Gender als notwendige Perspektive psychotherapeutischen Handelns

Brigitte Schigl

Online publiziert: 10. Mai 2019
 © Der/die Autor(en) 2019

Zusammenfassung Der Artikel umreißt Prozesse, in denen Doing Gender in der Psychotherapie wirksam wird und nimmt Therapeut_innen wie Patient_innen in ihren Interaktionen in den Blick. Dabei werden spezifische Situationen und Themen im therapeutischen Prozess, in denen Gender zum Tragen kommt, erörtert und die unterschiedliche Tönung der Interaktionen je nach Zusammensetzung der therapeutischen Dyade beschrieben. Dazu werden qualitative Daten von Psychotherapeut_innen und quantitative Daten aus einer großen Patient_innenbefragung (RISK, Donau Universität Krems) verwendet.

Schlüsselwörter Doing Gender · Therapeutische Beziehung · Therapeutischer Prozess

Gender as an essential perspective in psychotherapy

Summary This article outlines processes of doing gender in psychotherapy. The emphasis lies on therapists as well as their clients, both are part of the game in performing gender in the therapeutic relationship. This is shown in specific situations and themes in therapeutic process and the colouring of the relationship according to the gender of therapist and patient. The statements are based on qualitative data from therapists and quantitative data of a patients' questionnaire (RISK Project, Danube University).

Keywords Doing Gender · Therapeutic relationship · Therapeutic process

Welche Rolle das Geschlecht im psychotherapeutischen Prozess spielt ist eine Frage, die sich viele Therapeut_innen schon gestellt haben mögen. Wer dies tut, beweist Gendersensibilität, denn allein um den Blick darauf zu lenken, bedarf es einer gewissen Sensibilisierung für das Thema (Karlinger 2011).

Therapeut_innen, die mit weiblichen, männlichen oder manche auch mit weiteren Gender-Identitäten arbeiten, konstatieren, dass entlang der Gender-Zusammensetzung spezifische Dynamiken auftreten, die die therapeutische Beziehung und den Prozess einfärben. In diesem Beitrag wird versucht, diese Phänomene anhand von qualitativen Daten aus Aussagen von Therapeut_innen darzustellen (siehe Abschn. „Gender-Effekte in der Therapie auf verschiedenen Ebenen“). Quantitative Daten aus einer Online Umfrage von Patient_innen (siehe Abschn. „Doing Gender als Risiko im therapeutischen Prozess“) ergänzen das Bild. Angaben zu Erhebungs- und Auswertungsmethoden finden sich bei den jeweiligen Darstellungen.

Theorien zu Geschlecht: Doing Gender

Den Phänomenen, die sich unter der Perspektive Gender auch im therapeutischen Prozess zeigen, kann man sich mit verschiedenen Theorien annähern. Dies sind neben den konzeptuellen Annahmen der einzelnen Therapieverfahren (z. B. als Übertragungen und Gegenübertragungen aus tiefenpsychologischer Sicht, als Lerngeschichte aus verhaltenstheoretischer Sicht, als systemisch-interaktionale Phänomene aus familientherapeutischer Sicht ...) v. a. Theorien zu Frau- und Mannsein, zu Identitäten und Prozessen von Geschlecht und seiner Herstellung. Manche Theorien

B. Schigl (✉)
 Rembrandtstraße 4/11, 1020 Wien, Österreich
 Karl Landsteiner Universität für Gesundheitswissenschaften,
 Krems, Österreich
brigitte.schigl@aon.at

gehen davon aus, dass Weiblichkeit und Männlichkeit essentialistische Kategorien sind¹. D.h. dass das, was wir als weiblich oder männlich ansehen, etwa qua Evolution und Biologie – über genetische Ausstattung und hormonellen Status – als Eigenschaften oder Handlungsbahnungen den Geschlechtern eingeschrieben ist (Bischof-Köhler 2011). Gegen eine solche Sichtweise spricht die Evidenz von Untersuchungen, die Geschlecht vor dem Hintergrund von sozialen Gruppen, gesellschaftlichen Verhältnissen und deren Regeln in den Blick nimmt (Fine 2012; Becker und Kortendieck 2010). Diese Theorien erweisen sich für das Verständnis von Gender-Prozessen in der Psychotherapie als geeigneter, beziehen sie doch auch psychologische und soziale Aspekte mit ein (Schigl 2018a).

Als besonders fruchtbar für das Verständnis der Dynamiken in den unterschiedlichen Gender-Dyaden erweist sich das interaktionstheoretische Konzept von „Doing Gender“. Es besagt, dass wir unsere Geschlechtlichkeit in Interaktionen mit anderen andauernd herstellen, indem wir uns entlang unserer (jeweils spezifischen) Sozialisation als „weiblich“, „männlich“ oder auch „queer“ verhalten (Gildemeister 2010): Zu wissen, wie man sich z.B. als Frau mit einer Frau, mit einem Mann verhält und vice versa, gehört zu unserer sozialen Kompetenz und generiert gender-accountability – geschlechtliche Zurechnungsfähigkeit und Verlässlichkeit. Wir erwarten von unseren Interaktionspartner_innen je nach Geschlecht (gefärbt durch Alter, soziokulturelles Milieu etc.) Unterschiedliches und verhalten uns auch je nach Gegenüber mehr oder minder subtil anders.

Weitere Diversity Aspekte beeinflussen unser Doing Gender: 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. „Intersektionalität“ bedeutet im Zusammenhang mit Gender kombinierte (kumulierte) Diskriminierungen und Beeinträchtigungen, wie Armut und Prekariat, aber auch körperliche Behinderungen und besondere Bedürfnisse. Auch diese Dimensionen nehmen Einfluss auf die Gender-Identität.

.... Und Psychotherapie

Die Perspektive von Doing Gender ist aus zwei Gründen nützlich für die Psychotherapie. Zum einen macht sie 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.

Im Konzept von Doing Gender ist auch ein zweiter wichtiger Aspekt enthalten: Gender entsteht in Interaktion. D.h. es reicht nicht, wenn wir (objektivierend) unsere Patient_innen als geschlechtliche Wesen mit bestimmten Verhaltensoptionen analysieren; wir sind ebenso Teil der Interaktionen und wie jemand als Therapeut_in in Beziehung zu einer bestimmten Patient_in tritt, ist durch das eigene Gender (und andere Diversity Faktoren) ebenso bestimmt, wie durch das des Gegenübers. Diese Prozesse kommen in jeder Psychotherapie, wie in allen anderen Interaktionen, zum Tragen. Sie können nicht verhindert – we never „can not do gender“ (West und Zimmermann 1987, S. 137) – aber sehr wohl immer wieder ins Bewusstsein gerufen werden. Auch dieser interaktionale Aspekt von Gender ist psychotherapie-nahe: Denn 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 Gesprächspartner_innen.

Gender-Effekte in der Therapie auf verschiedenen Ebenen

Die im Folgenden beschriebenen Phänomene (vgl. ausführlich in Schigl 2018b) entstammen den Aussagen von etwa 300 Kolleg_innen, die Fortbildungen zum Thema Gender besuchten. Es handelte sich dabei mehrheitlich um Therapeut_innen, die Therapierichtungen aller vier Cluster² angehörten. Der Prozess der Datensammlung begann 2010 und wird noch immer fortgesetzt. Die Therapeut_innen werden gebeten, darüber nachzudenken, wie es ihnen mit weiblichen/mit männlichen Patient_innen 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. Diesen qualitativen Daten unterliegt somit 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 dem ersten Drittel der Aussagen wurden die Kategorien (s.unten) gebildet, später hinzukommende Aussagen dann in die jeweils passenden Kategorien hinzugefügt. Nur mehrfach (mind. dreimal) vorkommende Aussagen gingen in die Analyse mit ein.

¹ Männern und Frauen sind festgeschriebene und unveränderbare Eigenschaften, Werte und Kapazitäten inhärent, die das unveränderbare „Wesen“ von Männlichkeit und Weiblichkeit ausmachen (vgl. Rosenberger und Sauer 2004).

² Tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, systemisch und humanistisch.

In der Analyse dieser Daten zeichneten sich drei Perspektiven ab, in denen sich Doing Gender nach Aussagen der Therapeut_innen manifestierte:

- Prozessspezifisch: Zu Beginn der Therapie, dann besonders in verunsichernden Situationen (Abschn. „Gender bevor Therapie überhaupt beginnt ...“)
- Themenspezifisch: Inhalte, bei denen die Gender besonders zum Tragen kommt (Abschn. „„Gender-aufgeladene“ Themen“).
- Beziehungsspezifisch: Färbung der Interaktionen, der Beziehung und Modi des therapeutischen Handelns je nach Zusammensetzung der therapeutischen Dyade, moderiert den gesamten Prozess der Therapie und wird in bestimmten Situationen und Themen (s. oben) besonders sichtbar (Abschn. „Gender-Dynamiken in der therapeutischen Beziehung“).

Doing Gender bevor Therapie überhaupt beginnt

Wie wahrscheinlich jemand Psychotherapie in Anspruch nimmt, ist eine Frage von Gender: Mehr als zwei Drittel aller Patient_innen 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 Patient_innen auftauchen. Das Gros jener, die auf Empfehlung von Ärzt_innen, Beratungsstellen oder auch aus dem sozialen Umfeld die Empfehlung zur Psychotherapie erhalten, ist weiblich. Frauen entscheiden sich auch 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). Aber auch auf Anbieter_innenseite besteht ein Ungleichgewicht. Schon fast drei Viertel aller Psychotherapeut_innen ordnen sich dem weiblichen Geschlecht zu (bestnet Informationsservice, Internet o.J.). So treffen in der Psychotherapie in der Mehrzahl Frauen auf Frauen.

.... Und wenn es schwierig wird

Verunsichernde Situationen (für beide Seiten) im Therapieprozess befördern ebenfalls Doing Gender. Denn Genderstereotypisierungen helfen uns, uns zu orientieren und bahnen Handlungsmuster in neuen und herausfordernden Situationen. Somit liegt es nahe, dass in besonders verunsichernden Momenten diese Schablonen aktiviert werden, weil dann auf sichernde Konstrukte wie eben gendertypische Handlungsschemata zurückgegriffen wird. Aus den Aussagen der Kolleg_innen kann interpretiert werden, dass Doing Gender in als schwierig wahrgenommenen Momenten eine besondere Rolle spielt bzw.

dadurch bedingt sein kann. Dies ist etwa der Fall, wenn die therapeutische Beziehung oder das Setting (kontrovers) zur Debatte stehen oder Patient_innen (bzw. Therapeut_innen) starke Gefühle von Anziehung oder Ablehnung für ihr Gegenüber spüren. In solchen Momente reagieren Patient_innen wie Therapeut_innen (auch) entlang ihrer Gender-Sozialisation mit Beschwichtigung und Begütigung, Gegenangriff, gekränkt oder geschmeichelt sein, sich verschließen, etc. So finden es den Berichten nach z. B. männliche Kollegen oft leichter mit den Zuneigungsbezeugungen ihrer weiblichen Patientinnen umzugehen, als weibliche Therapeutinnen mit „Komplimenten“ und Kommentaren zu ihrer Person oder ihrem Äußeren durch männliche Patienten (siehe auch Abschn. „Gender-Dynamiken in der therapeutischen Beziehung“).

„Gender-aufgeladene“ Themen

Bestimmte Themen können als „Hot Spots“ von Doing Gender betrachtet werden: Überall dort, wo sich gesellschaftliche Bruchlinien entlang von Gender zeigen, kann das Besprechen und Arbeiten mit diesen Themen zu „gender-troubles“ führen. Bei diesen Themen kann aus den Aussagen der Therapeut_innen geschlossen werden, dass diese sie in gemischtgeschlechtlichen Dyaden als zumeist schwieriger besprechbar bewerten, als in genderhomogenen Dyaden.

Die Therapeut_innen nannten folgende Themenbereiche

- *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 Patient_innen und Menschen in Umbruchssituationen: Welche Frau/Mann/welche geschlechtliche Identität will die Patient_in sein, in welche Richtung(en) geht das Begehren?
- *Fruchtbarkeit und Reproduktion*: Unerfüllter Kinderwunsch, Zeugen und Gebären, Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin bei Patient_in oder Partner_in, 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-kosmeti-

sche Eingriffe, Tätowierungen, Body-forming, exzessives Training, Diäten und Hungern.

- *Erkrankungen der Geschlechtsorgane* sowie die psychische Belastungen auch infolge der medizinischen Behandlungen dieser Erkrankungen z. B. bei Karzinomen.
- *Paarbeziehungen³ und deren Schwierigkeiten* wie (vergebliche) Werbung, Treue/Untreue, Eifersucht, Verlassen werden 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, Einheiratung und bestimmte Milieus, Erwartungen des Umfelds an bestimmtes Frau/Mannsein ...

All diese Themen können in Therapeut_innen 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 same-gender-Kombination. 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, v.a. 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.

Gender-Dynamiken in der therapeutischen Beziehung

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 Patient_innen wie Therapeut_innen jegli-

cher sexueller 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 leicht fällt, Kontakt herzustellen und 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 bahnen⁴. 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 Role Model zu sein – intime Themen (vgl. Abschn. „Gender-aufgeladene Themen“) können gut behandelt werden.

Weibliche Therapeutin mit männlichem Patienten

Diese Dyade kontrastiert patriarchale Gender-Stereotypen. Darin liegt wahrscheinlich die Ursache, warum viele v.a. junge Kolleginnen, diese Konstellation mit v.a. älterem Patienten als herausfordernd erleben. 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 (Doing Gender in schwierigen Situationen? Herstellen der gewohnten patriarchalen Dynamiken?). 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.

Männlicher Therapeut mit männlichem Patienten

Die homogen männliche Dyade hat v.a. zu Beginn mit Konkurrenz und schwierigem Vertrauensaufbau zu kämpfen. Viele Kollegen berichten von einer Art Ringen, wer in der Therapie „das Sagen“ hat, Kon-

³ Hetero- wie homosexuelle Paare.

⁴ Diese Haltung ist in der frauenspezifischen, feministischen Psychotherapie gewollt und gefördert (Scheffler 2010).

frontation ist 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) abgelehnt oder verleugnet – „ich bin doch nicht schwul“ müssen sich viele Patienten am Anfang versichern (obwohl sie so eine gefühlbetonte Sache wie Psychotherapie mit einem Mann machen).

Männlicher Therapeut mit weiblicher Patientin In dieser Dyade 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. 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.

Die Aussagen der Therapeut_innen 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.

Doing Gender als Risiko im therapeutischen Prozess

Anschließend an diese qualitativ gewonnen Aussagen möchte ich mit gender-betreffenden Ergebnissen einer Studie der Donau Universität, die zum Thema Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie durchgeführt wurde, auch eine Perspektive von Patient_innen ergänzen (Leitner et al. 2012, 2014). In dieser Studie wurden mittels mehrstufigem Design aus (anonymisierten) Beschwerdedokumenten sowie sieben Fokus-Groups mit Expert_innen aller Psychotherapieverfahren als qualitative Daten Hypothesen generiert. Sodann in zwei Schritten ein Fragebogen entwickelt, der von September 2009 bis April 2010 online war. Er bestand aus 42 Items, darunter Fragen zum Setting, zur Therapeut_in, zum Prozess und

der therapeutischen Beziehung sowie die Fragen zur Veränderung der Zufriedenheit in relevanten Lebensbereichen während der Therapie. Dieser konnte von Psychotherapiepatient_innen 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 Patient_innenseite zu den oben beschriebenen qualitativen Aussagen der Therapeut_innen 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 Therapeut_in als relevante Ansprechperson betrachten) und Belastung durch Therapie (Überforderung durch Psychotherapie, finanzielle Aspekte). In allen drei Nebenwirkungsausprägungen waren weibliche Patientinnen, die bei einem männlichen Therapeuten ihre Behandlung absolvierten, signifikant häufiger vertreten.

Alle Patient_innen (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 Patient_innen 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 Therapeut_in des gleichen Geschlechts behandelt wurden (vgl. Schigl 2014b, siehe dort auch zu Limitations der Studie).

Die Durchschnittswerte von weiblichen und männlichen Patient_innen 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 ein Manko der Psychotherapieforschung, die (wenn überhaupt) nur nach weiblich/männlich diskriminiert, aber meist nicht die unterschiedlichen Gender-Kombinationen von Behandler_in/Patient_in in den Blick nimmt. Die in der RISK Studie mehrfach als risikoreichst erscheinende Dyade von männlichem Therapeuten mit weiblicher Patientin kann vor

dem Hintergrund eines Doing Gender in patriarchalen Mustern interpretiert werden. Im Doing Gender dieser Kombination könnten bei den Patientinnen Unzulänglichkeitsgefühle und mangelnde Selbstwirksamkeit evoziert werden bzw. bestehen bleiben, wenn es nicht gelingt, diese im Laufe der Therapie genderkompetent zu bearbeiten und aufzulösen. Die Ergebnisse untermauern auch die in vielen Studien (Ogrodniczuk und Staats 2002) gefundene (leichte) Überlegenheit gender-homogen zusammengesetzter Dyaden – was für eine genderspezifische Expertise spricht.

Schlussfolgerungen

Die hier dargestellten Ergebnisse aus qualitativen (Therapeut_innen) wie quantitativen (Patient_innen) Daten untermauern die unterschiedlichen Färbungen und Herausforderungen, je nachdem, welche Gender in der Therapie zusammentreffen. Die Varianten dieser gender (mit)bedingten Dynamiken sind so vielschichtig, dass es keinen Sinn macht, spezifische Anleitungen für diverse Situationen zu extrahieren. Daher soll als Schlussfolgerung eine generelle Forderung für den therapeutischen Prozess in den Mittelpunkt gestellt werden.

Über den exzessiven Wunsch ganz dünn zu sein, über Impotenz, über erzwungene Alimentationszahlungen zu sprechen, wird die Reaktionen jeweils männlicher und weiblicher Therapeut_innen subtil unterschiedlich einfärben. In schwierigen Situationen im Prozess wird je nach Genderzusammensetzung eher oder eben nicht so konfrontativ interveniert werden, und die Beziehungsgestaltung auch von der Genderkombination in der therapeutischen Dyade abhängen. Dies ist nicht zu vermeiden. Wichtig ist, dass sich Therapeut_innen dessen bewusst sind, Gender als notwendige Perspektive im therapeutischen Prozess begreifen und für sich etablieren. Sie ist hilfreiches Analysetool bei der Reflexion schwieriger Situationen in der Therapie: Denn immer wieder kommt es (auch) aufgrund von Gender-Missverständnissen zu Verwerfungen im therapeutischen Prozess. Eine solche Gendersensibilität relativiert eigenes Handeln, macht Dynamiken klarer und kann einen besseren Umgang mit genderinduzierten Herausforderungen befördern. Auch in der Supervision können gendersensible und genderkompetente Supervisor_innen solche Perspektiven bereitstellen. In der fachspezifischen Ausbildung sollte den jungen Kolleg_innen Gender als Analyseperspektive vermittelt werden (Schigl 2014a). Ob die Bedeutung der Genderkombination dann in der therapeutischen Dyade/Gruppe angesprochen bzw. nur für sich reflektiert wird, ist für die jeweilige Situation (und vielleicht auch je nach Therapieverfahren) flexibel zu entscheiden. Gendersensibilität als Beachtung dieser Perspektive im therapeutischen Prozess kann die eigene Handlungsfähigkeit als Therapeut_in um eine Dimension erweitern und genderbedingten Missverständnissen und Risiken vorbeugen.

Interessenkonflikt B. Schigl gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

Literatur

- Bestnet Informationsservice. Anzahl der TherapeutInnen nach Geschlecht seit 1991. <https://www.psyonline.at/contents/14730/anzahl-der-psychotherapeutinnen-nach-geschlecht-seit-1991>. Zugegriffen: 15. Aug. 2018.
- Bischof-Köhler, D. (2011). *Von Natur aus anders. Die Psychologie der Geschlechtsunterschiede*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Becker R, Kortendiek B (Hrsg.) (2010): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: Springer
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2018). Gender-Gesundheitsbericht Schwerpunkt psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suicid. <https://broschuere.service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=661>. Zugegriffen: 16. Aug. 2018.
- Fine, C. (2012). *Die Geschlechterlüge*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gildemeister, R. (2010). Doing Gender: Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch-Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie* (S. 137–145). Wiesbaden: VS.
- Karlinger, S. (2011). *Gender matters?! Genderkompetenz in der Supervision – Zur Bedeutung der Genderkompetenz von Supervisorinnen und Supervisoren im psychosozialen Feld*. Saarbrücken: VDM.
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Katharina, G., Hinterwallner, H., Liegl, G., & Schigl, B. (2012). Psychotherapie: Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht des Forschungsprojekts des Departments für psychosoziale Medizin und Psychotherapie an der Donau Universität Krems. https://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_11.09.2013.pdf. Zugegriffen: 17. Aug. 2018.
- Leitner, A., Schigl, B., & Märtens, M. (Hrsg.). (2014). *Wirkung und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen*. Wien: Facultas.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2005). Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 6(3), 29–35. <https://www.kup.at/kup/pdf/5350.pdf> Zugriff am 15.8.2018.
- Ogrodniczuk, J., & Staats, H. (2002). Psychotherapie und Geschlechterzugehörigkeit. Brauchen Männer und Frauen unterschiedliche Behandlungen? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 270–285.
- Petrowski, K., Hessel, A., Körner, A., Weidner, K., Brähler, E., & Hinz, A. (2014). Die Einstellung zur Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psych Med*, 64, 82–85. https://www.researchgate.net/profile/Elmar_Braehler/publication/266459793_Die_Einstellung_zur_

[Psychotherapie_in_der_Allgemeinbevölkerung_Attitudes_toward_Psychotherapy_in_the_General_Population/links/5432ab540cf22395f29c31b7/Die-Einstellung-zur-Psychotherapie-in-der-Allgemeinbevölkerung-Attitudes-toward-Psychotherapy-in-the-General-Population.pdf](#) Zugriff 16.8.2018.

- Rosenberger, S.K., & Sauer, B. (Hrsg.). (2004). *Politikwissenschaft und Geschlecht. Konzepte – Verknüpfungen – Perspektiven*. Wien: UTB WUV.
- Scheffler, S. (2010). ...und sie bewegt sich doch! Entwicklung und Zukunft frauenspezifischer Psychotherapie und Beratung. In Frauen beraten Frauen (Hrsg.), *In Anerkennung der Differenz* (S. 45–60). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Schigl, B. (2014a). We are all part of the game! Gender + Diversity-Kompetenz für psychosoziale Berufe. In S.B. Gahleitner, R. Reichel, B. Schigl & A. Leitner (Hrsg.), *Wann sind wir gut genug? Selbstreflexion, Selbsterfahrung und Selbstsorge in Psychotherapie, Beratung und Supervision* (S. 62–73). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schigl, B. (2014b). Gendered Risk: Risikofaktor Geschlecht? In A. Leitner, B. Schigl & M. Märtens (Hrsg.), *Wirkung und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen* (S. 51–65). Wien: Facultas.
- Schigl, B. (2015). Doing Gender im psychotherapeutischen Prozess – braucht Dekonstruktion. *Psychosozial*, 2/2015, 39–54.
- Schigl, B. (2018a). Psychotherapie- und feministische Wissenschaft – eine notwendige Verknüpfung. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 42(165), 81–102.
- Schigl, B. (2018b 2. Aufl.). *Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis*. Wiesbaden: Springer.
- Strauß, B., Hartung, J., & Kächele, H. (2002). Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 533–547). Göttingen: Huber. https://www.researchgate.net/publication/215984847_Geschlechtsspezifische_Inanspruchnahme_von_Psychotherapie_und_Sozialer_Arbeit [Zugriff 15. 8. 2018].
- West, C., & Zimmerman, D.H. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1(2), 125–151. <http://links.jstor.org/sici?sici=0891-2432%28198706%291%3A2%3C125%3ADG%3E2.0.CO%3B2-W> bzw. https://www.gla.ac.uk/0t4/crcees/files/summerschool/readings/WestZimmerman_1987_DoingGender.pdf Zugriff 15.8.2018.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.