen, um der Patientin nicht das Gefühl zu vermitteln, mit einem als männlich-taxierend gewerteten Blick gemustert zu werden (vgl. Schigl, 2019, 22).

GENDER AUS DER SICHT VON PATIENTINNEN

In der 2014 in Österreich umgesetzten Studie „Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ wurden drei mögliche Felder von potenziellen „Nebenwirkungen“ identifiziert:

- Sozio-emotionale Labilisierung (sensibler, leichter negativ berührbar, verunsichert werden),
- Isolation (nur die Therapie und die Therapeutin als relevante Ansprechperson betrachten) und
- Belastung durch Therapie (Überforderung durch Psychotherapie, finanzielle Aspekte).

In allen drei Nebenwirkungs-Ausprägungen waren weibliche Patientinnen, die bei einem männlichen Therapeuten ihre Behandlung absolvierten, signifikant häufiger vertreten. Alle Patientinnen (egal in welcher Dyade) erlebten im Durchschnitt eine Erhöhung ihrer globalen Lebenszufriedenheit (standardisierte Skala zur Erhebung der Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen). Betrachtet man die Dyaden allerdings getrennt, so zeigte sich, dass die Zunahme an Lebenszufriedenheit im Rahmen der Therapie bei der Dyade weibliche Patientin und männlicher Therapeut insgesamt am geringsten war. Die höchsten Zufriedenheitsgewinne erzielten laut der Studie genderhomogene Dyaden.

Einige Patientinnen erlebten im Laufe der Therapie in einigen Aspekten sogar eine Verschlechterung ihrer Lebenszufriedenheit. Dies waren höchstsignifikant häufiger Frauen bei männlichen Therapeuten. Die Bereiche der Zufriedenheits-Verschlechterung während der Therapie kann man mit den Themen-Hotspots für Doing Gender in Verbindung bringen: Sexualität, Beziehung und wirtschaftliche Situation.

Ein Manko der Psychotherapieforschung, die (wenn überhaupt) nur nach weiblich/männlich diskriminiert, ist, dass diese nicht die unterschiedlichen Gender-Kombinationen von Therapeutin und Patientin in den Blick nimmt (vgl. Schigl, 2019, 23f).

EIGENE ERFAHRUNGEN

Auch in meinem eigenen Alltag als Berater und Therapeut finden sich mehr Frauen als Männer als Klientinnen, wobei sich diese Zahl in den letzten 20 Jahren von 70 % Frauen und 30 % Männer auf derzeit (2019) 59 % Frauen und 41 % Männer verändert hat. Vielfach ist für den Beginn einer Beratung oder Therapie vor allem bei Männern eine Weisung vom Jugendamt oder

Gericht verantwortlich. Dies könnte eine mögliche Hypothese für die Veränderung der Zahlen sein. Sie ist aber wissenschaftlich nicht untersucht.

Anzumerken ist zudem, dass sowohl im Familienberatungsbereich als auch im Familientherapiezentrum mehr Frauen als Männer als Beraterinnen und Therapeutinnen arbeiten.

Aus meiner Erfahrung gehen Männer und Frauen mit Erfolg und Misserfolg in vergleichbaren Lebenssituationen unterschiedlich um; und sie sehen unterschiedliche Ursachen als Verantwortung für das eigene Gelingen oder Misslingen, wenn sie sich Unterstützung in einer Beratungs- oder Therapieeinrichtung holen. Beispielsweise erlebe ich, dass Frauen bei Misserfolg eher internal kausalattribuierend die „Schuld“ bei sich suchen, während Männer Misserfolg meist external attribuieren, sich sozusagen als Opfer äußerer Umstände erleben. Hier gibt es für mich einen Unterschied bei Männern und Frauen, und zwar wie sie die Selbstbewertung nach Erfolg (Stolz) oder Misserfolg (Scham) sowohl bei zeitstabilen Faktoren (hohe oder geringe eigene Fähigkeit bzw. eine leichte oder schwierige Aufgabe) als auch bei zeitvariablen Faktoren (mehr oder weniger große Anstrengung bzw. Zufall, Glück oder Pech) vornehmen.

Ich teile die Erfahrung, dass spezifische Themen in der homogenen Dyade leichter bearbeitbar sind. Die Erfahrung von Kolleginnen und Kollegen sind gleichlautend.

RESÜMEE

Brigitte Schigl beschreibt, dass Gender in den Perspektiven *Prozess*, *Thema* und *Beziehung* Teil psychotherapeutischen Handelns ist und daher auch Beachtung finden sollte.

Ich schließe mich nach meiner Auseinandersetzung mit dem Thema Gender und Psychotherapie der Empfehlung an, dass Beraterinnen und Therapeutinnen ihr eigenes Doing Gender einbeziehen sollten. Dies gilt sowohl für das Einzel wie auch dem Paar- und Familiensetting.

Therapeutinnen sind in der Lage, über eigene Lebensentwürfe, Normen und Werte zu reflektieren, um offen zu sein gegenüber den Lebenswirklichkeiten unserer Klientinnen und Patientinnen. Die Hellhörigkeit und Sensibilität bezüglich Geschlechterrollen und zunehmend auch die kulturelle Vielseitigkeit sind Anforderungen und Erwartungen mit denen wir als Therapeutinnen wie auch Patientinnen und Klientinnen heute konfrontiert werden.

Für Menschen, die im Sozialbereich, und noch viel mehr, im Bereich der Psychotherapie arbeiten, ist aus meiner Sicht eine Auseinandersetzung mit der eige-

nen biologischen Geschlechtlichkeit sowie dem sozialen Geschlecht unerlässlich. Sie sollte fixer Bestandteil der Ausbildung sein. Doing Gender sollte als Analyseperspektive Eingang in die Lehrpläne diverser Ausbildungscurricula finden. Auch deshalb, weil ein nicht-beachten unbeabsichtigte Wirkungen in der Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin zur Folge haben kann.

Die Auseinandersetzung mit Doing Gender ist in meiner Ausbildung für mich persönlich zu kurz gekommen. Sehr erfreulich ist, wenn sich (Lehr-)Therapeutinnen dessen bewusst sind und werden, Gender als notwendige Perspektive im therapeutischen Prozess zu begreifen und für sich zu etablieren.

LITERATUR

- Burghardt, A. (2019). Der Blick auf Männer in der Beratung. Zeitschrift *Blickpunkt EFL Beratung*, April 2019, S. 68–81.
- Leitner, A., Schigl, B., & Märtens, M. (Hrsg.) (2014). *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen*. Wien: Facultas.
- Grossmann, K. P. (2016). *Psychotherapie mit Männern (Systemische Therapie)*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Niel-Dolzer, E. (2019). *Sexualität, das Unberechenbare und die Gesellschaft*. Skript für Vortrag für 41. Systemisches Kaffeehaus „Wie kommt die Gesellschaft in den Körper, wie kommt der Körper in die Gesellschaft?“, 21. Mai 2019.
- Schigl, B. (2018). *Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess?* Wiesbaden: Springer Verlag.
- Schigl, B. (2019). Gender als notwendige Perspektive psychotherapeutischen Handelns. *Psychotherapie Forum* (2019) 23, S. 18–24. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-0109-y> (30.07.2019)

ÖAS supervision & coaching

Ausbildungslehrgang für psychosoziale Fachkräfte

PROFESSIONELLES HANDELN IM ARBEITS- UND ORGANISATIONSKONTEXT

Erweitern und vertiefen Sie Ihre bereits vorhandene Expertise als hoch qualifizierte psychosoziale Fachkraft um das Feld der arbeitsweltlichen Beratung.

*Ergänzen Sie Ihr Wissen und Ihre Kompetenzen um die Themen Organisation, Konflikte, Veränderungsprozesse und das lösungs- und klient*innenfokussierte Arbeiten und Begleiten von Führungskräften und Mitarbeiter*innen, Selbständigen, Teams und Organisationen.*

DAUER:
5 Semester, berufsbegleitend

BEGINN:
Wintersemester 2020
(Oktober/November)

ORT:
Wien

ZIELGRUPPEN:
Psychotherapeut*innen
klinische Psycholog*innen
Sozialarbeiter*innen

ÖVS-zertifiziert



www.oemas.at/fortbildung/supervisions-ausbildung.html
Weitere Informationen unter: office@oemas.at bzw. 01/212 41 35