

Abschlussarbeit

Gender als Teil psychotherapeutischen Handelns

Das biologische und soziale Geschlecht in der Psychotherapie

Mag. Klemens Hafner-Hanner

Lehranstalt für systemische Familientherapie
der Erzdiözese Wien für Berufstätige, September 2019

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Einleitung	3
Der kleine Unterschied – das biologische Geschlecht.....	5
Vorstellungen über Männlichkeit und Weiblichkeit.....	6
Sprache.....	6
Eigene Biografie	7
Theorieteil - Metastudie	8
Theorien zu Geschlecht	9
Doing Gender und Psychotherapie	10
Gender aus Sicht von Therapeutinnen.....	11
Prozessspezifische Perspektive.....	12
Themenspezifische Perspektive	15
Beziehungsspezifische Perspektive	17
Gender aus Sicht von Patientinnen.....	21
Reflexion	23
Prozessspezifität.....	23
Themenspezifität.....	24
Beziehungsspezifität	26
Zusammenfassung	30
Literaturverzeichnis.....	32

Einleitung

In meiner Abschlussarbeit zur Ausbildung an der Lehranstalt für systemische Familientherapie der Erzdiözese Wien beschäftige ich mich mit dem biologischen und sozialen Geschlecht im Bereich der Psychotherapie und mit der Frage ob, und wenn ja, welche Auswirkungen Gender im therapeutischen Handeln und auf den Therapie-Outcome hat.

Auf Basis eigener Beobachtungen und gestützt durch Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen habe ich die Hypothese, dass Unterschiede bei therapeutischen Dyaden bezüglich des biologischen Geschlechtes beschrieben werden können.


Das Geschlecht von Patientinnen und Psychotherapeutinnen beeinflusst zahlreiche Aspekte des Therapieprozesses. Dennoch spielt das Geschlecht im theoretischen Rahmen der meisten Psychotherapieschulen kaum eine Rolle. [...] Der Einbezug des Geschlechts bietet neue Perspektiven und trägt zur beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung bei. Viele Probleme werden nur mit Blick auf die geschlechtsspezifische Lebenssituation und Sozialisation nachvollziehbar. Darüber hinaus wird die Reflexion des eigenen Vorbildverhaltens und des Einflusses eigener Normvorstellungen angeregt. Therapeuten, die sich des eigenen geschlechtsstereotypen Verhaltens bewusst sind, können sich auch darüber hinwegsetzen und sowohl männliche als auch weibliche Rollenideale übernehmen, was eine wichtige therapeutische Qualität darstellt (Sonnenmoser 2007).

In der Literaturrecherche wurde deutlich, dass es noch wenig Untersuchungen gibt, die sich auf das Geschlechterverhältnis beziehen. In der Fachliteratur und in den von mir gelesenen Artikeln, handelt es sich vielfach um Meinungen und Vermutungen und weniger um wissenschaftlich überprüfte Hypothesen. In den letzten Jahren wurden aber auch qualitative und quantitative Forschungsergebnisse veröffentlicht, die ich auch zitieren werde.

Ich werde mich in meiner Arbeit 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 würde eine eigene Arbeit mit den bereits bestehenden LGBT* Studies nahelegen, die sich mit den sozialen und politischen Bedingungen der Lebensbereiche von Personen beschäftigen, die ihre sexuelle Orientierung als bisexuell oder homosexuell oder Menschen, deren eigene Geschlechtsverortung vom sozial zugeschriebenen Geschlecht abweicht (Trans) oder deren Körper die hegemoniale und biologistisch-binäre Zuordnung überschreiten (Intern*) (vgl. Schigl, 2018, 53).

Mit dieser Arbeit ist es mir ein Anliegen eine kurze Betrachtung der Thematik „biologisches und soziales“ Geschlecht vorzunehmen und Anregung zur Reflexion zu geben und ich möchte in dieser Arbeit den aktuellen Stand der Forschung, anhand von überwiegend im deutschen Sprachraum veröffentlichten Beiträgen, zusammenfassen.

Die Frage nach geschlechtergerechter Formulierung löse ich, indem ich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit in der vorliegenden Arbeit 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.

Ich werde mich in meiner Arbeit überwiegend auf das Einzelsetting beschränken. Eine erwähnenswerte Sichtweise aus dem Geleit zum Buch von Brigitte Schigl stelle ich ergänzend dazu: Hilarion Petzold schreibt, dass es für  Einzeltherapie nicht gäbe, da der Begriff strukturlogisch falsch wäre, da es sich immer um „dyadische Therapien“ und „polyadische Prozesse“ handelt, da immer mindestens zwei Personen am Therapiegeschehen beteiligt sind (vgl. Schigl, 2018, IX).

Riehl-Emde¹ spricht in einem Interview davon, dass sie im Einzelsetting beobachtet, dass Nähe und Distanz zwischen Therapeutin und Klientin eine größere Rolle spielen als im Paar- oder Familiensetting. Die Mehrpersonenbeziehung ermöglicht, mehr Distanz zu halten, da auch mehr mit der Außenperspektive gearbeitet wird. Das ist für Riehl-Emde auch ein Schutz. Im Einzelsetting entsteht mehr Nähe. Übergriffe, auch in der Therapie, passieren, so Riehl-Emde, nicht im Mehrpersonensetting.

¹ Persönlich geführtes Interview mit Astrid Riehl-Emde, 7.3.2019, Heidelberg, Audiodatei

Der kleine Unterschied – das biologische Geschlecht

Wir sind als Therapeutinnen wie als Klientinnen und Patientinnen in den überwiegenden Fällen in der biologischen Komponente der Geschlechtszugehörigkeit entweder Frau oder Mann. Die Geschlechtszugehörigkeit ist eine duale Größe, die uns zum Denken in Unterschieden oder gar in Gegensätzen einlädt. Und nur in seltenen Fällen beschreibt die Geschlechtszugehörigkeit ein gleichberechtigtes Nebeneinander von zwei gleichwertigen Dingen.

Wir können uns als Menschen und somit auch als Psychotherapeutinnen nicht objektiv dem Thema Geschlecht nähern. Familientherapeutinnen sind im Besonderen auch mit der konstruktivistischen Sichtweise vertraut und arbeiten methodisch damit, Zuschreibungen zu hinterfragen. Die Kategorie Geschlecht ist in den meisten Fällen unveränderlich und wird für gewöhnlich auch nicht hinterfragt.

Ein duales Unterschiedsdenken erleichtert generell auch Wertungen in Form von entgegengesetzten Polen wie besser/schlechter, wichtig/unwichtig oder mächtig/ohnmächtig (vgl. Ebbecke-Nohlen, 1992, 158f.).

„Die Geschlechtszugehörigkeit ist eine universelle Größe. Kein Mensch kann sich ihr entziehen, alle sind betroffen. Machen wir die Geschlechtszugehörigkeit zum Thema, erschwert uns die Universalität ihrer Gültigkeit die Distanz zu ihm; der oft so hilfreiche Blick aus der Außenperspektive will nicht recht gelingen, auch FamilientherapeutInnen nicht. Für die familientherapeutische Praxis bedeutet die Eigenschaft der Universalität, daß der Therapeut oder die Therapeutin analog dem Satz „man kann sich nicht nicht verhalten“, sich nicht nicht geschlechtsbezogen verhalten kann. Sowohl in der Person der TherapeutIn, als auch in ihrer therapeutischen Perspektive ist die Kategorie Geschlecht präsent.“ (Rücker-Emden-Jonasch, et.al. 1992, 157).

Bestimmte Geschlechterkonstellationen von Klientinnen und Therapeutinnen wurden mir in Gesprächen mit Kolleginnen wie auch Klientinnen als tendenziell hilfreicher, andere als weniger hilfreich, beschrieben. Der Unterschied wurde mir überwiegend bei der Kategorie Geschlecht beschrieben. Und in fast allen Fällen konnten auch Ausnahmen erfragt werden, die es schwierig machen, Unterschiede allein an der Kategorie Geschlecht festzumachen.

Ich werde folgend drei Bereiche herausgreifen, an denen ich exemplarisch beschreibe, dass das biologische Geschlecht Unterschiede macht:

- Vorstellungen über Männlichkeit und Weiblichkeit
- Sprache
- eigene Biografie

Vorstellungen über Männlichkeit und Weiblichkeit

„[...] Identität ist bislang immer noch ein vernachlässigtes Thema in der Psychotherapie und die starke Orientierung des psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologischen, aber auch des humanistisch-psychologischen Feldes an patriarchalischen „Gründervätern“ (Freud, Jung, Perls u.a.) wiegt schwer und ist folgenreich, und noch weit davon entfernt, überwunden zu sein“ (Petzold in: Schigl 2018, IX).

Vorstellungen über Männlichkeit und Weiblichkeit sowie jeweils adäquates Verhalten bei Therapeutinnen wie Patientinnen ist nach Schigl immer mitzudenken. In jeder therapeutischen Interaktion, in jeder Auslegung einer in der Psychotherapie erzählten Situation schwingen die gender belief systems beider Interaktionspartnerinnen mit.

Interessant ist, wie Therapeutinnen mit Verhalten umgehen, das von Normen abweicht oder auf Übererfüllung solcher Normen reagiert.

Wie verhalten sich beispielsweise männliche Therapeuten und weibliche Therapeutinnen einem weinenden Klienten oder einer offen aggressiven Klientin gegenüber? Wieweit nehmen Therapeutinnen ein vom Stereotyp abweichendes Verhalten bewusst als solches wahr? Empfinden Therapeutinnen das dann als etwas zu Korrigierendes oder zu Begrüßendes? Und wie geschlechtsrollenkonform präsentieren sich Therapeutinnen ihren Klientinnen gegenüber?

Sprache

Grossmann beschreibt eine Unterschiedlichkeit im Bereich der Sprache von Männern und Frauen und zitiert in seinem Buch „Psychotherapie mit Männern“ die international bekannte amerikanische Soziolinguistin Deborah Frances Tannen:

„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 bindungs-, 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, weisen weibliche Neugeborene mehr Verhaltensantworten auf die menschliche Stimme auf als gleichaltrige Jungen.

Bei Frauen ist eine um 23 % stärkere Verbindung zwischen beiden Hirnhälften gegeben, 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 werden nur Ergebnisse publiziert, die Unterschiede zeigen, nicht jedoch jene, die keine Unterschiede zeigen.

Eigene Biografie

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).

Das Genderthema zeigt sich am klarsten in der therapeutischen Beziehung als unabdingbares strukturelles Merkmal jedes therapeutischen Geschehens – ganz gleich in welcher Genderkonfiguration (gleich oder gemischtgeschlechtliche Dyade oder Polyade²) es stattfindet (vgl. Petzold in Schigl 2018, IX).

Theorieteil - Metastudie

Im Mai 2007 beschreibt Marion Sonnenmoser in einem Artikel im Ärzteblatt noch ein theoretisches Desinteresse und dass in Deutschland wenig zum Thema geschlechtsspezifische Aspekte im Bereich der Psychotherapie geforscht wird (vgl. Sonnenmoser, 2007).

Das hat sich mittlerweile geändert. Auch wenn weiterhin vor allem aus feministischer Perspektive das Thema Gender beforscht wird.

„Die Beschäftigung mit der Geschlechterdimension in der Psychotherapie bleibt vielfach hinter der sonst im sozialwissenschaftlichen Feld stattfindenden Forschung zum Thema Gender [...] zurück. Kategorien von Männlichkeit und Weiblichkeit sowie anderen Gender-Identitäten [...] werden im Rahmen von Therapie und Beratung nur in der Nische der Publikationen der feministischen und Queer/Diversity/Genderstudies ausführlich behandelt. Im Mainstream der Theoriekonzeptionen, der Psychotherapieforschung und Ausbildung zu Psychotherapie und Beratung sind sie randständig“ (Schigl, 2018, 207).

In der Literatur habe ich keine Differenzierung nach den in Österreich gesetzlich (PthG) anerkannten Methoden gefunden. Daher gibt es keine Ergebnisse speziell im Bereich der (systemischen) Familientherapie. Zwei kritische Anmerkungen zur systemischen Familientherapie werde ich auszugsweise anführen.

²Dyade Zweierbeziehung, Polyade mehr als zwei Interaktionspartner

Familientherapie wird kritisch als geschlechterinsensibel und als geschlechterzweiteilend beschrieben. 1987 kritisiert Rosemarie Welter-Enderlin, dass Familientherapeutinnen Familienbilder ohne Bezug zur Geschichte und Gesellschaftspolitik reproduzieren würden. Walters et.al. 1991 kommen zu dem Schluss, dass familientherapeutische Basismodelle patriarchale Strukturen, wie die klassische Zuschreibung von männlich-weiblichen Aufgaben an die Eltern, enthalten. Kritisiert wird das Konzept der tradierten Rollenkomplementarität und mangelnde Rezeption von neuen gesellschaftlichen Entwicklungen (vgl. Schigl, 2018, 71).

Die systemische Familientherapie im deutschsprachigen Raum ist nach Einschätzung Kirschenhofers eine psychotherapeutische Methode der Geschlechtsvergessenheit geblieben, die aufgrund der konservativ-männlichen Dominanz der Theoretiker im Schreiben und Lehren die zweite Frauenbewegung mit beharrlicher Resistenz „unbeschadet“ überstanden hat (Kirschenhofer, 2019, 27).

Ich werde die gefundenen Ergebnisse also allgemein für den Psychotherapiebereich zusammenfassen.

Theorien zu Geschlecht

Eine mögliche Annäherung an Gender Phänomene im therapeutischen Prozess geht über die Annahme einzelner Therapieverfahren oder über Theorien zu Frau- und Mannsein, zu Identitäten und Prozessen von Geschlecht und seiner Herstellung (vgl. Schigl, 2019,18).

Theorien, die das Geschlecht vor dem Hintergrund von sozialen Gruppen, gesellschaftlichen Verhältnissen und deren Regeln in den Blick nehmen, erweisen sich nach Schigl für das Verständnis von Gender-Prozessen in der Psychotherapie als geeigneter, beziehen sie doch auch psychologische und soziale Aspekte mit ein. Für sie erweist sich das interaktionstheoretische Konzept von „Doing Gender“³ als besonders fruchtbar für das Verständnis der Dynamiken in den unterschiedlichen Gender-Dyaden auch im therapeutischen Kontext (vgl. Schigl 2019,19).

³ Doing Gender gilt als Zentralbegriff der interaktionistischen Geschlechterforschung. Er fokussiert, wie Menschen im Alltag Geschlecht inszenieren, beobachten und relevant machen. Statt Geschlecht als Eigenschaft von Individuen zu begreifen oder den beiden Großgruppen ‚Männer‘ und ‚Frauen‘ zuzurechnen, wird Geschlecht mithilfe der Doing Gender-Perspektive als Ergebnis einer Vielzahl alltäglicher, situationsspezifischer Unterscheidungen aufgefasst und untersucht (vgl. Westheuser, Linus; <https://gender-glossar.de/glossar/item/80-doing-gender>, 31.7.19).

Wie ich mich als Mensch gegenüber einer Frau oder einem Mann verhalte, gehört zu meiner sozialen Kompetenz als Mensch. Und ich erwarte von meiner Interaktionspartnerin je nach Geschlecht (und auch gefärbt durch Alter, soziokulturelles Milieu usw.) Unterschiedliches und verhalte mich auch je nach Gegenüber mehr oder minder subtil anders.

Mein Doing Gender wird aber von weiteren Aspekten beeinflusst (Doing Difference⁴): Je nach Alter, sozialer Herkunft, ethnisch-kultureller Zugehörigkeit etc. ist geschlechtliche Identität subtil oder deutlich anders, und enthält mehr oder minder stark polarisierende bzw. rigide Geschlechterbilder: Die geschlechtliche Identität und Doing Gender einer 50-jährigen Bergbäuerin sind anders als die einer 15-jährigen Schülerin der Mittelschicht oder einer 30-jährigen Verkäuferin aus einer Migrationsfamilie (vgl. Schigl, 2018, 23 und 2019, 19).

Auf die Gender Identität nehmen auch Diskriminierungen oder Beeinträchtigungen wie Armut, Erwerbsarbeitslosigkeit oder körperliche Behinderungen Einfluss.

Doing Gender und Psychotherapie

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, 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 Verhaltensoptionen 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) ebenso bestimmt, wie durch das meines Gegenübers.

Kirschenhofer beschreibt in einem Artikel, dass die theoretischen Grundlagen der systemischen Familientherapie nach der Wende von der Kybernetik I zu II als Indiz angeführt werden könnten, warum sich Systemikerinnen sogar speziell damit beschäftigten können: Erkenntnistheoretisch hat die Wende zu Kybernetik II bedeutet, dass ein System nicht gezielt und mit ausgeklügelten Interventionen auf eine bestimmte Art und Weise verändert werden kann.

⁴ 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 werden muss. Dabei gibt es keine grundsätzliche Hierarchie zwischen den verschiedenen Kategorien, die Relevanz von gender, class and race hängen von dem jeweiligen Kontext ab (vgl. Westheuser, Linus; <https://gender-glossar.de/glossar/item/80-doing-gender>, 31.7.19).

Die Beobachterin, also die Therapeutin, hat Mitverantwortung für Beobachtungen und auch eine Rolle als Miterzeugerin von Realitäten (vgl. Kirschenhofer, 2019, 28).

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).

Gender aus Sicht von Therapeutinnen

Schigl hat Aussagen von bisher etwa 300 Kolleginnen, die Fortbildungen zum Thema Gender besuchten, gesammelt und qualitativ ausgewertet. Es handelte sich um Therapeutinnen, die mehrheitlich den Therapierichtungen tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, systemisch und humanistisch angehörten.

Den Prozess der Datensammlung hat Schigl 2010 begonnen und er wird noch immer (Stand Mai 2019) fortgesetzt.

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, 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 und transkribiert, sodann nach den verschiedenen Gender-Konstellationen geordnet und thematisch verdichtet.

Nach ungefähr 100 Aussagen wurden Kategorien gebildet, später hinzukommende Aussagen dann in die jeweils passenden Kategorien hinzugefügt. Nur mehrfach (mind. dreimal) vorkommende Aussagen gingen in die Analyse mit ein.

In der Analyse dieser Daten zeichneten sich drei Perspektiven ab, in denen sich Doing Gender nach Aussagen der Therapeutinnen manifestierte (vgl. Schigl, 2019, 20):

- 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

Ich werde die Ergebnisse meiner Literaturrecherche anhand dieser drei Perspektiven gliedern:

Prozessspezifische Perspektive

Doing Gender spielt zu Beginn der Therapie und besonders in verunsichernden Situationen eine Rolle.

Mehr Frauen als Männer entscheiden sich für Psychotherapie

Frauen entscheiden eher von sich aus, Psychotherapie oder Beratung aufzusuchen. Wenngleich eine verbesserte Akzeptanz v.a. bei jüngeren und gebildeteren Männern verzeichnet wird, ist der Hauptteil der Männer, was Psychotherapie betrifft, noch immer ein hard to reach Bereich (Petrowsky et al. 2014). Ebenso entscheidet Gender (mit) darüber, wer welche Diagnose erhält und welche Zielvorstellungen für die Therapie formuliert werden (Möller-Leimkühler 2005; BMG 2018).

Mehr Patientinnen als Patienten im ambulanten Bereich

Wie wahrscheinlich jemand Psychotherapie in Anspruch nimmt, ist eine Frage von Gender: Mehr als zwei Drittel aller Patientinnen ambulanter Psychotherapie sind Frauen, nicht einmal ein Drittel Männer (Strauß et al. 2002).

In der stationären Behandlung ist das Verhältnis ausgeglichen – dies wohl deshalb, weil dort eher schwerer erkrankte Patientinnen auftauchen.

Überweisungskontext und Therapieempfehlung

In diversen Untersuchungen zeigt sich eine (leichte) Präferenz im Überweisungskontext, weibliche Therapeutinnen für weibliche Klientinnen oder generell für Patientinnen beiderlei Geschlechts zu empfehlen. Dies ist besonders deutlich bei den intensiv mit Gender verknüpften Störungen wie beispielsweise Essstörungen oder Folgen von sexualisierter Gewalt. Und besonders, wenn weibliche Expertinnen befragt werden (vgl. Schigl, 2018, 132).

Frauen stellen in ihren (körperlichen) Beschwerdeschilderungen eher einen Zusammenhang mit ihren Lebensumständen her und ihnen wird eher Psychotherapie empfohlen. Männer haben mehr Schwierigkeiten, sich als hilfsbedürftig zu sehen, darzustellen und solche Hilfe anzunehmen (vgl. Schigl, 2018, 157).

Nach Grossmann folgen Zuweisungen zu einer Psychotherapie vielfach rollenstereotypen Annahmen von Überweisenden. Und sie folgen überwiegend einem Schema der Gleichgeschlechtlichkeit – männliche Therapeuten werden vorzugsweise zu Therapeuten, weibliche zu Therapeutinnen überwiesen (vgl. Grossmann, 2016, 56).

Gender-stereotyp beschreibt Grossmann, dass Männern insgesamt seltener Therapie empfohlen wird als Frauen, auch wenn ihr diagnostischer Befund gleichlautend ist. Eine Ursache sieht Grossmann darin, dass Zuweisende männliche Leidenszustände eher als somatisch, weibliche eher als psychisch bedingt lesen; eine andere Ursache ist, dass Zuweisende die Therapie Compliance von Männern geringer einschätzen als jene von Frauen (vgl. Grossmann, 2016, 57).

Burghardt kommt zum Schluss, dass Männer, auch wegen geringer eingeschätzter „Therapie-Compliance“, seltener Überweisungen zu Beratung oder Therapie erhalten als Frauen (vgl. Burghardt, 2019, 73).

Hingegen bekommen vom Stereotyp abweichende, also weinende, sehr schüchterne Männer, eher solche Empfehlungen (vgl. Schigl, 2018, 95).

„Geschickter“ Klient (Weisungskontext)

Viele Männer nutzen Beratung oder Therapie erst, wenn sie von anderen dazu gedrängt werden. In der Beratung tauchen sie dann als ein von Partnerin, Arbeitgeberin oder Ärztin „geschickter Klient“ auf. Die angedrohte Trennung der Partnerin ist für Männer ein häufiger Beratungs- und Therapieanlass. Die Bereitschaft zur Beratung oder Therapie dient dann als Zugeständnis oder aktives Signal der Partnerin gegenüber (vgl. Burghardt, 2019, 77).

Es gibt mehr Psychotherapeutinnen als Psychotherapeuten

Auch auf Anbieterinnenseite besteht ein Ungleichgewicht. Schon fast drei Viertel aller Psychotherapeutinnen ordnen sich dem weiblichen Geschlecht zu.

In Österreich arbeiten deutlich mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer als eingetragene Psychotherapeutinnen (siehe Abb. 1, Bestnet 2017).

Weibliche Psychotherapeutinnen arbeiten häufiger im ambulanten Bereich, legen mehr Wert auf Supervision und machen seltener Karriere als ihre männlichen Kollegen. Aus der Berufsfeldforschung ist bekannt, dass Männer in typischen Frauenberufen erfolgreicher sind, als Frauen in Männerberufen. Während die Männer ihre Geschlechtskonnotationen hervorkehren, verbergen Frauen ihr Geschlecht. Es ist noch nicht wissenschaftlich erforscht, ob auch männliche Therapeuten in diesem „feminisierten“ Beruf besonders an ihrer Geschlechtsrolle orientiert sind (vgl. Schigl, 2018, 132).

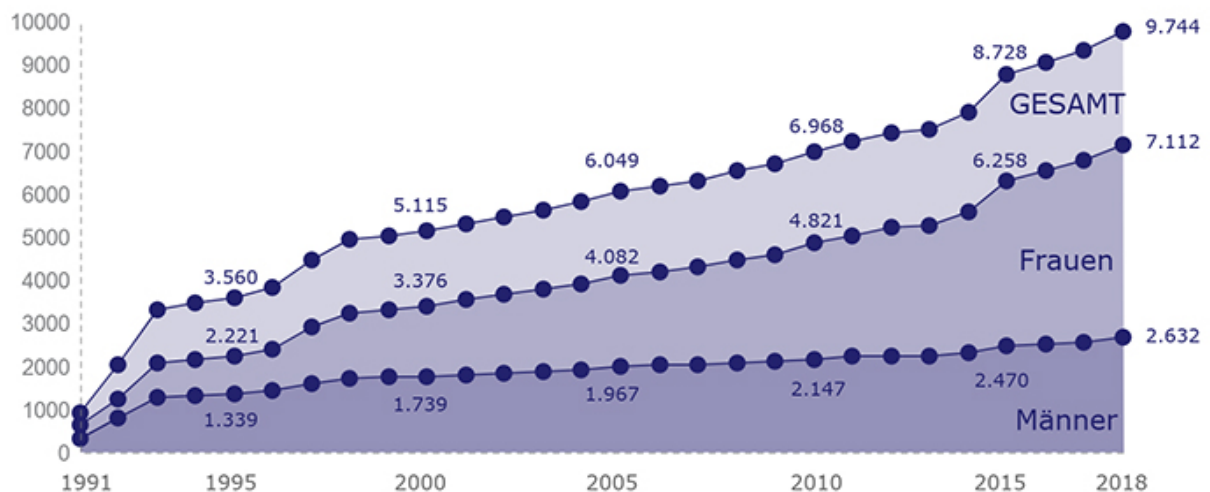


Abbildung 1 Stand: Oktober 2018 Quelle/Copyright: bestNET Information-Service GmbH
<https://www.psychotherapeuten.at/contents/14730/anzahl-der-psychotherapeutinnen-nach-geschlecht-seit-1991>, 6.3.19

Verunsichernde Situationen

Situationen, in denen sich Therapeutin oder und Klientin unsicher fühlen befördern ebenfalls Doing Gender. Schigl begründet, dass Genderstereotypisierungen helfen, uns zu orientieren und Handlungsmuster in neuen und herausfordernden Situationen bahnen.

In besonders verunsichernden Momenten werden diese Schablonen aktiviert, weil dann auf sichernde Konstrukte wie eben gendertypische Handlungsschemata zurückgegriffen wird. Laut Schigl spielt Doing Gender in als schwierig wahrgenommenen Momenten eine besondere Rolle bzw. kann dadurch bedingt sein.

Dies ist etwa der Fall, wenn Patientinnen oder auch Therapeutinnen starke Gefühle von Anziehung oder Ablehnung für ihr Gegenüber spüren. In solchen Momenten reagieren Patientinnen wie Therapeutinnen entlang ihrer Gender-Sozialisation mit Beschwichtigung und Begütigung, Gegenangriff, gekränkt oder geschmeichelt sein, sich verschließen, etc.

Schigl beschreibt, dass in der Befragung männliche Kollegen oft angegeben haben leichter mit den Zuneigungsbezeugungen ihrer weiblichen Patientinnen umzugehen, als weibliche Therapeutinnen mit „Komplimenten“ und Kommentaren zu ihrer Person oder ihrem Äußeren durch männliche Patienten (vgl. Schigl, 2019, 20).

Themenspezifische Perspektive

Auch Störungsbilder sind durch Gender geprägt: Essstörungen, Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörungen finden sich häufiger bei weiblichen, ADHS, Drogen und Alkoholmissbrauch oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen weitaus häufiger bei männlichen Patienten. Und das Geschlecht der Therapeutinnen bestimmt die Diagnose mit. 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).

Aber 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.

In ihrer qualitativen Auswertung hat Schigl bestimmte Themen, bei denen Doing Gender besonders zum Tragen kommt, zusammengefasst.

Sie hat aus den Aussagen der Therapeutinnen geschlossen, dass bestimmte Themen in gemischtgeschlechtlichen Dyaden als zumeist schwieriger besprechbar bewertet worden sind, 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 physische Gewalt erleben oder ausüben
- **Familiäre und partnerschaftliche Arbeitsteilung**
Bei Kindererziehung, Pflege, Hausarbeit und Erwerbsarbeit. Berufliche Karriere und deren Anforderungen bzw. Implikationen, Einheiraten und bestimmte Milieus, Erwartungen des Umfelds an bestimmtes Frau- oder Mannsein

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 – deshalb wohl auch die leichtere Bearbeitbarkeit in der homogenen Dyade (Mann-Mann und Frau-Frau).

Die Bedeutungsgebung und die damit konnotierten Emotionen sowie Erfahrungen vieler Frauen und Männer unterscheiden sich in den oben genannten Themenbereichen offenbar noch immer deutlich voneinander.

Es gibt, überwiegend bei Themen, die zutiefst mit Leiblichkeit zu tun haben, jeweils andere subtile (leibliche) Anmutungen und Resonanzen, 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 männlichen Kollegen. Umgekehrt wird es für männliche Kollegen leichter sein, bei unterschiedlichen emotionalen Dimensionen einer Hänselei 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, ist in genderhomogenen Konstellationen leichter möglich (vgl. Schigl, 2019, 21)

Beziehungsspezifische Perspektive

Die therapeutische Beziehung ist ein bedeutsamer Wirkfaktor und trägt nach Studien im Bereich der Psychotherapieforschung maßgeblich zum Gelingen von Psychotherapie bei.

Die Beziehung zwischen den TherapeutInnen und ihren KlientInnen bzw. PatientInnen stellt nach übereinstimmendem Ergebnis der Psychotherapieforschung das bedeutendste heilenden Agens in der psychotherapeutischen Behandlung dar (Strupp, 1993 in Schigl, 2018, 62).

Dieser Wirkfaktor wird mitbestimmt durch die Art 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).

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.

Wichtig ist dabei anzumerken, dass es sich immer um Tendenzen handelt und keine Aussagen über jeden Einzelprozess getroffen werden können (Details in Schigl 2015, 2018b).

Weibliche Therapeutin mit weiblicher Patientin

Weibliche Dyaden scheinen einen Vertrautheits-Anfangsbonus zu haben; die Therapeutinnen berichten, dass es ihnen leichtfällt, Kontakt herzustellen und recht schnell eine gute Beziehung zur Patientin aufzubauen. 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).

„Therapeutinnen berichten häufig von einem Nähe- und Vertrautheitsgefühl, das sich mit weiblichen Patientinnen sehr schnell einstellt. Sie gehen davon aus, dass auch die Patientin annimmt, dass beide Erfahrungen weiblicher Existenz teilen und dass ihr therapeutisches Anliegen deshalb Verständnis finden wird. Das macht die Arbeit anfangs leicht, kann aber (unreflektiert) die Gefahr von (vorschneller) Identifikation oder einer zu großen Parteilichkeit und Freundschaftsgefühlen in sich bergen. Es kann in solchen Dynamiken schwieriger sein, Distanz zu wahren oder zu konfrontieren“ (Schigl, 2018, 109).

Diese Vorteile sind nicht ohne Schattenseiten: 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.

Leicht ist es, hier Rollenmodell zu sein – intime Themen (siehe themenspezifische Perspektive) können gut behandelt werden (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 Therapeutinnenrolle anerkannt zu werden und geben Beispiele von „Austesten“ und Verhandeln darüber. Am schwierigsten empfinden sie die Versuche von Patienten, mit ihnen zu flirten, Komplimente zu machen oder anzüglich zu werden (siehe Doing Gender in verunsichernden Situationen). Sie versuchen sich zu „neutralisieren“ und reagieren mit mütterlichen Gegenübertragungsgefühlen (um sich auf sicheren Boden zu retten?). Allerdings fällt es ihnen männlichen Patienten gegenüber auch leichter, Grenzen zu wahren oder zu konfrontieren (vgl. Schigl, 2019, 21).

Männlicher Therapeut mit männlichem Patienten



Die homogen männliche Dyade hat v.a. zu Beginn mit Konkurrenz und schwierigem 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 „unmännlichen“ Gefühlen (Scham, Hilflosigkeit, Opfersein).

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.).

Nach Grossmann bevorzugen die meisten Klienten Therapeuten und die meisten Klientinnen Therapeutinnen als Gesprächspartnerin. Vermutlich weil Stereotypen fortwirken, weil Klienten von Therapeuten (eher) praktische Unterstützung bei ihren problemauflösenden Aktivitäten erhoffen, weil sie sich von Therapeuten mehr „therapeutische“ Nüchternheit (von der Raumgestaltung bis zur Dosierung von Empathie),

mehr Sachlichkeit und mehr Verständnis für ihre Ambivalenzen erwarten (Miller a Rollnick 1991 in: Grossmann, 2016, 60).

„Vielleicht wählen Klienten auch deswegen vorzugsweise Therapeuten als Gesprächspartner, weil das Risiko der Zusammenarbeit mit einer Therapeutin noch größer ist. Hier fällt es noch schwerer, eigene Schwäche zu deklarieren; hier fällt es schwerer, von (wiederholten) Affären, von partnerschaftlicher Gewalt, von Gewalt gegen Kinder, von exzessivem Trinken oder Drogenkonsum zu erzählen. Klienten fällt es trotz einer Kultur männlichen Wettbewerbs leichter, sexuelle Problemstellungen im Rahmen einer gleichgeschlechtlichen Dyade zu thematisieren. Ihre Scham ist geringer, ebenso wie ihre Befürchtung eine Therapeutin würde auf eine Beschreibung ihrer Leidenszustände in ähnlicher Weise reagieren wie eine abwertende oder vorwurfsvolle Partnerin (Sweet 2002). Für viele Klienten sind Therapeuten einfach das kleiner Übel“ (Grossmann, 2016, 60).

Männlicher Therapeut mit weiblicher Patientin



In dieser Dyade, so beschreibt Schigl, gelingt es laut Angaben der Therapeuten zumeist 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 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 gendersensible Kollegen berichten von der Schwierigkeit, v.a. anfangs nicht genau zu wissen, wohin sie schauen sollen, um der Patientin nicht das Gefühl zu vermitteln, mit männlich-taxierendem Blick gemustert zu werden (vgl. Schigl, 2019, 22).

Die Aussagen der Therapeutinnen bilden Doing Gender in der Therapie gut ab, das unabhängig von den Therapieverfahren die Dynamiken der therapeutischen Beziehung einfärbt (und stellenweise sogar maßgeblich bestimmt). Wichtig ist zu betonen, dass diese Dynamiken auch ganz in den Hintergrund treten können, und sich in gut verlaufenden Prozessen bearbeiten lassen bzw. ausmitteln (vgl. Schigl, 2019, 22).

Gender aus Sicht von Patientinnen

Ich habe in meiner Recherche (im deutschen Sprachraum) keine Studie zum Thema Gender aus Sicht von Patientinnen gefunden.

Eine ergänzende Perspektive von Patientinnen beschreibt Schigl in einer von ihr mitverfassten Studie der Donau Universität zum Thema „Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ in der Auswertung von gender-betreffenden Ergebnissen (Leitner et al., 2014 und Schigl, 2019, 22).

In dieser Studie wurden Hypothesen mittels mehrstufigem Design aus (anonymisierten) Beschwerdedokumenten sowie sieben Fokus-Gruppen mit Expertinnen aller Psychotherapieverfahren als qualitative Daten generiert.

Sodann wurde in zwei Schritten ein Fragebogen entwickelt, der von September 2009 bis April 2010 online abrufbar war. Er bestand aus 42 Items, darunter Fragen zum Setting, zur Therapeutin, zum Prozess und der therapeutischen Beziehung sowie die Fragen zur Veränderung der Zufriedenheit in relevanten Lebensbereichen während der Therapie.

Dieser konnte von Psychotherapiepatientinnen für eine aktuelle oder vergangene Therapie beantwortet werden. Die hier herangezogenen Ergebnisse stammen ausschließlich aus Antworten über schon abgeschlossene Therapien (n= 1309, davon 66% weiblich und 34% männlich).

Sie können als quantitative Untermauerung von Patientinnenseite zu den vorhin von Schigl beschriebenen qualitativen Aussagen der Therapeutinnen angesehen werden.

Mittels einer Faktorenanalyse konnten in dieser Studie aus den Fragen zum Prozess der Therapie drei Arten von Nebenwirkungen extrahiert werden:

- 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 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.

Unterrepräsentiert waren unter denen, die Verschlechterungen erlebten, jene, die von einer Therapeutin oder einem Therapeuten des gleichen Geschlechts behandelt wurden.

Die Durchschnittswerte von weiblichen und männlichen Patientinnen sagen nichts über die spezifischen Phänomene aus, die in der Interaktion der jeweiligen Gender-Konstellationen entstehen. Erst die getrennte Betrachtung der einzelnen Dyaden-Kombinationen bildete die Dynamiken des Doing Gender ab. Dies ist für Schigl ein Manko der Psychotherapieforschung, die (wenn überhaupt) nur nach weiblich/männlich diskriminiert, aber meist nicht die unterschiedlichen Gender-Kombinationen von Behandlerin und Patientin in den Blick nimmt.

Die in der Studie mehrfach als risikoreich erscheinende Dyade von männlichem Therapeuten mit weiblicher Patientin, wird von Schigl vor dem Hintergrund eines Doing Gender in patriarchalen Mustern interpretiert.

Die Ergebnisse untermauern auch die von Schigl in vielen Studien gefundene (leichte) Überlegenheit gender-homogen zusammengesetzter Dyaden – was für eine genderspezifische Expertise spricht (vgl. Schigl, 2019, 23).

Reflexion

In diesem Teil werde ich meine Erfahrungen als Therapeut und Berater zu Analogien und Unterschieden in der Arbeit mit Klientinnen wie auch diesbezügliche Erfahrungen von Kolleginnen und Kollegen aus dem Beratungsbereich sowie der Ausbildung darstellen. Insgesamt habe ich dazu im Zeitraum Februar bis Juni 2019 drei männliche und sieben weibliche Kolleginnen befragt. Diese Einzelerfahrungen werden zum Teil sehr spezifisch beschrieben und sind naturgemäß subjektiv.

Ich lehne mich an die drei Perspektiven nach Schigl an, in denen sich Doing Gender manifestiert:

Prozessspezifität

Mehr Frauen als Männer als Klientinnen und BeraterInnen

In meiner Arbeit im Familienberatungsbereich sehe ich in der statistischen Auswertung mehr Frauen als Männer als Klientinnen, wobei sich diese Zahl in den letzten 20 Jahren von 70% Frauen und 30% Männer auf derzeit knapp 60% Frauen und 40% Männer verändert hat.

In meiner persönlichen Beratungstätigkeit im Familienberatungsbereich begleite ich durch eine hohe Zahl von Paarberatungen ähnlich viele Männer wie Frauen als Klientinnen, im Familientherapiezentrum mehr Frauen als Männer.

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

Ursachenzuschreibung

Für mich gibt es einen Unterschied in Bezug auf die Motivation, eine Therapie oder Beratung aufzusuchen: Männer und Frauen gehen mit Erfolg und Misserfolg in vergleichbaren Lebenssituationen unterschiedlich um und sehen unterschiedliche Ursachen als Verantwortung für das eigene Gelingen oder Misslingen, wenn sie sich Unterstützung in einer Beratungs- oder Therapieeinrichtung holen.

Beispielhaft erlebe ich, dass Frauen bei Misserfolg eher internal kausalattribution 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 von Männern und Frauen wie sie die Selbstbewertung nach Erfolg (Stolz) oder Misserfolg (Scham) sowohl bei zeitstabile 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.

Weisung

Weisung als Motivation für eine Beratung oder Therapie habe ich in der Literatur nicht gefunden, spielt aus meiner Sicht aber bei Doing Gender eine wichtige Rolle. Vielfach ist für den Beginn einer Beratung oder Therapie vor allem für Männer eine Weisung vom Jugendamt oder Gericht verantwortlich.

Insbesondere Gerichte ordnen zur Sicherung des Kindeswohls als erforderliche Maßnahme (iSd § 107 Abs 3 AußStrG) immer häufiger den verpflichtenden Besuch einer Familien-, Eltern- oder Erziehungsberatung (mehr Paare und Frauen) und die Teilnahme an einer Beratung zum Umgang mit Gewalt und Aggression (mehr Männer) an.

Möglicherweise ist hier ein weiterer Grund zu finden, warum die Anzahl der Männer in den letzten Jahren im Familienberatungsbereich zugenommen hat.

Themenspezifität

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

Das Thema unerfüllter Kinderwunsch hat mich als männlichen Therapeuten im Setting der Schwangerenberatungsstelle beschäftigt. In der Arbeit mit einer Klientin hatte ich in der zweiten Einheit das Gefühl nicht empathisch genug sein zu können, da ich nicht mit eigener Erfahrung andocken konnte. Zum einem bei dem Thema unerfüllter Kinderwunsch und zum anderen als Mann der gesellschaftlich gedachter Weise weniger Druck erlebt Vater zu werden oder zu sein als es für Frauen die Erwartungshaltung gibt auch Mutter zu werden. In der persönlichen Auseinandersetzung in der Supervision und in der Reflexion denke ich heute darüber, dass ich das Thema auch mit der Klientin ansprechen hätte können.

Essstörung

Bei spezifischen Krankheitsbildern wie Essstörungen beschreiben Kolleginnen einen Vorteil, wenn in einer gleichgeschlechtlichen Dyade beraten wird.

Gewalt - Opferarbeit

Insbesondere im Bereich (sexuelle) Gewalt wird Solidarität vor allem in der Arbeit mit Opfern als wichtig beschrieben (erlebte Solidarität, wird mir als Mann, als Frau geglaubt was ich erlebt habe). Hier erleichtert eine gleichgeschlechtliche Dyade die Solidarität.

Gewalt – Täterarbeit

Im Bereich der Täterarbeit ermöglicht die Haltung „ächte die Tat und achte den Täter“ in der Dyade Mann – Mann eine besondere Form der Solidarität und möglicherweise mehr Empathie. Im Gespräch mit weiblichen Kolleginnen wird häufig beschrieben, nicht mit Tätern arbeiten zu wollen oder zu können, da Gefühle wie Wut oder Empörung die therapeutische Beziehung beeinträchtigen können. Ein Kollege beschreibt, dass er gleichgeschlechtliche Dyaden vor allem bei großem Altersunterschied (ungünstig älterer Therapeut, jüngere Klientin) und im Bereich sexuelle Gewalt als wichtig erachtet.

Im Bereich Gewalt ist eine spezifische Aus- oder Weiterbildung und Auseinandersetzung des eigenen Selbst, also regelmäßige Selbstreflexion und Selbsterfahrung (Supervision, Intervention) wichtig.

Scham

Themenbereiche die als unangenehm und peinlich empfunden werden, können, sowohl meiner Erfahrung als auch der von Kolleginnen und Kollegen nach, leichter in gleichgeschlechtlichen Dyaden angesprochen werden. Insbesondere bei spezifischen Erlebnissen wie Gewalterfahrung, hier besonders bei sexueller Gewalt.

Identität

Ein Kollege berichtet in einem Beispiel von einem Mann, der von einer Kollegin zu ihm geschickt wurde und die dem Klienten nahegelegt hat, sich mit seiner „Männlichkeit“ auseinanderzusetzen und zu einem Mann in Beratung gehen. Der Klient erlebte sich in seiner Männlichkeit defizitär und hatte die Vorstellung, dass er als Mann nicht genüge.

Hilfreich war hier die Idee und Haltung gegenüber Klienten „So wie er ist, ist er als Mann genug“. Als Ziel erarbeitete er, sich so anzunehmen, wie er sich in seiner Menschlichkeit mit allen Facetten erlebt. Weiter das Normalisieren von Bereichen, in denen er sich mangelhaft, schwach und mit schwierigen Gefühlen konfrontiert sieht und dass diese auch zur männlichen Normalität gehören.

Das Geschlecht der Therapeutin macht einen Unterschied welche Themen zu Beginn einer Therapie angesprochen werden

Einen interessanten Aspekt ergänze ich noch aus dem Interview mit Riehl-Emde. Sie vermutet, dass sich je nach Geschlecht der Therapeutin eine andere Reihenfolge der Themen kanalisiert. Ihrer Beobachtung nach laden Männer und Frauen im Einzelsetting zu unterschiedlichen Themen zu Beginn der Therapie ein. Wie es weitergeht im Prozess scheint für Riehl-Emde auch mit dem Geschlecht des Gegenübers zu tun zu haben.

Beziehungsspezifität

Weibliche Therapeutin mit weiblicher Klientin

Eine Kollegin beschreibt ihre Wahrnehmung als Klientin bei weiblichen Therapeutinnen mit einem Gefühl von Sicherheit und Leichtigkeit und dass sie diese Gefühle bei jenem männlichen Therapeuten, bei dem sie bisher war, nicht wahrgenommen habe. Sie habe sich von ihm weniger verstanden gefühlt. Eine weitere Kollegin relativiert, dass sie von männlichen Therapeuten eher auf kognitiver Ebene eingeladen würde, während sie bei weiblichen Therapeutinnen mehr auf emotionaler Ebene angesprochen wird. Sie beschreibt den Unterschied aber als nicht so groß für sie.

Weibliche Therapeutin mit männlichem Klienten

Meine eigenen Erfahrungen als männlicher Klient bei weiblichen Therapeutinnen sind allesamt positiv. Bei allen war für mich von Beginn an ein Vertrautheitsgefühl spürbar, im Unterschied zu männlichen Therapeuten tatsächlich früher. Das Gefühl verstanden zu werden, war immer spürbar. Bei allen Therapeutinnen hatte ich den Eindruck, dass sehr behutsam nachgefragt wurde und wertschätzend rückgemeldet. Es kamen jene Themen zur Sprache, die ich zur Sprache bringen wollte. An konfrontierende Situationen erinnere ich mich nicht. Rückblickend war für mich die im Rahmen mehrerer Beratungen erarbeitete Erweiterung der Handlungsmöglichkeit und das Treffen einer Entscheidung hilfreich. Ob dies bei einem männlichen Berater anders verlaufen wäre, kann ich nicht beurteilen.

Eine Kollegin berichtet, dass sie in der Arbeit mit Klientinnen und Klienten im Paarsetting aufpassen muss, dass sie sich nicht zu sehr mit männlichen Klienten identifiziert. Eine andere Kollegin aus dem Gewaltpräventionsbereich berichtet, dass sie bei Konflikten ihrer Buben, wenn diese gerauft und sich gebalgt haben, immer dazwischen gegangen ist, aus der Angst heraus ihre Buben werden gewaltbereite Täter. Jetzt wo sie in der Gewaltprävention ausgebildet ist, beschreibt sie eine Veränderung in der Wahrnehmung auch gegenüber männlichen Klienten und dass Aggression als weniger bedrohlich erlebt wird. Das sieht sie auch im pädagogischen Bereich als Thema, da hier überwiegend Frauen tätig sind.

Riehl-Emde beschreibt ihre Vermutung, dass vor allem Männer mit Psychotherapie in Verbindung bringen, sich öffnen zu müssen und damit auch sich verletzlich, schwach zu zeigen, und dass das mit Scham verbunden ist und dass Männern das bei weiblichen Therapeutinnen leichter fällt. Oder dass Männer sich bei Therapeutinnen „wohler“ fühlen, weil sie möglicherweise von diesen weniger herausgefordert werden.

Konstruktivistisch gesehen hinterfragt Riehl-Emde weiter: Möglicherweise fühlen sich Männer wie Frauen von weiblichen Therapeutinnen von vorneherein besser verstanden, weil die Vorstellung und Konstruktion besteht, eine Frau wäre empathischer. Also eine mitgebrachte Konstruktion – auch auf Seiten der Therapeutinnen.

Männlicher Therapeut mit weiblicher Klientin

In der Arbeit mit Klientinnen fällt es mir ähnlich leicht wie bei Klienten eine gute therapeutische Beziehung herzustellen. In der Reflexion fallen mir wenige Bereiche ein, in denen ich einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Klientinnen mache. Ich erinnere mich an eine Situation, wo eine Klientin im Kontext Familienberatung sexuellen Missbrauch zur Sprache gebracht hat und ich das für mich als nicht passend erlebt habe. Ich habe meine Unsicherheit angesprochen und wollte sie zu einer Kollegin weiterverweisen. Sie hat aber betont, dass sie sich in diesem Kontext sicher fühle und das Thema hier bearbeiten möchte, sonst hätte sie es hier nicht angesprochen. Mit dieser Sicherheit war eine Weiterarbeit für mich gut möglich.

In einem Bereich mache ich ebenfalls einen Unterschied: ich vermeide bewusst Berührungen bei Klientinnen, um nicht in den Verdacht einer Grenzüberschreitung zu kommen. Dieses bewusste Vermeidungsverhalten fällt mir bei Klienten weniger auf, auch wenn es sich bei Männern ebenfalls um Grenzüberschreitungen handeln könnte.

Einen Unterschied bemerke ich ebenfalls, wenn es um das Thema Erziehung und Haushalt geht. Aufgrund meiner eigenen Sozialisation und der Zeiten, die ich in Karenz zuhause bei den Kindern verbracht habe, bin ich eine Art Role-Model, präsentiere dadurch aber auch ein alternatives Männerbild und leiste möglicherweise in Anlehnung Schigl, (2019,22) kontraproduktiven Idealisierungen bei weiblichen Klientinnen Vorschub.

Eine Kollegin berichtet, dass sie sich als Klientin bei einem männlichen Therapeuten vergleichsweise gut verstanden gefühlt hat. In einer Paartherapie habe sie sich bei einem männlichen Therapeuten nicht verstanden gefühlt, sie habe den Therapeuten als nicht neutral erlebt und das auch im therapeutischen Prozess zum Thema gemacht. Ihr Partner habe das überhaupt nicht so erlebt.

Männlicher Therapeut mit männlichem Patienten

Bei einem Klienten habe ich im Rahmen eines Abschlussgespräches (30te Einheit) erfahren, dass ich der erste männliche Therapeut in seiner reichlichen Erfahrung im psychosozialen Beratungsbereich war. Ich habe ihn dann auf einen für ihn bemerkbaren Unterschied zwischen männlichem Therapeuten und weiblicher Therapeutin befragt. Er hat aber nur sehr vage beschrieben, dass er bei Therapeutinnen weniger reserviert wäre, als bei mir, er sich wohl gefühlt und ein angenehmes Klima für ihn geherrscht habe. Er hat sich regelmäßig Notizen gemacht und dort, wo er Handlungsbedarf gesehen hat, sich auch damit auseinandergesetzt. Auch habe er sich regelmäßig auf die Stunden vorbereitet. Ich habe diesen Klienten aus meiner Wahrnehmung mir gegenüber reserviert erlebt, insbesondere bei Themen, wo ich Veränderungspotential gesehen hätte, dies aber für ihn (noch) nicht anschlussfähig war.

Bei Klienten fällt es mir ähnlich leicht wie bei Klientinnen, eine gute therapeutische Beziehung herzustellen. Unterschiede sind hier, wie schon beschrieben, im Bereich Berührungen, wo ich bei Klienten kein bewusstes Vermeidungsverhalten bemerke (Berührungen ergeben sich ohnehin äußerst selten).

Was ich ausschließlich bei Klienten bemerke, ist Scham und peinliche Berührung. Insbesondere im Paarsetting kenne ich Schamgefühle, wenn Männer sich Frauen gegenüber wenig wertschätzend verhalten. In einem Fall erinnere ich mich daran, eine Gewaltberatung abgebrochen zu haben und ich habe dem Klienten in weiterer Folge einen anderen Berater empfohlen, der in „seinem“ Themenbereich möglicherweise kompetenter wäre als ich.

Einen weiteren Unterschied bemerke ich (sehr subjektiv und persönlich) bei männlichen Klienten, dass sich diese (nicht alle, aber tendenziell öfter als Klientinnen) mir als männlichen Therapeuten schneller „öffnen“ als ich es bei weiblichen Klientinnen erlebe.

Meine eigene Erfahrung im Bereich der Einzellehrselbsterfahrung bei Therapeuten war unterschiedlich. Bei einem hatte ich lange das Gefühl, er versteht mich nicht und wäre wenig empathisch. Er hat mich sehr herausgefordert und hat sehr konfrontierend gearbeitet. Ich habe mich meinen Gefühlen in dieser Zeit bewusst gestellt und mich auch mit unangenehmen Fragen auseinandergesetzt. Das habe ich in der Form bei keiner weiblichen Beraterin oder Therapeutin erlebt. Bei einem weiteren Therapeuten habe ich großes Verständnis und hohe Empathie erlebt. Hier war für mich ein „angenommen werden wie ich bin“ Gefühl spürbar, das ich auch bei den weiblichen Therapeutinnen erlebt habe.

Ein Kollege berichtet über seine Erfahrung vor 20 Jahren bei einem männlichen Therapeuten, der einen sehr guten Namen gehabt hat und methodisch gut war. Er hat sich als Klient geöffnet, viel geredet aber der Therapeut war für ihn nicht spürbar.

Die Erfahrung, dass sich der Therapeut ihm methodisch aber nicht emotional zur Verfügung gestellt habe, hat ihn im Nachhinein sehr irritiert.

Ein Kollege aus dem Kontext der Männerberatung beschreibt bei Schilderungen von körperlich aggressiver Ausdrucksweise (nicht verletzende Gewalt), dass es für ihn Verständigungspunkte von Mann zu Mann gibt, die ihm leichter gelingen und die er weniger schnell als gewaltbereit und gefährlich aggressiv bewertet. Damit gelingt ihm als männlicher Therapeut im Vergleich zu weiblichen Therapeutinnen ein möglicherweise entspannterer Zugang.

Er beschreibt als Schattenseite davon, dass er als männlicher Therapeut dadurch aber auch eher gefährdet ist, zu übersehen, wenn es Richtung Übergriff und verletzende Gewalt geht.

Riehl-Emde berichtet mir in dem Interview, das ich mit ihr geführt habe, über ihre Erfahrung, dass Klientinnen bei der Terminvereinbarung einer Paartherapie sich einen männlichen Therapeuten wünschen, aus der Idee heraus, ihr Mann würde es bei einem männlichen Therapeuten „leichter haben“. Für die Klientin wäre es egal ob sie bei einem Therapeuten oder einer Therapeutin wäre, wichtiger wäre ihr, dass ihr Mann mitkommt. Die Frau wollte in diesem Fall also Bedingungen schaffen, dass es ihrem Mann leicht fällt mitzukommen. Sie macht auch die umgekehrte Erfahrung, dass Klienten bei der Anmeldung vermuten, ihre Frau würde besser mit einer weiblichen Therapeutin können, würde sich weniger unterlegen fühlen, wenn sie eine andere Frau an ihrer Seite hätte.

Riehl-Emde empfiehlt im Erstkontakt häufig einen männlichen Therapeuten und eine weibliche Therapeutin und bittet dann die Patientinnen selbst zu wählen.

Zusammenfassung

Frauen und Männer weisen als Patientinnen deutliche Unterschiede in den Prävalenzen (Häufigkeit) 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.

Der Mehrzahl der weiblichen Patientinnen steht eine Mehrzahl von weiblichen Therapeutinnen zur Verfügung (in Österreich 27% Männer zu 73% Frauen).

Die von Schigl (2019) dargestellten Ergebnisse aus qualitativen (Therapeutinnen) wie quantitativen (Patientinnen) Daten untermauern die Vermutung, dass weibliche Therapeutinnen tendenziell bessere Therapiebeziehungen aufbauen können. Ihre männlichen und weiblichen Patientinnen beschreiben die weiblichen Therapeutinnen oft positiver und werden auch so von ihnen gesehen.

Bezüglich des Therapieergebnisses und der Therapiezufriedenheit seitens der Klientinnen gibt es keine einheitlichen Ergebnisse. Einige Studien fanden keinen Unterschied im Erfolg von männlichen und weiblichen Therapeutinnen d.h. die KlientInnen zeigte sich nicht systematisch zufriedener oder unzufriedener und ihre Symptome mehr oder weniger gebessert, wenn ihre Therapie durch weibliche Therapeutinnen oder männliche Therapeuten durchgeführt wurde.

„Nach einer Studie von Leitner et.al (2012) unterscheiden sich von Therapeuten und von Therapeutinnen durchgeführte Therapien mit Klienten (anders als Therapien mit Klientinnen) weder im Outcome noch in der erlebten Beziehungsqualität (ebd., S. 63) noch in der mit Therapie eventuell einhergehenden Belastung (ebd. S,64) (Grossmann, 2016, 59).

Schigl (2018) kommt zum Schluss, dass die geschlechtshomogene Konstellation weibliche Therapeutin und weibliche Klientin vorteilhaft zu sein scheinen. Insbesondere bei bestimmten Störungsbildern und Problembereichen wie Essstörungen, Körperbildstörungen und Störungen im Zusammenhang mit sexueller Traumatisierung. Es gibt allerdings keine Untersuchungen, die beweisen, dass diese bei den genannten Problembereichen wirklich die bessere Wahl sind. In der geschlechtsheterogenen Konstellation männlicher Therapeut und weibliche Klientin ist die Wahrscheinlichkeit für einen sexuellen Übergriff in der Therapie am größten. Das Risiko für eine schlechte Beziehungsqualität und Outcome ist in dieser Dyade ebenfalls am größten (vgl. Schigl, 2018, 154).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Gender jedenfalls in den drei beschriebenen Perspektiven Prozess, Thema und Beziehung ein Teil psychotherapeutischen Handelns ist und daher mehr Beachtung finden sollte.

Es ist klar die Empfehlung auszusprechen, dass Beraterinnen und Therapeutinnen ihr eigenes Doing Gender einbeziehen sollten, sowohl in Einzel- als auch in Paarberatung (vgl. Burghardt, 2019,69).

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 kultureller Vielseitigkeit sind Anforderungen und Erwartungen, mit denen wir als Therapeutinnen wie auch Patientinnen und Klientinnen heute konfrontiert werden.

Die Auseinandersetzung mit der eigenen biologischen Geschlechtlichkeit sowie dem sozialen Geschlecht für Menschen, die im Sozialbereich, und noch viel mehr, im Bereich Psychotherapie arbeiten, ist aus meiner Sicht unerlässlich. Sie sollte Teil jeder Ausbildung sein.

Die Auseinandersetzung mit Doing Gender ist in meiner Ausbildung für mich zu kurz gekommen. Ich möchte mit dieser Arbeit einen Anstoß liefern, darüber nachzudenken, Gender als Analyseperspektive mit in den Lehrplan aufzunehmen.

Sehr erfreulich ist, wenn sich (Lehr)Therapeutinnen dessen bewusst sind, Gender als notwendige Perspektive im therapeutischen Prozess zu begreifen und für sich zu etablieren.

Zuletzt beschreibe ich meine eigene Erfahrung, dass ich es bereichernd und lustvoll finde, mit Männern, Frauen und Paaren gleichermaßen zu arbeiten. Abwechslung tut gut.

Zum Abschluss bedanke ich mich sehr herzlich bei jenen Menschen, die mir mit Interesse und Hilfsbereitschaft für Gespräche und Diskussionen zur Seite standen und in der mehrmaligen Überarbeitung der Arbeit Motivation waren. Ein besonderes Dankeschön widme ich an dieser Stelle auch den Korrekturleserinnen Caroline Riedler, Kirstin Eckstein, Josef Hölzl und Petra Hanner sowie Konrad Grossmann.

Literaturverzeichnis

Borst, Ulrike; Schlippe, Arist von; Fischer, Hans Rudi (2014): Was tun, wenn sich der Therapeut in seinen Klienten verliebt? – und umgekehrt?; Zeitschrift Familiendynamik, April 2014, 39. Jahrgang, Heft 2, pp 156-158
Burghardt, Alexander (2019): Der Blick auf Männer in der Beratung; Zeitschrift Blickpunkt EFL Beratung, April 2019, pp 68-81
Ebbecke-Nohlen, Andrea (1992): Die Geschlechterperspektive in der systemischen Familientherapie. In: Rücker-Embden-Jonasch, Ingeborg, Ebbecke-Nohlen Andrea (Hrsg., 1992): Balanceakte; Familientherapie und Geschlechterrollen, Carl-Auer Verlag, S. 152ff.
Ebbecke-Nohlen, Andrea/Riehl-Emde, Astrid (2012): Paar- und Familientherapie - Gendersensibles Vorgehen in der systemischen Therapie. In: Boothe, Brigitte et al.: Frauen in Psychotherapie: Grundlagen-Störungsbilder-Behandlungsangebote. Stuttgart. Schattauer.
Fliegel, Steffen (2014): Sexualität zwischen Behandlern und Patienten; Zeitschrift Familiendynamik, Januar 2014, 39. Jahrgang, Heft 1, pp 30-37
Grossmann, Konrad Peter (2016): Psychotherapie mit Männern (Systemische Therapie); Carl Auer Verlag
Illouz, Eva (2011). Die Errettung der modernen Seele: Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe. Berlin: Suhrkamp Verlag
Jaeggi, Eva (2014): „Weil Frauen ja so emotional sind...“: Die Feminisierung eines Berufes – Psychotherapeutin; Psychotherapie-Wissenschaft 2/2014), pp 87-95
Kirschenhofer, Sabine (2019): Geschlechtergerechte Paartherapie mit heterosexuellen Paaren: Reflexionen zu einem utopischen Unterfangen; in: Psychotherapie Forum (2019) 23:25–30 https://doi.org/10.1007/s00729-019-0107-0 (30.7.19)
Leitner, A., Schigl, B., & Märtens, M (Hrsg.) (2014): Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie, Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen. Facultas, Wien
Niel-Dolzer, Evelyn (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
Rücker-Embden-Jonasch, Ingeborg/Ebbecke-Nohlen, Andrea (Hrsg.) (1992): Balanceakte. Familientherapie und Geschlechterrollen. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme.
Schigl, Brigitte (2018): Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis.: Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? Springer Verlag; 2., überarb. Aufl.
Schigl, Brigitte (2019): Gender als notwendige Perspektive psychotherapeutischen Handelns in: Psychotherapie Forum (2019) 23:18–24, https://doi.org/10.1007/s00729-019-0109-y (30.7.19)
Sonnenmoser, Marion (2007): Theoretisches Desinteresse, Psychotherapie und geschlechtsspezifische Aspekte; Deutsches Ärzteblatt, Heft 5, Mai 2007, pp 232,233
Sonnenmoser, Marion (2011): Psychotherapie mit Männern. Was sie wirklich wollen; Deutsches Ärzteblatt, Heft 9, September 2011, pp 405, 406
Taubner, S., Munder, T., Möller, H., Hanke, W., & Klasen, W (2014): Selbstselektionsprozesse bei der Wahl des therapeutischen Ausbildungsverfahrens. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 64,pp 214–223