

Der Wirkfaktor Gender im therapeutischen Prozess

Rosemarie Piontek

1. Genderkompetenz zur Optimierung des therapeutischen Prozesses

In dem Artikel geht es um den Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollenstereotypen (GRS) und der Erhaltung von Gesundheit bzw. Entstehung von psychischen Störungen. Um diese Verbindung zu erkennen, bedarf es einer expliziten Genderkompetenz, also Wissen über die Auswirkungen von GRS bezüglich Epidemiologie, Anamnese, Diagnostik, Zielklärung, Therapiekonzepten und Veränderungsmodellen. Die Lebenswelten von Männern und Frauen sind spezifisch. Daraus erwachsen unterschiedliche Anforderungen und Konfliktfelder, dem entsprechen tendenziell eher männliche bzw. weibliche Bewältigungsstrategien. Als eine Methode, die GRS zum Ausgangspunkt macht, wird exemplarisch die Durchführung einer Geschlechtsrollenanalyse vorgestellt. Der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor zwischen Männern und Frauen kommt eine sehr hohe Bedeutung zu. Am Beispiel des sexuellen Missbrauchs in der Psychotherapie wird sichtbar gemacht, welche Auswirkungen GRS aufseiten der Tätertherapeut*innen haben, welche Mechanismen bei den Betroffenen wirksam werden und wie wenig Schutz es für Letztere gibt.

Gendering bezeichnet den gesellschaftlichen Prozess der Konstruktion der sozialen Kategorie Geschlecht. Durch diese Konstruktionen wird in jeder Kultur ein Bild von Männlichkeit und Weiblichkeit („gender“) vermittelt. Genetisch, biologisch, physiologisch, endokrin sind Männlichkeit und Weiblichkeit nur zwei von unzähligen möglichen Manifestationen („sex“). Durch das tägliche Erleben der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, durch die geschlechtshierarchische Verteilung gesellschaftlicher Macht, durch geschlechtstypische Interaktionsformen (Körperkontakt, Sprech-

Rosemarie Piontek

Der Wirkfaktor Gender im therapeutischen Prozess

Der Wirkung von Geschlechtsrollenstereotypen (GRS) im psychotherapeutischen Prozess wird zunehmend mehr Bedeutung beigemessen. Dabei geht es nicht um die Zementierung traditioneller GRS, sondern um die Dekonstruktion von einengenden weiblicher wie männlicher Stereotype und um die Entwicklung individueller „queer“ Persönlichkeiten mit dem Ziel der Förderung psychischer Gesundheit. Die erworbenen traditionellen GRS stellen jedoch in einem multifaktoriellen Modell einen wichtigen Faktor von Ich-Netzwerken dar. Deshalb spielt Genderkompetenz, das Wissen über die Auswirkungen von GRS auf psychische Gesundheit bzw. Krankheit und die explizite Anwendung von Gender als Analysekategorie auch in Psychotherapien eine wichtige Rolle. Vor dem Hintergrund von Hypothesen über die kognitiv-emotionalen Schemata für die „Bewältigung des Mann- oder Frauseins“ kann ein vertiefender therapeutischer Blick entstehen, beispielsweise auf die Anamnese, Diagnostik und das praktische therapeutische Vorgehen. Als Anwendungsbeispiel für einen möglichen Einstieg über das GRS wird die Geschlechtsrollenanalyse vorgestellt. Weil die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor im Zentrum der Psychotherapie steht, möchte ich als Beispiel den Missbrauch dieser Vertrauensbeziehung herausgreifen. In Deutschland erleiden jährlich bis zu 600 Menschen sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie, 90% bis 95% davon sind Frauen. Was könnte das für die therapeutische Beziehung in der Hypnotherapie bedeuten? Einige Fakten und Hypothesen dazu sollen das Problembewusstsein wecken und Prävention fördern.

Schlüsselwörter: Gender, Geschlechterrolle, Gesundheitssystem, therapeutische Beziehung, sexueller Missbrauch

Gender – a central factor in the psychotherapeutic process

The impact of gender role stereotypes (GRS) in the psychotherapeutic process is increasingly given importance by researchers and clinicians. This is not about cementing traditional GRS, but about deconstructing constricting female, as well as male, stereotypes and developing individual „queer“ personalities with the aim of promoting mental health. However, in a multifactorial model, the acquired traditional GRS represent the important factor of ego networks. Therefore, gender competence, knowledge about effects of GRS on mental health or illness, and explicit use of gender as an analysis category also play an important role in psychotherapy. Against the background of hypotheses about the cognitive-emotional schemata for „coping with being a man or a woman“, an in-depth therapeutic view can emerge, for example, regarding the patient's medical history, diagnosis, and therapeutic process. Gender role analysis is presented as an example of possible entry via the GRS. Because the therapeutic relationship is a central factor in the psychotherapeutic process, I would like to highlight this factor and use the abuse of this relationship as an example. In Germany, up to 600 people suffer sexual assaults in psychotherapy every year, 90 % to 95 % of whom are women. What could this mean for the therapeutic relationship in hypnotherapy? Some related facts and hypotheses are presented here with the aim of raising awareness and promoting prevention.

Keywords: Gender, role, mental health, therapeutic relationship, sexual abuse

Rosemarie Piontek, Dipl.-Psych.
Magdalenenstr. 29, 96129 Strullendorf-Geisfeld,
Romie-home@t-online.de

erhalten: 2.12.19

rev. Version akzeptiert: 26.2.20

verhalten) und die Modelle der Rollenzuschreibungen aller Art geschieht eine dauerhafte, implizite Vermittlung dieser Geschlechtsrollenstereotype (im Folgenden GRS).

Menschen akzeptieren in der Regel zunächst unhinterfragt diese Sozialzuschreibungen und halten sich weitgehend daran, um nicht „aus der Rolle zu fallen“. Gemeint ist damit selbstverständlich immer, dass sich jemand tendenziell eher männlich oder weiblich verhält. Das GRS ist auch nicht zwangsläufig gebunden an ein biologisches Geschlecht. Wie hilfreich es in vielen Therapien ist, diese Stereotype zu beschreiben, möchte ich im Folgenden zeigen. Durch die (therapeutische) Beschreibung der Auswirkungen dieser Stereotypen werden diese nicht zementiert, sondern ganz im Gegenteil bewusst gemacht und erst einmal auch gewürdigt. Deutlich wird hiermit auch schon, dass es keine geschlechtsneutrale Psychotherapie gibt oder geben kann, denn das Geschlecht wirkt immer.

Ein Rollenverständnis mit dem Ziel der Geschlechtergerechtigkeit (vgl. Heinrich-Böll-Stiftung, 2003) impliziert Wissen über die soziale Konstruktion von GRS, die Fähigkeit zur Reflexion eigener Geschlechtsrollenbilder sowie über die Anwendung der Genderanalyse als Kategorie im Berufs- und Organisationskontext und in der Psychotherapie. Dabei ist entwicklungspsychologisches Grundlagenwissen über die Entstehung männlicher und weiblicher Geschlechtsrollenstereotype, über Theorien zur Sozialisation von Geschlechtsrollen in Kindheit und Jugend, über die gendergeprägten Biografien von Männern und Frauen, geschlechtstypische einschneidende Lebensereignisse und auch über geschlechtstypische Arbeitsteilung und Machtverteilung nützlich. Die epidemiologischen Daten (Lademann & Kolip, 2005) zeigen, dass GRS Auswirkungen auf die psychische Gesundheit allgemein und beispielsweise auch auf die Verteilung von Diagnosen haben. Genderaspekte spielen außerdem beim Klage- und Hilfesuchverhalten eine Rolle (Strauß et. al., 2003). Und nicht zuletzt bezüglich der Wirkungsweise von Psychopharmaka in Abhängigkeit vom Geschlecht sind die spezifischen Aspekte bedeutsam (Kirchheiner, 2005).

Die Aneignung von Genderkompetenzen und die Entwicklung von gendersensitiven therapeutischen Heuristiken würde eine deutliche Verbesserung der Qualität der psychotherapeutischen Arbeit bewirken. Wenn Therapeut*innen mehr Wissen über genderabhängige Mechanismen haben, die zu Störungen führen können, dann sind sie fachlich kompetenter. Dies hilft, mehr Geduld zu haben, und erweitert die Suchstrategien und Lösungsfelder. Die Blindheit den Geschlechterdifferenzierungen gegenüber ist eines der ganz großen Defizite der psychotherapeutischen Forschung und Praxis zu Beginn des 21. Jahrhunderts.

Strukturelle Erklärungsmodelle dienen der persönlichen Entlastung. Solche Modelle werden in der Psychotherapie fortwährend verwendet, um den Klient*innen beispielsweise den inneren Druck zu nehmen oder, anders ausgedrückt, das Individuum von sozialen und kulturellen Imperativen des Über-Ichs zu befreien. Wenn im therapeutischen Prozess deutlich wird, dass bestimmte Problemmuster eng mit der gelernten Geschlechtsrolle verbunden sind, dann wird den Klient*innen bewusst, dass ihre

Wirkfaktor Gender

Probleme eben nicht aus ihrem persönlichen Versagen resultieren, sondern unter anderem das Ergebnis gesellschaftlicher Strukturen und damit verbundener Machtverhältnisse sind. Das Erklärungsheurisma „Geschlechtsrolle“ neben andere Erklärungsmodelle zu stellen (Kindheitsentwicklung, Beziehungsmuster, Traumata usw.) kann erhellend und entlastend sein.

1.1 Ein gendersensitiver Blick präzisiert die Wahrnehmung in der Anamnese

Offensichtlich unterscheiden sich die Lebensbedingungen und biografischen Verläufe von Männern und Frauen in der Gesellschaft (Piontek, 2017). Die Teilhabe am Erwerbsleben, der Zugang zu Vermögen, die Art von Gewalterfahrung, das Leben mit Kindern und vieles mehr weisen je nach Geschlecht unterschiedliche Ausprägungen auf. Das Risiko, durch einen Suizid zu sterben, ist bei Männern fast dreimal so hoch wie bei Frauen. Die Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs oder einer Totgeburt zu bewältigen betrifft Männer anders als Frauen. Bei der Anamnese die potenziell möglichen geschlechtsspezifischen Auslöser für Störungen im Hinterkopf zu haben, schafft ein vertieftes Wissen. Dies wiederum erleichtert die gemeinsame Erarbeitung eines ätiologischen Modells über die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Störung.

Genderbewusste psychotherapeutische Heurismen liefern im therapeutischen Prozess häufig ein ergänzendes Störungsmodell. Der abwesende Vater etwa, der recht wenig Zeit mit seinen Kindern verbringen kann, weil er viel arbeiten muss, hinterlässt bei den Kindern vielleicht ein Gefühl von Mangel, eine ungestillte Sehnsucht nach einem Mehr an Beziehung. Das wird von Jungen anders erlebt und bewältigt als von Mädchen. Das wiederum kann bei Frauen und Männern auf unterschiedliche Weise zu Störungen der Beziehungsmuster im Erwachsenenalter führen.

1.2 Diagnosen und Epidemiologie – Fakten ohne Folgen?

Die maßgeblichen epidemiologischen Untersuchungen weisen deutliche geschlechtsstereotype Unterschiede bei der Verteilung von Diagnosen auf. Der Mainstream der therapeutischen Konzepte, Ätiologie- und Störungsmodelle, Manuale usw. – und zwar egal, welcher Schulen – scheint diese Fakten weitgehend unterzubewerten oder gar zu ignorieren. Immer noch wird häufig so getan, als sei Psychotherapie geschlechtsneutral, als würde es keinen Einfluss haben, nach welchen Geschlechtsrollenstereotypen sowohl Klient*innen als auch Therapeut*innen denken, fühlen, sich verhalten und handeln. Gleichzeitig wird der „gefühlte“ Unterschied in der praktischen Arbeit immer wieder wahrgenommen und beschrieben. In den psychotherapeutischen Praxen zum Beispiel suchen viel weniger Männer als Frauen Hilfe. Typische „Männerdiagnosen“ sind Alkoholmissbrauch bis hin zur Sucht, harte Drogen, antisoziale Persönlichkeitsstörungen, narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, zunehmend auch Burnout und Depressionen.

Das deutliche Überwiegen von Frauen in Psychotherapien zeigt sich vor allem bei leichteren Störungen diesseits psychiatrischer Ausprägungen. Bei den „Frauendiagnosen“ überwiegen Angststörungen, Depressionen, Medikamentenabhängigkeit, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Somatisierungsstörungen, Essstörungen. Allerdings scheint es keine zahlenmäßigen Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu geben bei Diagnosen aus dem Psychosenspektrum, bezogen auf in den Kliniken behandelte Langzeitpatient*innen, über einen langen Beobachtungszeitraum hinweg. Bei ähnlichen Symptombeschreibungen wird bei Frauen eher eine psychische Störung, bei Männern eher eine somatische Diagnose gestellt. Bei Männern wird im Bereich psychischer Beeinträchtigungen vermutlich sogar häufiger falsch diagnostiziert. Männern wird von den Mediziner*innen seltener eine Psychotherapie (bei gleichen Symptomen!) empfohlen als Frauen. Nonkonforme Verhaltensweisen werden bei Frauen schneller pathologisiert als bei Männern. Wenn zum Beispiel Frauen straffällig werden, werden bevorzugt psychische Erklärungen gesucht. Bei Männern werden soziale und soziologische Faktoren herangezogen (vgl. Tabelle 1).

Genderbewusste Sensibilisierung und Ausdifferenzierung erweitert die diagnostischen „Schubladen“: Erworbene Normunterschiede schreiben dem weiblichen GRS eher „kranke“ Merkmale zu wie schüchtern, gehemmt, sensibel, ängstlich, vorsichtig, schutzbedürftig, selbstlos usw. Während das männliche GRS eher durch die „robusteren“ Attribute wie aktiv, selbstbewusst, unternehmungslustig, risikobereit, durchsetzungsfähig usw. beschrieben wird (Bem & Sandra, 1981). Wenn jedoch Frauen Anteile des männlichen GRS zeigen, dann besteht die Tendenz, dies als „auffällig“ bis hin zu „gestört“ zu markieren; für Männer gilt das Gleiche umgekehrt.

Einem Mann mit einem Alkoholproblem wird weit seltener eine psychische Zweitdiagnose gegeben als einer Frau, obwohl der Klient vermutlich nicht weniger wahrscheinlich an einer Depression oder einer Angststörung hinter dem Alkoholmiss-

Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2014).

	Frauen	Männer
Alkoholabhängigkeit	1,6	4,4
Medikamentenabhängigkeit	0,7	0,3
Major-Depressionen	8,4	3,4
Unipolare Depression	10,6	4,8
Panikstörung	2,8	1,2
Soziale Phobie	3,6	1,9
Zwangsstörungen	4,0	3,3
PTBS	3,6	0,9
Somatoforme Störungen	5,2	1,7

Wirkfaktor Gender

brauch leidet. Bei Frauen werden in der ärztlichen Alltagspraxis deutlich häufiger psychische Erkrankungen diagnostiziert als bei Männern. Im klassischen Männerstereotyp sind psychische Probleme mit Schwäche verbunden, auch wenn sich das gegenwärtig zu ändern scheint bezüglich des Stresserlebens in Leistungsbereichen wie dem Beruf. Hilfesuch- und Klageverhalten sind im weiblichen GRS „erlaubt“, im männlichen eher „verboten“. Je stärker der Rollenkonflikt bei Männern ausgeprägt ist, desto negativer stehen sie psychosozialen Hilfeangeboten gegenüber.

Frauen und Männer unterscheiden sich auch in der Symptombeschreibung. Wenn die Patient*innen spontan Beschwerden beschreiben, dann beziehen Frauen die psychischen Probleme mit ein, während Männer sich auf die somatischen Probleme beschränken. Die Sprache als Werkzeug und Emotion als Gegenstand der Psychotherapie sind dem weiblichen GRS näher als dem männlichen (Emotionsverbot!). Männer werden von Ärzt*innen weniger nach emotionalen und psychosozialen Dingen gefragt, ihnen wird von den Mediziner*innen seltener eine Psychotherapie empfohlen als Frauen. Auch bei der Konzeption von Fragebogen scheint es einen Genderbias zu geben. Zum Beispiel tauchen bei Depressionsfragebogen Items zu GRS männliche Aspekte von z.B. Depression kaum auf (Möller-Leimkühler, 2009). Den entsprechenden geschlechtstypischen Vorurteilen unterliegen also sehr wohl auch Diagnostiker*innen (Klößner-Cronauer & Schmid-Mast, 2010). Mehr Wissen über die Genderaspekte psychischer Erkrankungen würde vermutlich viele Fehldiagnosen vermeiden helfen.

1.3 GRS-spezifische Lebensbedingungen und Krankheitsrisiken

Das GRS steht in engem Zusammenhang mit der Lebenswelt von Menschen und den daraus folgenden Entwicklungsaufgaben im Laufe des Lebens (Piontek, 2017). Aus diesem Grund ergeben sich aus GRS Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Probleme.

Bis zur Pubertät tauchen Mädchen deutlich seltener wegen körperlicher und psychischer Probleme in medizinischen und psychosozialen Systemen auf als Jungen (Unfälle, ADHS, sozial auffälliges Verhalten, Schulversagen usw.). Bis dahin haben Erziehende die Verantwortung für das Aufsuchen von Hilfe, was sich entsprechend auswirkt. Mit Beginn der Pubertät verändert sich das drastisch. Das Einsetzen der Menstruation wird oft wie eine „Last, die du nun dein Leben lang tragen musst“, vermittelt. Die GRS von der empfindsamen, schwachen, klagenden Frau und dem „Indianer“, der keinen Schmerz kennt, werden in der Pubertät noch mal deutlich verfestigt. Das wirkt sich zum Beispiel auf Klage-, Hilfesuch- und Präventionsverhalten aus.

Die Gefahr, im Kindesalter sexueller Gewalt ausgesetzt zu sein, hat für alle Geschlechter lebenslang negative Folgen. Aber immer noch sind Mädchen deutlich stärker davon betroffen. Oft erst im Erwachsenenalter in Psychotherapien kommt die Gewalt zur Sprache, vorausgesetzt, die Therapeut*innen sind dafür sensibilisiert und im Umgang damit kompetent.

Erst seit wenigen Jahren ist Gewalt in der Ehe strafbar. Die Dunkelziffer von Misshandlungen von Frauen in engen Beziehungen ist sehr hoch. Der Grad der Traumatisierung hängt unter anderem von der Schwere der Misshandlung, der Dauer und der Lebensbedrohung ab.

Jedoch sind Männer insgesamt gesehen häufiger Opfer männlicher Gewalt als Frauen. Besonders im jüngeren Alter (Peergroups) gelten Männlichkeitsnormen im GRS, die Gewaltanwendung und Kämpfe legitimieren, manchmal geradezu sogar fordern (Böhnisch, 2013). Wie oft und wie gründlich werden wohl Männer während der Anamnese explizit nach Gewalterlebnissen in ihrem Leben gefragt? Für wie bedeutsam wird das im therapeutischen Prozess gehalten?

Bei Frauen kann alles, was mit der Gebärfähigkeit zusammenhängt – angefangen mit dem prämenstruellen dysphorischen Syndrom über ungewollte Schwangerschaften oder unerfüllter Kinderwunsch bis hin zum Geburtserleben und schließlich zum Klimakterium – Auslöser für emotionale Krisen darstellen. Je mehr Männer das Vaterwerden aktiv in ihr Geschlechtsrollenmodell, und zwar auch emotional, aufnehmen, desto häufiger kann auch für sie alles, was mit der Vaterschaft zu tun hat, eine Bewältigungsaufgabe werden. Nach meiner Beobachtung suchen in den letzten Jahren Männer eine Psychotherapie auf, nicht nur weil sie Zeugungsprobleme haben, sondern auch weil sie mit einer vorgenommenen Abtreibung der Partnerin nicht klarkommen oder die Totgeburt ihres Kindes eine depressive Phase auslöst.

Themen wie Mehrfachbelastung, alleinerziehend zu sein, Armut, schlechtere Berufs- und Karrierechancen mit der Folge geringeren Einkommens betreffen vorzugsweise Frauen, was zur Überlastung und zu unterschiedlichen psychischen Erkrankungen führt.

Bei Männern finden wir starke Verunsicherung in den Rollenübergängen. Auch haben junge Männer verstärkt den Eindruck, ins Hintertreffen zu geraten im Vergleich zu jungen Frauen. Gerade die „neuen“ Männer treffen auf Mehrfachbelastungen ganz besonders dann, wenn am Arbeitsplatz eine Karriereorientierung und Kontinuität in der Rolle als Ernährer gefordert werden. Gleichzeitig sind viele wirtschaftlich nicht mehr längerfristig gesichert, sodass häufig Angst vor dem Arbeitsplatzverlust besteht. Hinzu kommt, dass im traditionellen GRS die Selbstdefinition überwiegend über Leistung und Erfolg durch Erwerbsarbeit erfolgt. Männer tun sich schwer, einen familienbezogenen „Sinn des Lebens“ zu finden.

In der positiven Variante verfügen Frauen über mindestens „zwei Standbeine“ für einen Lebenssinn: Arbeit und Familie. Im traditionellen männlichen GRS hingegen hat Arbeit eine hohe Bedeutung und bekommt eine existenzielle Überwertigkeit. Wenn die Erwerbsarbeit gefährdet oder gar verloren geht und die Familie eher im Hintergrund steht, dann gerät das „ganze Leben“ ins Wanken. Männern fällt es nicht leicht, emotional bedeutsame, einschneidende Lebensereignisse zu bewältigen, weil sie zu wenig Zugang zu ihren Emotionen gelernt haben, ungeübt sind und ihr GRS es auch nicht „erlaubt“.

Wirkfaktor Gender

1.4 Spezifische Bewältigungsstrategien im Umgang mit geschlechtsrollenstereotypen Anforderungen

Die Lebenswelt von Männern und Frauen ist immer noch geprägt von Bewertungen und Vorschriften, an die wir uns selbstverständlich und automatisiert halten. Auf Frauen und Männer kommen unterschiedliche Anforderungen zu – angefangen mit Alltagsproblemen, Beziehungsanforderungen bis hin zu gesellschaftlicher Positionierung (Bardehle & Stiehler, 2010). Sie müssen mit unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Erwartungen und Bewertungen umgehen.

Ein Teil dieser strukturellen Bedingungen und Vorgaben hat aber Benachteiligung, Mehrbelastung und Einengung der persönlichen Entwicklung zur Folge. Menschen entwickeln entsprechende GRS-Präferenzen für Bewältigungsstrategien von Problemen und Emotionen. Sie eignen sich im Kontext der Rollenerwartung bestimmte Regeln an zur Bewältigung von Emotionen (innerer Prozess) und im Umgang mit Situationen (sichtbares Verhalten). Wolfgang Neumann und Björn Stufke (2004) greifen das Konzept „Bewältigung des Mannseins“ von Lothar Böhnisch und Reinhard Winter (1997) auf (aktuell vgl. auch Böhnisch, 2013) und systematisieren es für die praktische Anwendung in Beratung und Psychotherapie. Bei einer gendersensiblen Anwendung ergeben sich mit dem Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung von Rainer Sachse (2006) viele Schnittstellen und Anknüpfungspunkte.

1.4.1 Bewältigung des „Frauseins“

Eine Frau, die ihre Rolle als Mutter und Hausfrau mit vollem Einsatz ausfüllt und gleichzeitig erlebt, dass sie gesellschaftlich nicht angemessen geachtet und sogar abgewertet wird, muss diese Frustration irgendwie bewältigen. Gleichzeitig muss sie mit geringer Machtbeteiligung, schlechteren Karrierechancen, materiellen Ungerechtigkeiten in einer androzentrischen Arbeitswelt umgehen. Sie muss für gleiche Teilhabechancen mehr leisten und muss gleichzeitig noch sämtliche Attraktivitätsstandards erfüllen, um auch eine „richtige“ Frau zu sein. Sie ist nicht selten sexualisierter Gewalt ausgesetzt und ihre körperliche Selbstbestimmung wird ihr abgesprochen. Wenn sie sich diese Widersprüche und Ungerechtigkeiten anhaltend bewusst machen würde, dann stünde sie unter Dauerstress und geriete in Panik. Also ist das Anpassen an die Weiblichkeitsnormen und die Schaffung einer entsprechenden Lebenswelt erst einmal der anscheinend erfolgreichste und gesündeste Weg. Das geht so lange gut, bis die Diskriminierung und Machtlosigkeit am „eigenen Leib“ erlebt werden und zu heftigen Enttäuschungen, Kränkungen, Ängsten und Überforderungen führt, was nicht selten in eine psychische Störung oder Erkrankung mündet.

Das weibliche GRS beinhaltet auch spezifische Bewältigungsstrategien zur Reduktion dieser auftretenden Dissonanzen. Diese „Überlebensstrategien“ werden tradiert von Generation zu Generation und verankern sich in der Persönlichkeitsstruktur und werden damit identitätsbildend. Im Therapieprozess könnte ein Psychotherapeut

es als Erfolg betrachten, dass seine Klientin pünktlich erscheint, aktiv mitarbeitet, ein-sichtig und kooperativ ist usw. Es könnte aber ebenso sein, dass die Klientin auch dem Therapeuten gegenüber „das brave Mädchen“ sein möchte, um die Harmonie zu sichern und ihn wohlgesonnen zu halten. Beide würden sich im Rahmen ihrer GRS bewegen und sicherlich irgendwie eine Verbesserung der Symptomatik erreichen, aber was wäre mit der Autonomie der Klientin? Es ist also von Vorteil, sich als Therapeut*in Gedanken über Bewältigungsstrategien zu machen (siehe Kasten), um die eigenen Strategien wahrzunehmen, bei den Klient*innen achtsam zu sein und damit den Prozess zu verbessern.

Die Bewältigung des Frauenseins (Piontek, 2017, S. 86) enthält zusammengefasst die folgenden Aspekte:

- *Anpassung* (an die Weiblichkeitsnormen, GRS): Mehrfachbelastung in der Familie, Erwerbsarbeit, Beziehungsarbeiterin, Geliebte, Sozialarbeiterin usw.
- *Externalisierung*: Außenorientierung, orientiert an einer „Gemochtwerden-Selbstdarstellung“ (vs. machtvolle Selbstdarstellung), Vermeidung negativer Konsequenzen, nicht auffallen, angepasst und lieb sein, nett sein (gute Mutter, Hausfrau, Ehefrau)
- „*Opferrolle*“: Bewältigung von Erfahrung von Gewalt und Demütigung.
- *Stummheit*, gelernte Hilflosigkeit, Selbstbeschuldigung, Rückzug ins Leiden, sich kleinmachen, „verstecken“, unsichtbar sein. Isolation bei Gewalterfahrung, Alleinsein, Scham, sich nicht mitteilen können,
- *Kontrolle durch Leiden*, Aufopferung und Sich-Hingeben, Anklage, „moralischer Druck“, unterschwellige Aggression.
- *Personalisierung*: sich emotional im Zentrum der Abläufe fühlen, strukturelle Machtlosigkeit kompensieren, Überidentifikation, Überverantwortlichkeit
- *Abhängigkeit*: Wenn es den anderen gut geht, dann geht es auch mir gut, Identität über andere aufbauen, andere wohlgesonnen halten um sich selbst wertvoll zu fühlen
- *Körperkult*: Bewältigung der Körperambivalenz (leidbringende körperliche Ausbeutung vs. Objekt der Begierde, sexueller Lust, Leben schenkend, Anerkennung bekommen usw.); Bedeutsamkeit des Körpers als „Austragungsort“ von allen selbstwertrelevanten Themen im Zusammenhang mit Weiblichkeit (Schlankheit, Gebärfähigkeit, Attraktivität, Sexualität usw.)
- *Ambivalenz Männern gegenüber*: gelerntes Beziehungsbedürfnis ist es, den starken Mann (auch den Macho!) als Beschützer und Liebhaber zu erleben versus den fürsorglich- lieben Mann als „Seelenverwandten“ und „beste Freundin“, Vater der Kinder
- *Erlaubte Konkurrenzbereiche*: physische Attraktivität, Mütterlichkeit („Welche Frau hat die tollsten Kinder?“), als Hausfrau, als Ehefrau („Welche Frau hat den die meiste Sicherheit bietenden Mann bekommen?“)

Wirkfaktor Gender

1.4.2 Die Bewältigung des Mannseins

Im Leben von Männern kommt Gewalt in unterschiedlichen Formen häufig vor: als Kind gewalttätiges Elternverhalten, Gewalt untereinander in der Peergroup, strukturelle Gewalt in Institutionen und auch selber als Täter anderen gegenüber. Die Dauerberieselung mit Modellen männlicher Gewalt, der GRS Druck, der daraus entsteht, kann Männer in einen dissonanten und insuffizienten Zustand bringen, weil sie sich selber nicht so erleben können. Stark zu sein und sich durchsetzen zu können sind die übergeordneten kognitiven Regeln, die unbedingt zur kulturellen Männlichkeit gehören. Dabei bedeutet Stärke, sich nicht von Mitgefühl und Empathie - sich selbst und anderen gegenüber - schwächen zu lassen. In einer extremen Ausprägung finden sich die Merkmale der dissozialen Persönlichkeit wieder: Rücksichtslosigkeit, kaum Schuldgefühle oder Verantwortungsbewusstsein, Missachtung sozialer Normen, geringe Frustrationstoleranz, hohe Gewaltbereitschaft usw.

In männlichen GRS geht es um eine möglichst machtvolle Selbstdarstellung als zuverlässiger Ernährer, kompetenter Vater, durchsetzungsfähiger Mitarbeiter usw. Die Wahrnehmung der eigenen emotionalen Bedürftigkeit als Informationsquelle und Maßstab für Verhaltensweisen und Handlungen ist weniger ausgeprägt (Ausnahme: aggressive Impulse). Es geht dabei primär um die Vermeidung von Gefühlen, um die Einhaltung des „Emotionsverbots“ im männlichen GRS.

Gerade jüngere Männer nehmen die Umbrüche der traditionellen GRS hin zu einem veränderten, individuell entwickelten männlichen Menschenbild als sehr verunsichernd wahr. Sie sind auf der Suche nach neuer Orientierung, was durch den Mangel an entsprechenden Anregungen schwierig ist. Auch sind sie damit konfrontiert, dass Frauen sich zunehmend den Raum in der Gesellschaft nehmen, der ihnen als der Hälfte der Bevölkerung zusteht. Damit finden Konkurrenz und ein Umverteilungsprozess von Ressourcen statt, dem Männer früher wenig ausgesetzt waren. Auf soziale Probleme und in konflikthafter sozialen Auseinandersetzungen reagieren Männer verstärkt mit Schweigen. Sie sprechen wenig über Gedanken, die sie sich über sich selbst machen, über Gefühle

oder über das Beziehungserleben aus Scham und Angst, dann als unmännlich zu erscheinen. Das hat dann oft Alleinsein zur Folge. Allein lebende Männer haben ein größeres Risiko physisch und psychisch zu erkrankengegenüber in Partnerschaft und Familie lebenden. Der „einsame Wolf“ als Umdeutung und Überhöhung der emotionalen Isolation bringt eher Störung hervor.

Ein Wissen über GRS-Bewältigungsstrategien, die Männer in „ihrer Welt“ erlernen und mit dem sie versuchen, in „unser aller Welt“ zurecht zu kommen, verbessert fachliche Kompetenz und optimiert therapeutisches Handeln, egal in welcher Therapieschule.

Die Bewältigung des Mannseins (Piontek, 2017, S.76) enthält zusammengefasst die folgenden Aspekte:

- *Externalisierung und Attributionsstil*: Außenorientierung in Wahrnehmung und Handlung, sich orientieren an machtvoller Selbstdarstellung (guter Ernährer, Kämpfer, Vater, Liebhaber) Leistungsorientierung, Erfolg als hauptsächliche „menschliche Qualität“.
- *Stummheit*: wenig sprechen über sich selbst aus Mangel an Bezug zum eigenen Inneren
- *Alleinsein*: Probleme, sich zu öffnen, in der Folge innere Isolation (Überhöhung!)
- *Rationalität und Emotionsferne*: Überbetonung von Wissenschaftlichkeit, Machbarkeit, Logik, im Zusammenhang mit dem „Verbot“ und der Vermeidung „weicher Emotionen“.
- *Kontrolle*: eigene Gefühle werden „in Schach“ gehalten, ebenso Versuch, andere zu kontrollieren zur Aufrechterhaltung des Machtsystems
- *Körperferne*: Funktionalisierung des eigenen Körpers, Technisierung des Körperlichen, Körper als Leistungsträger, Vernachlässigung von Gesundheit, Selbstfürsorge, Prävention
- *Nutzung von Gewalt*: Zerstörung anderer und sich selbst (siehe oben)
- *Abstraktion*: Ausfüllen abstrakter Rollenkonzepte und Positionen, etwa das Familienoberhaupt sein zu wollen anstelle inniger emotionaler Beziehungen. „Abstrakte“ Lebenskonzepte deshalb, weil der Zugang zu den eigenen emotionalen Bereichen wie Wünschen, Sehnsüchten, Grenzen, Ängsten usw. nur schwer möglich ist
- *Ambivalenz Frauen gegenüber*: Einerseits sind sie der „Ort der Gefühle“ und der Sehnsucht, andererseits Identitätsgewinn durch „Männlichsein“ in Abgrenzung zu vermeintlich weiblichen Merkmalen
- *Geforderte Konkurrenzbereiche*: berufliche Karriere, materieller Besitz, „vorzeigbare“ Frau und Kinder, körperliche Fitness, männliche Stärke (Durchsetzung, Härte, Mut, usw.)

1.5 Wirkfaktor Gender im Phasenmodell des therapeutischen Prozesses

Genderkompetenz spannt sich wie ein transparentes Dach über den gesamten Therapieprozess sowohl in der Beziehungsgestaltung als auch in der Umsetzung der therapeutischen Planung der einzelnen Schritte im Therapieablauf (Therapiebogen sowie Sitzungsablauf). Dem Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ mit seinen unterschiedlichen Herausforderungen in den einzelnen Therapiephasen kommt besondere Bedeutung zu. Der Wirkfaktor „Geschlecht“ spielt dabei eine Rolle auch als Risikofaktor (siehe unten):

Während der Anamnese bedeutet das, die GRS-spezifische Lebenslinie mit den entsprechenden Risikofaktoren im Blick zu haben. Das kann beinhalten, mögliche geschlechtsspezifische Gewalterfahrung explizit abzufragen, Belastungen der GRS

Wirkfaktor Gender

Lebensphase zu beschreiben oder GRS Auslöser für die aktuelle Krise zu explorieren. Was die Diagnosen angeht, so ist der Einfluss der GRS-Vorurteile von Diagnostiker*innen nicht zu übersehen. Je mehr Störungen spezifische „Leitlinientherapie“ erhalten, desto mehr wird das therapeutische Vorgehen von nur scheinbar validen Diagnosen abhängig machen, desto bewusster sollten uns die unkontrollierten, weil nicht offen gelegten Einflüsse der GRS sein.

Ein individuelles plausibles Ätiologiemodell ist für die motivationale Klärung sehr wichtig. Dabei wäre zu fragen: Was habe ich für Geschlechtsrollenmuster in meiner Familie gelernt? Welche Modelle sind für mich wichtig? Was hat dabei zur Entstehung und Auslösung der Krise beigetragen? Das dann in den Zusammenhang zu stellen mit einem fachlichen Erklärungsmodell für Entstehung und Aufrechterhaltung der jeweiligen psychischen Erkrankung bedeutet eine Erweiterung durch die „krank machenden bzw. gesund erhaltenden“ Aspekte der gelernten GRS. Vom Ist-Zustand der Beschwerden über die konkrete Problembeschreibung bis hin zu einer geschlechtssensitiven Zielklärung sollten die geltenden Geschlechtsrollennormen als Wirkfaktoren offengelegt werden. Was definieren wir als „gesund“ passend zum biologischen Geschlecht? Wäre ein Therapieziel, wieder zu funktionieren im Sinne der bisherigen GRS? Könnte es darüber hinaus vielleicht ein kreatives Ziel der Selbstkonstruktion jenseits der gewohnten GRS geben? Wie weit öffnen wir als Therapeut*innen wirklich diesen Raum des sich neu Erfindens für unsere Klient*innen?

Therapeut*innen verfügen über ein großes Repertoire an Methoden und Techniken die nun zur Anwendung kommen können zur Unterstützung des individuellen Veränderungsprozesses im Sinne des Zieles der Klient*innen. Neben vielen sinnvollen Strategien bilden die „kognitive Umstrukturierung“ und die Modifikation emotionaler Muster wichtige übergeordnete Interventionsmethoden. Wie sich Menschen selber denken, welches Bild sie von sich haben, was ihre Identität ausmacht, hängt sehr eng mit dem erworbenen Geschlechtsrollenstereotyp zusammen.

Ich möchte als Beispiel im Folgenden die Geschlechtsrollenanalyse mit der Herausarbeitung der einzelnen Rollensegmente des GRS als Ausgangspunkt nehmen, weil damit relativ ökonomisch, lösungsorientiert und auf Ressourcen ausgerichtet ein Bogen zu spannen ist von der Beschwerde bis zur Zielfindung und den ersten operationalisierten Veränderungsschritten (vgl. Abb. 1).

1.5.1 Ein Methodenbeispiel: Geschlechtsrollenanalyse

Zu Beginn einer Therapie geht es darum, sich gemeinsam einen Überblick über die bestehenden Symptome und die Entwicklung des aktuellen Problems sowie der derzeitigen Bedingungen für Auslösung und Aufrechterhaltung zu schaffen. Wichtig ist dabei, dass aus dem unstrukturierten Bündel an Beschwerden, Klagen und Erzählungen eine benennbare, handhabbare Problembeschreibung wird. Dieses Bedürfnis nach Ordnung, Struktur und Verstehen (für beide) kann schon eine erste Entlastung darstellen. Dabei fließen erste Vorstellungen von Veränderungen in Richtung eines ge-



Abbildung 1: Geschlechtsrollen für den Mann

wünschten Zieles ein. Möglicherweise wird schnell sichtbar, dass die Entwicklung und Aufrechterhaltung des Problems im Zusammenhang steht mit einem rigiden oder dysfunktionalen GRS. In diesem Fall bietet es sich an, eine Geschlechtsrollenanalyse als Ordnungssystem für die Problemlage anzubieten.

Dabei wird das Kreisdiagramm aufgegriffen, das als Visualisierung für viele Fragestellungen nützlich und bekannt ist. Die Frage lautet: Wenn Sie ihr Leben anschauen, welche Rollen, Aufgabenbereiche kommen darin vor? Diese Rollensegmente können ganz unterschiedlich ausfallen. Bei Männern könnte es etwa heißen: Sohn, Bruder, Onkel, Vater, Geliebter, Hausmann, Ehepartner, Erwerbstätiger, Ernährer, Freund, „Ehrenamtler“, Eigenzeit („Ich-Rolle“). Bei Frauen vielleicht: Tochter, „Pflegerin“, Schwiegertochter, Schwester, Tante, Mutter, Geliebte, Hausfrau, Partnerin, Erwerbstätige, Ernährerin, Freundin, Eigenzeit („Ich-Rolle“).

Im nächsten Schritt wird die Frage gestellt: Wie viel Raum nehmen diese verschiedenen Rollensegmente in ihrem Leben ein? Dabei wird die individuelle Definition des einzelnen Segments genau beachtet. Um die Anteile sichtbar zu machen, werden diese prozentual nach Größe der Rollensegmente ins Kreisdiagramm eingetragen (siehe unten). Daraus wird ersichtlich, wie viel Raum die einzelnen Segmente einnehmen. Oft ist diese Visualisierung schon erhellend, weil sichtbar wird, wofür Menschen Zeit und Energie aufwenden.

Die nächste Frage zielt nun auf die Bewertung ab. Es werden Skalen von 0 (-) bis 10 (+) benutzt und mit der Frage verbunden: Wie zufrieden sind Sie mit diesen Rollensegmenten? Ist die Größe des Anteils für Sie passend? Wenn ja, dann hat das jeweilige Segment überwiegend Qualitäten von C-gestrichen oder C+, also kann es als eine Ressource genutzt, ausgebaut und verstärkt werden. Wenn nicht, dann ist zum Bei-

Wirkfaktor Gender

spiel Frau X mit ihrem Ich-Rollensegment (Eigenzeit und Selbstfürsorge) sehr unzufrieden (Skalenstand 2), weil ihr nichts einfällt, sie keine Zeit dafür hat, sich nichts gönnen darf oder zu stark überlegt, was die Nachbarn sagen würden, wenn sie nachmittags im Garten sitzt und ein Buch liest.

Im nächsten Schritt geht es um die Zielfindung: Wo auf der Skale hinsichtlich Ihrer „Ich-Rolle“ würden Sie gerne stehen? Was würden Sie sich wünschen (Imagination, Wunderfrage)? Bei anderen Klient*innen könnte die Frage lauten: Wie würden Sie gern Ihre Rolle als Vater/Mutter gestalten? Wie würden Sie es sich für Ihre Tochter bzw. ihren Sohn wünschen? Wie könnte es anders sein, damit Sie zufriedener sind? Daraus können dann inhaltliche Ziele entwickelt werden und gleichzeitig eine Operationalisierung stattfinden im Sinne der Frage: Was wäre jetzt der erste kleine Schritt, um auf der Skale einen halben Punkt zu gewinnen?

Möglich wäre auch ein Einstieg in die motivationale Klärung, um eine Erzählung der Entwicklung dieser kognitiven Planstrukturen zu gewinnen. Frage: So, wie Sie Ihr Rollensegment gerade ausfüllen, nach welchen Regeln, Vorschriften, Plänen tun Sie das? Wo haben Sie diese Muster gelernt, wer waren Ihre Modelle für Frauen und Männer? Ist das heute für Sie nützlich oder eher hinderlich? Die „Schnittstelle GRS“ bietet also breit gefächerte Möglichkeiten, Ansatzpunkte für den Einstieg in die Suche nach neuen Wegen zu finden.

2. Wirkfaktor therapeutische Beziehung

Neben der oben genannten gendersensiblen Anwendung von Therapiemethoden ist die Wirkung von GRS besonders im Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung sichtbar. Aus diesem Grund kommt der Frage nach dem Risikofaktor Therapiebeziehung eine besondere Bedeutung zu. Wir reproduzieren implizit beinahe sämtliche Beziehungs- und damit Geschlechtsrollenstereotype, die wir je gelernt haben. Kränkung und Traumatisierung geschehen vorzugsweise auf der Beziehungsebene zwischen Menschen und häufig zwischen Männern und Frauen. Egal, ob Mutter, Vater, Bruder, Schwester oder andere Beziehungsgeflechte – immer spielt das Geschlecht der einen wie der anderen Person eine zentrale Rolle. Die oben beschriebenen kognitiv-emotionalen Bewältigungsmuster im weiblichen bzw männlichen GRS erfordern eine große Verantwortung, Selbstreflexion und Sorgfalt hinsichtlich möglicher Grenzverletzungen und Übergriffe in der therapeutischen Beziehung.

Während der Psychotherapie wirkt das therapeutische Beziehungsangebot als Modell. Es ist deshalb für Therapeut*innen unerlässlich, sich der eigenen Rollenmuster bewusst zu sein. So gehören auch Therapeutinnen als Frauen tendenziell dem strukturell abgewerteten Geschlecht an. Und männliche Therapeuten unterliegen dem strengen Zwang zur Rollenkonformität (etwa des „starken Mannes“). Beides wirkt implizit in der Therapiebeziehung. Unreflektierte Muster führen zur Verstrickung mit Klient*innen und verstärken bestehende Konflikte mehr, als dass sie therapeutisch deren Auflösung dienen. Nicht nur das, immer deutlicher wird die Gefahr des sexuellen

Missbrauchs in der Psychotherapie. Die Reflexion der eigenen GRS im Rahmen von Selbsterfahrung in der Ausbildung und Supervision sowie Intervision im Therapiekontext zur Lösung eigener Konflikte ist unumgänglich, um sich selbst vor dem eigenen Fehlverhalten zu bewahren. Auch wenn Therapeuten und Therapeutinnen in vielen kritischen Situationen intuitiv angemessen reagieren, kann eine explizite Reflexion der eigenen GRS eine Optimierung des therapeutischen Prozesses ermöglichen und vermutlich die Wahrscheinlichkeit für Fehlverhalten in der Therapie verringern.

2.1 Fakten zu sexueller Gewalt in der Psychotherapie

Worum geht es beim Thema sexuelle Gewalt in der Psychotherapie eigentlich? Formen sexueller Übergriffe sind beispielsweise anzügliche Bemerkungen, eine sexuell ausgerichtete Körpersprache, Körperkontakte, die auf sexuelle Handlungen abzielen, sexuelle Belästigung und Nötigung. Oftmals beginnen die Körperkontakte schleichend, werden dann jedoch zunehmend sexualisierter. Der Therapeut bezeichnet die Kontakte der Klientin gegenüber zum Beispiel als therapeutische Technik, so dass diese oft nur schwer erkennen kann, ob eine Berührung der Therapie dient oder der sexuellen Befriedigung des Therapeuten. „Das Eingehen einer sexuellen Beziehung mit einer Klientin ist sexueller Missbrauch, selbst wenn die Klientin in sexuelle Kontakte einwilligt oder sich diese wünscht“ (Zitat aus: <https://www.frauennotruf-kiel.de>. Zugriff vom 03.03.2019).

In Deutschland wird von jährlich bis zu 600 Menschen ausgegangen, die sexuelle Übergriffe durch Psychotherapeut*innen erleiden. Es muss jedoch eine weit höhere Dunkelziffer (20–30 %) vermutet werden, weil die betroffenen Patient*innen meist schweigen und vor einer Anzeige zurückschrecken. Auch gehen Betroffene selten früher als 8–10 Jahre nach dem Übergriff „nach außen“. Die Verjährungsfrist beträgt bis dato allerdings lediglich 5 Jahre.

Von allen betroffenen Personen sind 90–95 % Frauen. Direktbefragungen von therapieerfahrenen Frauen haben ergeben, dass 8,3 % von sexuellen Übergriffen in der Therapie berichtet haben. Von den Tatverdächtigen sind 82–90 % männliche Therapeuten. Anonyme Fragebogenerhebungen in Deutschland haben ergeben, dass 7–13 % der Therapeut*innen sexuellen Kontakt mit Patient*innen haben. Vermutlich kommt es auch im Rahmen der Ausbildung (zwischen Studierenden und Lehrtherapeut*innen) zu sexuellen Intimitäten.

Die anonym befragten Therapeuten haben oft kein Problembewusstsein. Bei den männlichen Therapeuten führen die sexuellen Übergriffe selten zu langfristigen Beziehungen mit den Klientinnen. Es handelt sich um kurze Episoden, dafür aber häufig mit immer wieder anderen Klientinnen. Die sexuelle Ausbeutung scheint dabei zentral zu sein. Es ist davon auszugehen, dass gleichgeschlechtliche Übergriffe ebenfalls vorkommen.

Wenn Menschen eine Therapie aufsuchen, dann befinden sie sich in einem vulnerablen Zustand. Sie brauchen Hilfe und suchen diese vertrauensvoll in Beziehung zu

Wirkfaktor Gender

Therapeut*innen. Wenn Helfer*innen zu Täter*innen werden durch sexuelle Grenzverletzungen, dann wirkt das traumatisierend. Häufig komme es zu einer Retraumatisierung, weil gerade Frauen schon früher sexuelle Gewalt erlebt haben und deshalb besonders verletzlich sind. Sich ausgeliefert zu fühlen und sich nicht wehren zu können ist Teil dieser Vorerfahrung. Auch als Klient*innen kommt es eher zu Erduldung, Selbstbeschuldigung und Geheimhaltung. Der Abbruch der Therapie, Hilflosigkeit und das Gefühl, alles allein ertragen zu müssen, führen häufig zu heftigen depressiven Einbrüchen und Selbstschädigungen bis hin zur Suizidalität. Kaum eine Betroffene schlägt den Rechtsweg ein, weil die Hoffnung gering ist, dass der mutmaßliche Täter tatsächlich gerichtlich belangt wird. Der überwiegende Teil der missbrauchenden Therapeuten sind Mehrfachtäter. Die Verantwortung, sie zu stoppen, kann nicht allein bei den traumatisierten Betroffenen liegen.

2.2 Besondere Beziehungsherausforderung in der Hypnose

Voraussetzung für Hypnose ist eine besonders vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut*innen und Klient*innen. „Die Induktion leitet eine Regression in die freiwillige Abhängigkeit von dem wohlmeinend eingeschätzten Hypnotiseur ein“ (Revenstorf, 2011). Hypnotische Trance fördert eine Innenwendung der Aufmerksamkeit und die Abgabe eines Teils der Kontrollfunktion des Alltagsdenkens an den/die Therapeut*in. Dieser Prozess bringt eine Delegation der Kontrolle auch über die suggerierten Inhalte mit sich. Die hypnotische Trance erhöht die Suggestibilität und somit auch die Vulnerabilität der Klient*innen. Vor dem Hintergrund der GRS schreiben Frauen Männern Macht zu, sie neigen also auch dazu, den männlichen Hypnotiseur zu überhöhen. Gleichzeitig tendieren Frauen im GRS eher zu Bewältigungsstrategien wie Duldung, Abhängigkeit, Harmonisierung, „sich klein machen“. Frauen lernen im GRS abhängiges Verhalten als weibliches Normverhalten.

Die Klientin gibt nun dem Fachmann Einfluss auf sich und verhält sich loyal. Die regressive Öffnung mit dem vertieften Nähegefühl schafft ein hohes Maß an Ungeschütztheit. Sie möchte der Loyalitätserwartung entsprechen, nicht enttäuschend sein und keinen Verlust riskieren. Möglicherweise kann sie sich nicht abgrenzen und verliert dabei ihren Selbstschutz. Die Genderaspekte der Strategien für Bewältigung und Beziehungsgestaltung müssen gerade in einem Verfahren wie der Hypnose besondere Aufmerksamkeit erhalten. Jedoch ist jede Methode so gut oder so schlecht wie seine Anwender*innen. „Jede Psyche, auch die des Therapeuten, hat Störungs-Anteile; besonders problematisch ist hier eine ungenügend reflektierte Impulsivität bei geschwächter Kränkungsverarbeitung und Neigung zu Größenfantasien“ (Schmidbauer, 2019, 67). Auch jenseits von Störungsqualität macht männliche GRS den Umgang mit Kränkungen aufgrund des Emotionsverbots nicht leicht. Auch ist die „mächtige“ Selbstdarstellung oft gekoppelt an Selbstüberhöhung. Offensichtlich macht das männliche GRS anfällig für Grenzüberschreitung und gibt eher die „Erlaubnis“ zur Be-

friedigung eigener Bedürfnisse auf Kosten anderer auch in einer therapeutischen Beziehung.

2.3 #Me too!

Im Laufe meiner dreißigjährigen beruflichen Tätigkeit bin ich selbst mehrmals betroffenen Klientinnen begegnet. Ebenso haben Kolleg*innen von sexuellen Übergriffen auf ihre Klientinnen oder deren Angehörige durch Kollegen in vorherigen Therapien berichtet. Dass Übergriffe passieren, ist schon schlimm genug, dass wir als Therapeut*innen, ja als ganze Berufsgruppe wenig adäquaten strukturellen Umgang damit finden, macht es für die Betroffenen und uns als Therapeut*innen nicht leichter. Ohne Zweifel liegt der Schwerpunkt unserer therapeutischen Arbeit in der Unterstützung der individuellen Bewältigung, und das ganz im Tempo der Betroffenen. Gleichzeitig ist es aber auch ein Faktum, dass ein strukturelles Gewaltproblem nicht gesellschaftlich angegangen wird, sondern der individuellen Lösung der betroffenen Personen überlassen bleibt (Aisslinger & Lebert, 2018).

Die geschädigten Klient*innen fühlen sich nicht in der Lage, ihr Erleben öffentlich zu machen. Sie können ihre Anonymität nicht aufgeben und müssen sich auf unseren Schutz und unsere Verschwiegenheit verlassen können. Aber wir als Therapeut*innen hören irgendwann irgendwie von einem mutmaßlichen Therapietäter – und uns sind die Hände gebunden! Damit werden wir mindestens zu Mitwisser*innen, wenn nicht sogar zu Mittäter*innen in diesem „Schweigekartell“. Zum einen fehlt der therapeutische Wille, Missbrauch durch Kolleg*innen wahrzunehmen, zum anderen mangelt es auch noch an Unrechtsbewusstsein, und obendrein gibt es keine rechtlich abgesicherten und gangbaren Wege im Verdachtsfall. Bislang wird der Schutz des mutmaßlichen Tätertherapeuten vor einer möglichen Verleumdung höhergestellt als der Opferschutz und die Prävention. Wir können nur individuell versuchen, hilfreich zu sein für unsere Klient*innen, aber strukturell sind wir machtlos, und die mutmaßlichen Therapietäter können ungehindert weitermachen. Die bestehenden Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Psychotherapeutenkammern dienen eher dem Täterschutz und nicht den Betroffenen. Es ist unbedingt erforderlich, dass sich Therapeut*innen und Jurist*innen der Kammern, bei den Berufsverbänden und anderenorts – auch und gerade dann, wenn die Geschädigten anonym bleiben wollen – kreative Lösungen für dieses Dilemma entwickeln.

Nötig wäre ein wirksamer Opferschutz und eine Art stellvertretender Klagemöglichkeiten. Die mutmaßlichen Tätertherapeuten müssten erleben, dass ihr Verhalten in irgendeiner Form aktenkundig geworden ist und dass ihr Handeln ab jetzt kritisch beobachtet wird.

Schon vor dem Beginn einer Therapie müssen Information und Aufklärung erfolgen. Wir brauchen einen „Beipackzettel Psychotherapie“ (vgl. Leitner u. a., 2014) mit verpflichtenden Fragen wie: Was darf in der Psychotherapie nicht passieren? Nötig wäre eine transparente und obligatorische Information über niedrighschwellige Be-

Wirkfaktor Gender

schwerdewege. Eine Clearingstelle für Klient*innen und Therapeut*innen wurde bereits ins Gespräch gebracht, noch fehlt die Umsetzung. Die Verlängerung der Verjährungsfrist, die Gültigkeit des Abstinenzgebots auch nach Beendigung der Therapie, sexueller Missbrauch in der Therapie als Pflichtthema in der Ausbildung und vieles mehr, für all das wurden schon vor vielen Jahren Konzepte erarbeitet (Vogt & Arnold, 1993).

Bislang war es immer so, dass es den Geschädigten von sexuellem Missbrauch, egal, in welchen Bereich, die Offenlegung dieser Gewalt peinlicher war als den mutmaßlichen Tätern ihre Gewalttat! Die Enttabuisierung in einer öffentlichen Diskussion verändert das zunehmend. Was wir also brauchen, ist eine mutige „Me too“-Bewegung all derer, denen irgendeine Form von Gewalt durch Psychotherapeut*innen als Betroffene und als Mitwisser*in begegnet ist.

Gründliche Analysen von Geschlechtsrollenstereotypen sollten zu unserem Handwerkszeug in Psychotherapien dazugehören. Deutlich habe ich aber hoffentlich auch gemacht, dass es nicht nur die Klienten und Klientinnen sind, denen die eigenen Stereotypen hinderlich sein können.

Literatur

- Aisslinger, M., & Lebert, S. (2018). Das kranke System des Doktor F. Wie ein renommierter Heidelberger Therapeut seine Patientinnen missbrauchte und jahrzehntelang von Kollegen gedeckt wurde. *Die Zeit*, 34, 16.
- Bardehle, D., Stiehler, M. (2010). Erster deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotprojekt. München: Zuckschwerdt Verlag.
- Becker-Fischer, M. & Gottfried Fischer, G. (2014). Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Kröning: Asanger.
- Bem, S. V (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 369–371.
- Böhnisch, L. (2013). Männliche Sozialisation. Eine Einführung. Weinheim: Beltz.
- Boothe, B., Riecher-Rössler, A. (2013). Frauen in Psychotherapie. Grundlagen – Störungsbilder – Behandlungskonzepte. Stuttgart: Schattauer.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1991). Dokumentation des öffentlichen Hearings: Sexuelle Übergriffe in der Therapie – Kunstfehler oder Kavaliersdelikt? Tübingen: dgvt-Verlag.
- Frauenberatungsstellen Kiel und Plön (2019). www.frauennotruf-kiel.de . https://www.frauennotruf-kiel.de/wp-content/uploads/2017/06/MissbrauchTherapie_PDF_NotrufKiel.pdf (03.03.2019)
- Gutierrez-Lobos, K. (2014). Geschlechtsspezifische Aspekte psychischer Störungen. www.meduniwien.ac.at (letzter Aufruf 03/2019)
- Blickhäuser, A., & von Bargen, H. (2003). Gender Mainstreaming mit Gender-Training umsetzen. In Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), Wege zu Gender-Kompetenz. Berlin. Helfferich, C., Karmaus, W., Starke, K., & Weller, K. (2001). Frauen-Leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Hirsch, M. (2018). Das Phänomen Liebe. Wie sie entsteht, was sie in der Psychotherapie für Probleme macht und warum sie missbraucht werden kann. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Jacobi, M. et al. (2004). Gesundheitssurvey der Bundesregierung 1998/99. Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Gesundheitsblatt* 47, 736–744. Heidelberg: Springer.

- Karger, A., Knellessen, O., Lettau, G., & Weismüller, C. (Hrsg.) (2001). Sexuelle Übergriffe in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kirchheiner, J. (2005). Geschlechtsunterschiede in Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von Psychopharmaka. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 73, 60. A???
- Klößner Cronauer, C. & Schmid Mast, M. (2010). Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient. Die Rehabilitation, 49(5), 308–314.
- Lademann, J. & Kolip, P. (2005). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Leitner, A., Schigl, B., & Märtens, M. (2014). Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen. Wien: Facultas.
- Löwer-Hirsch, M. (2017). Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. Fallgeschichten und Psychodynamik. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Neises, M. & Barolin, G. S. (2009). Gender-spezifische Aspekte in der Psychotherapie. Wiener Medizinische Wochenschrift, 159(11), S. 281–287.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2009). Männer, Depressionen und »männliche Depressionen«. Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie, 77, 412–422.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt, 85, 77-87. doi: 10.1007/s00115-013-3961-y
- Neumann, W. & Süfke, B. (2004). Den Mann zur Sprache bringen. Psychotherapie mit Männern. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Piontek, R. (2017). Doing Gender. Umgang mit Rollenstereotypen in der therapeutischen Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Piontek, R., & Süfke, B. (2017). Typisch Mann, typisch Frau? Die Bedeutung von Genderfragen für die Psychotherapie. Im Gespräch mit Uwe Britten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Quindeau, I. & Schmidbauer, W. (2018). Der Wunsch nach Nähe – Liebe und Begehren in der Psychotherapie. Im Gespräch mit Uwe Britten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Revenstorf, D. (2011). Schaden durch Hypnose. Hypnose-ZHH, 6, 141-164.
- Sachse, R. (2006). Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe.
- Schigl, B. (2012). Psychotherapie und Gender. Konzepte, Forschung, Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? Wiesbaden: Springer.
- Schmidbauer, W. (2019). Missbrauch in der Therapie verweist auf ein Gefühl des Scheiterns. In U. Britten (Hrsg.), Herausforderungen der Psychotherapie (S. 65–69). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Schoklitsch, A. (2012). Therapeut oder Therapeutin? Die Bedeutung des Geschlechts der Therapeutin bzw. des Therapeuten in der Psychotherapie. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Strauß, B., Hartung, J., & Kächele, H. (2002). Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und soziale Arbeit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit (S. 533–547). Göttingen: Huber.
- Vogelsang, M. (2009). Psychotherapie für Frauen. Ein Lehrbuch für weibliche und männliche Psychotherapeuten. Lengerich: Pabst.
- Vogt, I. & Arnold, E. (1993). Sexuelle Übergriffe in der Therapie Anleitung zur Selbsterfahrung und zum Selbstmanagement. Ausbildungsmanual. Tübingen: dgvt-Verlag
- Wimmer-Puchinger, B., Gutiérrez-Lobos, K., & Riecher-Rössler, A. (Hrsg.) (2016). Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben. Wiesbaden: Springer.

Downloads von Artikeln aus *Hypnose-ZHH*

von <http://meg-stiftung.de/index.php/de/publikationen/6-hypnose-zhh> (Juni 2020)

Anzahl

- 19741** Peter, B., Bose, C., Piesbergen, C., Hagl, M., & Revenstorf, D. (2012). Persönlichkeitsprofile deutschsprachiger Anwender von Hypnose und Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 7(1+2), 31-59.
- 12536** Reddemann, L. (2007). Ego States und Traumatherapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 101-116.
- 12441** Beetz, A., & von Delhaes, A. (2011). Forensische Hypnose. Der Einsatz von Hypnose als erinnerungsunterstützendes Verfahren im Rahmen polizeilicher Ermittlungen. *Hypnose-ZHH*, 6(1+2), 165-187.
- 11032** Hansen, E. (2010). Hypnotische Kommunikation - Eine Bereicherung im Umgang mit Patienten. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 51-67.
- 10347** Schröter, J., Peter, B., & Helle, M. (2013). Sigmund Freuds Einstellung zur Hypnose. *Hypnose-ZHH*, 8(1+2), 131-144.
- 9028** Wirth, H.-J. (2009). Narzissmus, Macht und Paranoia. Zeitgemäßes über Terrorismus, Krieg und Tod. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 13-35.
- 8573** Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 7-164.
- 8545** Schmierer, A. (2010). Hypnose in der Zahnheilkunde: Geschichte, Organisation, Methoden, Praxis. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 69-93.
- 8480** Peter, B. (2007). Zur Geschichte dissoziativer Identitätsstörungen: Justinus Kerner und das Mädchen von Orlach. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 117-132.
- 8100** Martin, M., Yogev, L., & Walter, H. (2013). Frauen in der Geschichte der Hypnose: Eine Spurensuche nach den Schwestern von gestern ... und vorgestern ... *Hypnose-ZHH*, 8(1+2), 7-41.
- 7947** Schulze, W. (2010). Hypnose in der Palliativmedizin. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 145-162.
- 7778** Frederick, C. (2007). Ausgewählte Themen zur Ego State Therapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 5-100.
- 7461** Halsband, U., & Hinterberger, T. (2010). Veränderung der Plastizität im Gehirn unter Hypnose. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 33-50.
- 7371** Scholz, O. B., Bleek, B., & Schlien, A. (2008). Suggestionen, die erst nach der Hypnose wirken sollen: Präsentation einer Posthypnose-Aufgabe - Vorläufiger Bericht. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 117-126.
- 7284** Revenstorf, D., & Weitzsäcker, W. (2008). Hypnose-Grammatik. Am Beispiel einer hypnotisch begleiteten Selbstheilung. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 17-27.
- 6803** Haisch, J. (2011). Die suggestive Kreation und Reduktion Kognitiver Dissonanz. *Hypnose-ZHH*, 6(1+2), 51-63.
- 6577** Mende, M. (2009). Die Utilisierung von Übertragung und Gegenübertragung in der lösungsorientierten Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 127-152.
- 6552** Spitale, I., Revenstorf, D., Ammann, C., Pundrich, C., Lang, D., Koemeda-Lutz, M., . . . Soeder, U. (2008). Wirksamkeitsvergleich zwischen Hypnotherapie und Körperpsychotherapie. Eine Studie zur Praxisevaluation. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 85-98.
- 6490** Hefner, J. (2010). Hypnose in der Medizin ist wirksam - Evidenz und Effizienz. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 217-235.
- 6375** Piesbergen, C., & Peter, B. (2005). Was messen Suggestibilitätsskalen? Eine Untersuchung zur Faktorenstruktur der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A). *Hypnose-ZHH*, 0(1+2), 139-159.
- 6184** De Pascalis, V. (2011). Suggestion und Suggestibilität als Regulatoren menschlichen Funktionierens. Kognitive und Persönlichkeitsaspekte. *Hypnose-ZHH*, 6(1+2), 109-140.