

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Integration - Möglichkeiten und Grenzen Interdisziplinäre Diskurse

Johann Götschl: Wege zur Integration? Dynamische Zusammenhänge zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität. Wissenschaftsphilosophische Zugänge

Peter Filzmaier: Integration als politische „Mission impossible“? Ein Thema zwischen Inhalten und Wettbewerbslogik

Klaus Ottomeyer: Flucht, Trauma, Integration in der heutigen Gesellschaft

Rudolf Richter: Integration wohin? Ist Integration in einer globalisierten Welt möglich?

Klaus Dörner: Die Funktion der Ethik für die Integration

Günter Schiepek: Integration in der Psychotherapie - Was kann die Neurobiologie leisten? Welche Kriterien sollte eine Integration erfüllen? Wie sieht eine Integration auf der Basis der Synergetik aus?

Ilse Orth/Hilarion G. Petzold: Leib, Sprache, Geschichte in einer integrativen und kreativen Psychotherapie. Über die Heilkraft von „Poesietherapie“ und „kreativen Medien“

Marianne Springer-Kremser, Katharina Leithner-Dziubas, Alexandra Fritz: Ist die Psychotherapie weiblich? Zur Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit als eine potentiell wichtige Variable in psychotherapeutischer Praxis und in der Psychotherapieforschung

Christian Pieringer/Walter Pieringer: Die Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Zur Theorie

Theodor Meißel: Zur Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Zur Praxeologie



INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Begründet von Charlotte Bühler (†) und Hilarion Petzold

Herausgeber: Prof. Dr. Dr. Dr. *Hilarion G. Petzold*, Düsseldorf/Amsterdam/Paris
Prof. Dr. med. *Anton Leitner*, Krems

Mitherausgeber: Dr. phil. *Renate Frühmann*, Salzburg • Prof. Dr. phil. *Michael Märten*, Ev. Fachhochschule Frankfurt
• Prof. Dr. phil. *Heidi Möller*, Universität Kassel • Dipl.-Sup. *Ilse Orth*, MSc. Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen • Dipl.soz.päd. *Peter Osten*, MSc. Fritz Perls Institut, Düsseldorf • Prof. Dr. med. *Ulrich Sch-
nyder*, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich • Prof. Dr. päd. *Waldemar Schuch* M.A., Donau-Universität
Krems

Redaktion: *Christiana Maria Edlhaime-Hrubec*, MAS

Wissenschaftlicher Beirat: Univ.-Prof. Dr. phil. *Reiner Bastine*, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
• Univ.-Prof. Dr. *Urs Baumann*, Psychologisches Institut der Universität Salzburg • Univ.-Prof. Dr. *Josef Egger*, Univ.
Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz • Univ.-Prof. Dr. *Winfried Huber*, Lehrstuhl f. Klinische
Psychologie der Universität Löwen • Univ.-Prof. Dr. med. *Horst Kächele*, Abt. Psychotherapie der Universität Ulm •
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. *Uwe Koch*, Abt. für Medizinische Psychologie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf •
Univ.-Prof. Dr. phil. *Jürgen Kriz*, Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück • Dr. med. *Grete A. Leutz*, Moreno
Institut Überlingen • Univ.-Prof. Dr. phil. *Harry Schröder*, Fachbereich Psychologie der Universität Leipzig

International Board: Approaches to therapy: *George I. Brown*, Santa Barbara, Integrative Pädagogik (Confluent Educa-
tion) • *Ruth C. Cohn*, Düsseldorf, Themenzentrierte Interaktion • *Fanita English*, Philadelphia, Transaktionale Analyse •
Bernd Fittkau, Hamburg, Transpersonale Psychologie • *Stanislav Grof*, Big Sur, Psycholytische Therapie • *Jack J. Leedy*,
New York, Poesietherapie • *Alexander Lowen*, New York, Bioenergetische Analyse • *Ilse Middendorf*, Berlin, Atemthera-
pie • *Zerka T. Moreno*, New York, Psychodrama • *Herbert Otto*, La Jolla, Persönlichkeitsentfaltung (Personal Growth) •
Anne A. Schützenberger-Ancelin, Paris, Gruppendynamik • *Johanna Sieper*, Düsseldorf, Therapeutisches Theater • *Jan
Velzeboer*, Maarsen, Kreativitätstraining • *Carl Whitaker*, Madison, Familientherapie • *Ken Wilber*, Boston, Spektrum-
Psychologie • *Joseph Zinker*, Cleveland, Gestalttherapie

Ehemalige Boardmitglieder: *George Bach* • *Kenneth D. Benne* • *Vladimir N. Iljine* • *Klaus Grawe* • *Hanscarl Leuner* • *Jakob
L. Moreno* • *Lore Perls* • *Virginia Satir* • *Norbert Nagler*

INTEGRATIVE THERAPIE • Erscheinungsweise: viermal jährlich in freier Folge

Bezugspreis: Einzelheft € 11,-, Doppelheft € 22,-, Studentenabonnement €33,-, Jahresabonnement € 42,-, zzgl. Ver-
sandkosten

Schriftleitung: Prof. Dr. H. Petzold, FPI, Achenbachstraße 40, D-40237 Düsseldorf
Prof. Dr. med. Anton Leitner, Dr. Karl Dorrek Straße 30, A-3500 Krems

Redaktion: *Christiana Maria Edlhaime-Hrubec* MAS, Kaiserstraße 13, A-1070 Wien

Manuskripte und Buchbesprechungen sind an die Schriftleitung in zwei Exemplaren zu senden. Richtlinien zur Erstel-
lung von Manuskripten sind bei der Redaktion erhältlich.

© Mit der Veröffentlichung in der Zeitschrift gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die
FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Edition Donau-Universität Krems, Dr. Karl-Dorrek Straße 30, A-3500 Krems

Verlag: Krammer Verlag, Kaiserstraße 13, A-1070 Wien

Marianne Springer-Kremser, Katharina Leithner-Dziubas, Alexandra Fritz

Ist die Psychotherapie weiblich?

Zur Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit als eine potentiell wichtige Variable in psychotherapeutischer Praxis und in der Psychotherapieforschung

1. Einleitung

Am Beginn der psychoanalytischen Bewegung – sowie am Beginn aller anderen psychotherapeutischen Schulen behandelten Männer als Therapeuten weibliche Patientinnen. In der psychoanalytischen Bewegung gewannen rasch Frauen an Bedeutung: sowohl im konzeptuellen Bereich als auch in der klinischen Praxis und in der Ausbildung: *Helene Deutsch* (sie leitete über Jahre das Lehrinstitut der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung), *Anna Freud*, *Anni Reich*, *Melanie Klein* etc., um nur wenige Beispiele zu nennen (*Hermann Nunberg, Ernst Federn* 1976).

Die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit als eine potentiell wichtige Variable in der Psychotherapie hat viele Facetten. Eine dieser Facetten ist einer der Autorinnen aus zwei unterschiedlichen psychotherapeutischen Settings bekannt: nämlich wie sehr das in psychotherapeutischen Erstinterviews präsentierte Material vom Geschlecht des Interviewers/ der Interviewerin organisiert wird. Die erste Erfahrung liegt lange zurück. *Alfred Springer* und *Marianne Springer-Kremser* haben das sexualtherapeutische Konzept von *William Masters* und *Virginia Johnson* (1970) modifiziert, um es in einem ambulanten Setting der damaligen psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik in Wien anzuwenden. Übernommen wurde das Interview-Setting von *Masters* und *Johnson*, nämlich jeder Therapeut führt mit jedem der Patienten – also männlicher Therapeut mit männlichem Patienten, Therapeutin mit weiblicher Patientin und umgekehrt diagnostische Erstinterviews; anschließend vergleichen die Therapeuten die Inhalte Ihrer Interviews und ab dann finden alle Sitzungen zu viert statt. Damals fiel auf, wie unterschiedlich die Informationen sind, die männlichen oder weiblichen Therapeuten als Antwort auf identische Fragen von den Patienten gegeben wurden, je nachdem, ob sie jeweils von dem männlichen Therapeuten oder der Therapeutin gestellt wurden (*Springer, Kremser* 1974).

Die zweite Erfahrung wurde in der psychotherapeutischen Frauenambulanz, einer Liaison-Einrichtung der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie an den Frauenkliniken gewonnen. Diese Spezialambulanz ist in die universitäre Lehre eingebunden, d.h. jeweils eine Medizinstudentin/ Student sind als teilnehmende Beobachter physisch anwesend. Da den Patientinnen oft mehrere Termine in der Ambulanz angeboten werden, konnte beobachtet werden, dass das Geschlecht des/ der anwesenden Studenten/Studentin einen Einfluss auf das von den Patientinnen präsentierte Material hat.

Bei beiden Beispielen handelt es sich um Beobachtungen, die zwar reflektiert, aber nicht systematisch beforscht wurden.

In der Folge werden vier für Psychotherapie relevante Bereiche präsentiert, in welchen Fragen der Geschlechtsgebundenheit systematisch untersucht wurden. Es sind dies:

- die Inanspruchnahme von Psychotherapie,
- die Geschlechterverteilung hinsichtlich wissenschaftlich arbeitender PsychotherapeutInnen,
- Geschlechtsgebundenheit und therapeutischer Prozess,
- Geschlechtsgebundenheit und Ergebnisforschung.

2. Inanspruchnahme von Psychotherapie

2.1. Geschlechtsgebundenheit und Inanspruchnahme von Psychotherapie

Zahlreiche Untersuchungen zur Inanspruchnahme von Psychotherapie kommen zu einem sehr ähnlichen Ergebnis: Psychotherapie wird überwiegend – fast zu zwei Drittel häufiger – von Frauen in Anspruch genommen. *Gerd Rudolf* und *Hubert Stratmann* (1989) untersuchten den Einfluss der Geschlechterzugehörigkeit in zwei unausgelesenen Stichproben von ca. 700 Psychotherapie suchenden PatientInnen in neun psychotherapeutischen Kliniken in Deutschland in Hinblick auf Symptomatik, Krankheitsverhalten, interaktionelle Konfliktynamik und die äußere soziale Realität.

Die durchschnittliche Geschlechterverteilung betrug 65% Frauen und 35% Männer. Im Vergleich dazu waren an der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der medizinischen Universität Wien im Jahr 2003 von allen PatientInnen, die sich einem diagnostischen Erstinterview unterzogen hatten, 68% Frauen und 32% Männer.

Eine an derselben Klinik durchgeführte Studie „*Der Einfluss gesetzlicher Veränderungen auf die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung*“, in welcher soziodemographische Merkmale von Patienten über vier Jahre im Zusammenhang mit der Einführung des Psychotherapiegesetzes bzw. den Modifikationen dieses Gesetzes untersucht wurden, brachte ein interessantes Ergebnis.

Im Vergleich zu den Erhebungen der Statistik Austria betreffend die Anzahl von Männern und Frauen in der Gesamtbevölkerung und auch verglichen zu den vorangegangenen Jahren, in welchen Psychotherapiekosten nicht rückerstattet wurden, hat sich die Zahl der älteren arbeitslosen Frauen in unserer PatientInnenpopulation nach der Einführung des Kostenersatzes für Psychotherapie durch die Krankenkassen deutlich erhöht (*Springer-Kremser et. al.* 2002). Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass Frauen diese Gesetzesänderungen offensichtlich besser nützen können.

2.2. Geschlechtsgebundene Motivbereiche der Ablehnung von Psychotherapie

Matthias Franz, Karin Dilo, Heinz Schepank und Gerhard Reister (1993, XX) konnten vier Motivbereiche der Ablehnung definieren:

- Fehler von Seiten des Interviewers ♂ = ♀
- Sachlich-organisatorische Gründe ♂
- Eine Psychotherapie erscheint nicht notwendig ♂ = ♀
- Negative Einstellung zu/Angst vor Psychotherapie ♀

Männer nannten signifikant häufiger den Motivationsbereich 3: ‚eine Psychotherapie scheint nicht notwendig‘. Frauen hingegen nannten häufiger eine negative Einstellung zu und Angst vor Psychotherapie. Hier bleiben viele Fragen offen: z.B. welche Einflüsse hat das Erstinterview-Setting oder das Geschlecht des Interviewers auf die Nennung bestimmter Motive; Letzteres besonders dann, wenn die Psychotherapie und diagnostisches Erstinterview nicht von der gleichen Person durchgeführt wurde. Welche Rolle spielt dabei die oft zitierte ‚Klagsamkeit‘ der Frauen oder die Tatsache, dass Frauen, verglichen mit Männern, Affekte anders oder überhaupt präsentieren? (Dieter Beckmann 1978).

3. Geschlechterverteilung hinsichtlich wissenschaftlich arbeitender PsychotherapeutInnen

Ludwig Reiter zeigt den Anteil von Frauen in verschiedenen Spitzengremien des systemisch-therapeutischen Feldes und den Anteil der publizierenden Autorinnen in den familientherapeutisch-systemischen Zeitschriften auf (Reiter 1993). Der Anteil der Frauen betreffend Publikationshäufigkeit, Fremdzitierungen, Mitarbeit bei der Herausgabe von wissenschaftlichen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum gibt er zwischen 8% und 16% an. Hinsichtlich der AutorInnenschaft liegt der Prozentanteil der Frauen etwas höher, zwischen 18% und 37%. Reiter stellte fest, dass Männer – so scheint es – bevorzugt Arbeiten ihrer Geschlechtsgenossen zitieren. Die systemische Familientherapeutin Rosemarie Welter-Enderlin sprach von, ‚männlichen Zitierkartellen‘ (1989).

Susanne Davis-Osterkamp hat 113 empirische Arbeiten aus fünf Jahrgängen der Zeitschrift ‚Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie‘ hinsichtlich des Geschlechts des Verfassers/der Verfasserin analysiert: die 113 Publikationen wurden von 258 männlichen und 68 weiblichen Autorinnen verfasst. In 81% waren Männer Erstautoren, in 19% Frauen; 61% der Arbeiten wiesen nur männliche Autoren auf, 34% eine gemischtgeschlechtliche AutorInnenschaft und 5% nur weibliche Autorinnen (Davies-Osterkamp 1994).

Für **Psychotherapiepublikationen** gilt, dass die Stichprobenzusammensetzung hinsichtlich Angaben das Geschlecht betreffend, äußerst mangelhaft sind.

Susanne Davis-Osterkamp z.B. beschreibt, dass lediglich 25% der Arbeiten Geschlechtsvergleiche, in zumindest einer der untersuchten Variablen so angeben, dass sie für eine metaanalytische Untersuchung geeignet sind.

4. Geschlechtsgebundenheit und therapeutischer Prozess

Das, was sich innerhalb einer Psychotherapie zwischen Patient und Therapeut abspielt, wird als der therapeutische Prozess bezeichnet. Das, was außerhalb der Therapie geschieht, im Leben der Patienten und der Therapeuten und aller anderen direkten oder indirekt von dieser Arbeit betroffenen Personen, wird als der funktionale Kontext oder das Umfeld bezeichnet. Der Einfluss des Umfeldes auf die Therapie kann als der Input des Kontextes auf den Prozess bezeichnet werden. Der Einfluss wiederum, den die Therapie auf das Umfeld ausübt, kann als der Output des Kontextes auf den Prozess gesehen werden. Aber natürlich hat die Therapie wiederum einen Einfluss auf den Therapeuten, die Familie, usw., wie *David Orlinsky* und *Kenneth Howard* in seinem ‚Generic Model of Psychotherapy‘ auch graphisch klar darstellen (*Orlinsky, Howard* 1987).

Die Studien zur Frage der Beziehung zwischen Behandlungsergebnis und Geschlechtszugehörigkeit der Therapeuten zeigen sehr widersprüchliche Ergebnisse. Es muss jedoch klar sein, dass die Interaktionseffekte zwischen der Geschlechtszugehörigkeit und die Betrachtung allein einer Seite des Behandlungsgeschehens, nämlich der Seite der Therapeuten alleine nicht zu sinnvollen Antworten führen können (*Sol Garfield* 1994).

Antworten auf die Frage, ob männliche und weibliche Patientinnen ähnlich auf unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen ansprechen, haben eher anekdotischen Charakter, z.B.:

- Weibliche Therapeutinnen seien besser in der Lage Belastungen und Sorgen ihrer Patientinnen zu verstehen.
- Therapeutinnen entmachten ihre Patientinnen weniger.
- Weibliche Patientinnen bevorzugten ein verstehendes und zuhörendes Verhalten der Therapeuten.
- Frauen nehmen lieber an einer Beziehung teil, die durch Empathiebindung und emotionalen Austausch gekennzeichnet sei.

Obwohl *Andreas Stratkötter* und *Marianne Tolle* diese Behauptungen widerlegen konnten (1994), scheinen die Mythen nach wie vor nicht vollkommen entschleiert.

Die für beide Geschlechter unterschiedliche Bedeutung von kritischen Lebensereignissen wird im Abschnitt Psychosomatik thematisiert.

Almuth Sellschopp und *Peter Buchheim* (1997) haben Männlichkeit und Weiblichkeit in der Psychotherapie und in der therapeutischen Beziehung untersucht, einschließlich der Geschlechtsspezifität dyadischer Übertragungsbeziehungen. Sie kommen zu

dem Schluss, dass bei der Frage der Bedeutung des Geschlechts des Therapeuten und entsprechender Konstellationen in der Dyade keine extremen Positionen eingenommen werden sollen: Weder sei das Geschlecht allein die wesentliche Einflussvariable auf die Übertragungsbeziehung, noch sollte seine Bedeutung zu sehr unterschätzt werden (Seite 111).

Feststellungen, wonach Frauen und Männer sich in Formen der Kommunikation unterscheiden, in der Frage der Regulation von Nähe und Distanz in Beziehungen und Überlegungen, wonach bei Frauen und Männern unterschiedliche Abwehrmechanismen Priorität haben sollen, scheinen methodisch nicht abgesichert.

Eine Konsequenz dieser Mythen ist die Aussage, Frauen bevorzugen stützende Behandlungen (*Helga Gürtler* 1987), was aus unserer Erfahrung, besonders aus dem Konsiliar/Liaisondienst schlicht falsch ist (*Springer-Kremser et al.* 1997).

Das männliche Selbstbild sei stärker von Unabhängigkeits-Erfahrungen und der Abgrenzung von anderen abhängig. Daher mögen Männer Behandlungen bevorzugen, die eine Beziehung bieten, in der sie emotional Abstand und ein Gefühl von Unabhängigkeit bewahren können. Diese Beziehungsform ist eher für die Behandlungen charakteristisch, die mit Deutungen arbeiten.

Diesen Aussagen ist entgegenzusetzen, dass offensichtlich diese Forscher im Wesentlichen nur Klischees von Geschlechtsrollenstereotypen transportieren. Es muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass viele dieser Aussagen, wenn auch publiziert, nicht ausreichend wissenschaftlich abgesichert sind.

5. Geschlechtsgebundenheit und Ergebnisforschung

Betreffend die Wirksamkeit, wie sie sich in der Ergebnisforschung der Psychotherapie darstellt, interessiert zu diesem Thema, wie sich folgende Fragen abbilden:

- Ob Frauen oder Männer als Klasse, wenn alle anderen Bedingungen gleich sind, bessere, schlechtere oder gleich gute Psychotherapeuten sind?
- Ob es besser ist für eine weibliche Patientin von einer weiblichen Therapeutin, für einen männlichen Patienten von einem männlichen Therapeuten behandelt zu werden?
- Sind die Ergebnisse dann besser, schlechter oder gleich, verglichen zu einem Setting, bei welchem Patient und Therapeut jeweils einem anderen Geschlecht angehören?
- Ist der Verlauf der Behandlung ein anderer, wenn TherapeutInnen mit PatientInnen des gleichen oder des anderen Geschlechtes arbeiten?

5.1. Die Aufgaben der Ergebnisforschung

Ergebnisforschung ist teils eine deskriptive Aufgabe und teils eine wertende. Die deskriptive Aufgabe ist es, Beziehungen zwischen einem bestimmten therapeutischen Prozess und bestimmten Veränderungen entweder im Leben oder der Persönlichkeitsstruktur von Patienten herzustellen. Die wertende Beurteilung vergleicht diese spezifische Veränderung mit was auch immer für idealen Standards, die als wünschenswerte oder unerwünschte Kriterien gelten, und tut dies vor dem Hintergrund eines bestimmten, in der jeweiligen Gesellschaft herrschenden Wertsystems.

Es ist in der Psychotherapieforschung besonders wichtig, diese beiden Aufgaben nicht zu vermischen, sondern klar zu trennen. Ein Beispiel wie in Psychotherapieforschung immer wieder Wertendes und Deskriptives vermischt wird, ist das Benützen von Evaluierungs-Skalen, die von Patienten ausgefüllt werden, oder auch von Therapeuten oder von anderen Personen. Mit dieser Methode erhält man vorwiegend Informationen über die Meinung des Beobachters.

5.2. Zur Komplexität der Ergebnisforschung

Die physische Person ist beides – ein psychosomatischer Körper und eine bestimmte adaptierende Persönlichkeit mit einer bestimmten Struktur oder einem Lernergebnis, die eine Zahl von zwischenmenschlichen Beziehungen integriert. Wir haben es also mit einer subjektiven Autobiographie – geschlechtsgebunden - in der Erfahrung von Patienten mit sich und anderen – und einer objektiven Biographie, bestehend aus den Eindrücken anderer vom Patient/Patientin zu tun. So ist die Geschlechtszugehörigkeit für die deskriptive Analyse von Psychotherapieergebnissen relevant.

Die Komplexität dieser Zusammenhänge lässt den Ruf nach einem ‚kritischen Reduktionismus‘ in der Forschung verständlich erscheinen; aber auch das Zögern, sich einem Reduktionismuskritik zu unterwerfen, wodurch wertvolle Informationen verloren gehen und ein völlig verzerrtes Bild des Prozesses gewonnen wird.

5.3. Die kausalen Zusammenhänge von Prozess und Ergebnis

Wenn nun bestimmte Veränderungen in Patient/Patientin als Begleitung der Therapie beobachtet werden, so ist der nächste Schritt, eine Verknüpfung herzustellen zwischen den beobachteten Veränderungen und der Tatsache, dass dieser Patient/diese Patientin in Psychotherapie ist. Wenn eine solche Verbindung nicht hergestellt werden kann, dann sind die beobachteten Veränderungen irrelevant als Indizien für ein Therapieergebnis.

Es gibt neben der Psychotherapie eine Unzahl von Ereignissen im Leben eines Patienten und Prozesse in der Person, die für Veränderungen verantwortlich sein können: wenn man sich z.B. besser fühlt während man in Therapie ist, weil man

sich auch gleichzeitig verliebt hat, so ist wohl die Frage, bis zu welchem Ausmaß Veränderungen, z.B. in der psychodynamischen Organisation, der Therapie zuzuschreiben sind? – oder der Veränderung der Lebenssituation? (Ein Beispiel aus einem Film: In ‚As good as it gets‘; auf deutsch: ‚Besser geht’s nicht‘ wird der an einer Zwangsstörung leidende Hauptakteur *Jack Nicholson* durch eine Liebesgeschichte von dieser Krankheit geheilt – was leider ziemlich unrealistisch ist.)

Eine realistische Annäherung scheint es jedenfalls zu sein, eine Vielzahl von Determinanten für die Veränderung der Patienten - einschließlich Psychotherapie - anzunehmen und festzustellen, bis zu welchem Ausmaß die Veränderungen der Psychotherapie zuzuschreiben sind.

6. Gender – die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geschlecht als Variable in der Psychotherapieforschung

Welche Bedeutung hat Gender im Kontext der Psychotherapieergebnisforschung? Das Geschlecht von PatientIn und TherapeutIn kann eine Bedeutung haben als:

1. Input-Variable,
2. Geschlechtszugehörigkeit kann den therapeutischen Prozess determinieren (Übertragung/Gegenübertragung),
3. Geschlechtszugehörigkeit kann auch ein Prädiktor für das Psychotherapieergebnis sein.

Geschlechtszugehörigkeit ist natürlich nicht die einzige Inputvariable des Kontextes von Psychotherapie. Männer und Frauen stellen nicht eine homogene Subpopulation unserer Gesellschaft dar, sondern es geht noch um eine Fülle anderer Qualitäten, z.B. soziale Schichtzugehörigkeit, Einkommen, Bildungsstatus, religiöse Zugehörigkeit, sozialer Status, verheiratet, mit Kindern, kinderlos, berufstätig, nicht berufstätig, etc. Was hat z.B. eine attraktive 30-jährige Managerin mit Hochschulabschluss, Single, in einem schicken Appartementhaus gemeinsam mit einer über 50-jährigen Witwe eines Alkoholikers mit fünf Kindern, wovon noch drei unversorgt sind?

Geschlechtszugehörigkeit hat ebenso eine Bedeutung für die Frage der Bewertungen in der Ergebnisforschung. Es werden unterschiedliche Wertkriterien an Lebensereignisse oder strukturellen Veränderungen betreffend Männer und Frauen angewandt. *Mara Klein* (1976) z.B. hat gezeigt, dass eine sehr paternalistische Einstellung andere Wertmaßstäbe anlegt als eine feministische Einstellung – und welche Einstellung z.B. ist die einer Konsumentenschutzeinrichtung betreffend Psychotherapie?

An zwei Beispielen wird nun die Frage der Geschlechtszugehörigkeit als unbefriedigend berücksichtigte Variable der Forschung aufgezeigt:

1. Anhand von Ergebnissen aus der schon zitierten Studie von *Davis-Osterkamp* (1994), und
2. an Ergebnissen von *Orlinsky* und MitarbeiterInnen (1976).

Ad 1) Geschlechtsgebundenheit und Psychosomatik

In der bereits erwähnten Arbeit von *Davis-Osterkamp* wurden die 113 empirischen Arbeiten aus fünf Jahrgängen der Zeitschrift ‚Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie‘ auch dahingehend untersucht, ob und wie über Geschlechtsunterschiede berichtet wurde.

17% der Arbeiten berichten nicht über die Stichprobenszusammensetzung bezüglich des Geschlechtes und 62% der Arbeiten weisen keine Angaben zur Geschlechtsdifferenz auf.

In lediglich 25% der Arbeiten sind Geschlechtsvergleiche in zumindest einer der untersuchten Variablen so angegeben, dass sie für eine metaanalytische Untersuchung geeignet sind. Männliche Probanden im Verhältnis 2:1, was besonders im Bereich der psychosomatischen Forschung problematisch scheint, denn Aussagen zu den untersuchten Fragestellungen im psychosomatischen Bereich, die sich auf Männer beziehen, sind nicht zwingend auf Frauen übertragbar. Von besonderer Bedeutung für die Forschung im Bereich der Psychosomatik sind geschlechtsspezifische Zusammenhänge zwischen Körperbeschwerden und Emotionsausdruck (*Carol Zander Malatesta, Clayton Culver* 1993).

Körperliche Beschwerden als Ausdruck von Verletzlichkeit haben bei Frauen eine andere Bedeutung, allein aus der Tatsache, dass Frauen durch das Faktum einer weiteren Körperöffnung (verglichen zu Männern) physisch vulnerabel sind. Diese Vulnerabilität und deren symptombildende Funktion weisen auch eine Spezifität bei Frauen auf: dies gilt besonders für den Affekt ‚Scham‘. ‚Scham, Reue und Elend sind die drei Furien, in deren Hände jene Frauen unweigerlich fallen, welche die Grenzen überschreiten‘, schreibt *Honoré de Balzac* (1954, 165). Die Attribuierung von Scham und Schamhaftigkeit als typisch weibliche Eigenschaft ist so alt wie die Menschheit und hängt mit einer der wichtigsten adaptiven Funktionen von Scham zusammen: Scham deckt eine Schwäche zu (Schuld im Gegensatz dazu begrenzt Stärke). Die Anatomie spricht von einem Schambein bei Männern und Frauen. Aber nur für die weiblichen Geschlechtsorgane gibt es das Synonym ‚die Scham‘. Die anatomische Lage der Scheide zwischen den Ausscheidungsorganen (Blase und Mastdarmöffnung) erleichtert die Assoziationen von ‚schmutzig‘ mit allen Funktionen, in welche die Scheide eingebunden ist: Menstruation, Sexualität und Reproduktion (*Wurmser* 1981, *Springer-Kremser* 1991).

Die Tatsache, dass Scham (wie andere Affekte auch) einen Konflikt zwischen dem Ich-Ideal, also der Wunschvorstellung von der eigenen Person und dem Ich der Wirklichkeit, also dem was man in der Wirklichkeit darstellt, bedeutet, wird im psychosomatischen Forschungsdesign viel zu wenig berücksichtigt.

Ein weiteres Beispiel sind Befunde zur Geschlechtsspezifität von Trauerprozessen, die auch die Frage aufwerfen, ob bestehende Modelle zur Adaptivität oder

Maladaptivität dieser Prozesse nicht auch geschlechtsspezifisch modifiziert werden müssten (Wolfgang Stroebe, Margit Stroebe 1991).

Bindungen und Verluste müssen für Frauen eine andere Bedeutung haben als für Männer: vom weiblichen Körper gehen mehr Brücken zu anderen Personen (weg), als vom männlichen Körper: die Nabelschnur wird durchschnitten, Babys müssen gestillt werden. Dementsprechend sind Trauerprozesse als physiologische Reaktion auf Verluste zu bewerten. Diagnose Depression! Die Trennungen sind somit gewalttätiger als das ‚sich trennen müssen‘ vom Sperma der Ejakulation. Es ist vorstellbar, dass weibliche Therapeutinnen anders wertend mit derartigen Themen im therapeutischen Prozess umgehen als männliche Therapeuten; auch andere Interaktionen setzen! Es sind dies besonders relevante Fragen, die Organverlust, Mastektomie, Hysterektomie, Verlust bestimmter Funktionen, wie Sterilisation oder Verlust der Fruchtbarkeit in der Menopause betreffen (Springer-Kremser et al. 2006).

Ad 2) Psychotherapieergebnisse und Geschlecht der TherapeutInnen

Orlinsky und Mitarbeiter untersuchten Zusammenhänge zwischen Psychotherapieergebnissen und dem Geschlecht der TherapeutInnen. Die Einschätzung der Therapieergebnisse von 147 PatientInnen durch unabhängige Rater wiesen eine statistisch signifikante Korrelation mit der globalen Selbsteinschätzung der PatientInnen auf. Dies ist – wie die Autoren selber festhalten – zwar keine sehr elegante Methode, da sie auch wieder deskriptive Analyse und Werturteil vermischt. Sie wird von den Autoren aber als Basis für weitere Fragestellungen verwendet. Die Psychotherapieprozessdaten wurden hinsichtlich der diagnostischen Kategorien und life-status-Kategorien, die zueinander in Beziehung gesetzt wurden, analysiert (Orlinsky, Howard 1976).

PatientInnen mit der Diagnose ‚depressive Reaktion‘ wiesen die deutlichste Sensibilität hinsichtlich Geschlecht des Therapeuten auf, also weibliche Patientinnen mit weiblichen Therapeutinnen berichteten über positive Erfahrungen; aber hinsichtlich Therapieergebnis waren die Patientinnen, die von Männern behandelt wurden, gleich gut. Dasselbe Ergebnis brachten PatientInnen mit der Diagnose ‚Persönlichkeitsstörung‘. Eine markante Verbesserung des Therapieergebnisses brachte die Kombination weibliche Patientin, weibliche Therapeutin bei Patientinnen, die als Schizophrenie (incl. Borderline-Störung) diagnostiziert wurden.

Bei den life-status-Kategorien war die Kombination junge, unverheiratete Frau mit Kind (alleinerziehende Mutter) und männlicher Therapeut die einzige, in welcher weibliche Patientinnen mit einem männlichen Therapeuten bessere Therapieergebnisse erzielten. Wenn man wiederum eine Differenzierung der männlichen Therapeuten hinsichtlich ihrer Erfahrung vornimmt, so zeigt sich, dass erfahrene männliche Therapeuten allmählich ‚ebenso gut‘ waren wie weniger erfahrene weibliche Therapeutinnen.

Da ergibt sich die Frage, mit wem ‚üben‘ männliche Therapeuten, bis sie so gut werden, wie weniger erfahrene weibliche Therapeutinnen?

Zukünftige Aufgaben der geschlechtsgebundenen Evaluationsforschung

1. Eine klare Trennung von Beschreibung und Bewertung der Forschungsergebnisse wird gefordert, einschließlich einer Identifikation von Frauen-spezifischen Bewertungsfallen (eine ausgeprägt paternalistische Einstellung, aber auch eine extrem feministische Einstellung könnte eine derartige Falle sein).
2. Eine klare Bezeichnung der beschriebenen Dimensionen im Leben der PatientInnen, welche für Frauen und Männer in unserer Gesellschaft eine unterschiedliche Bedeutung haben.
3. Nur wenn geschlechtsgebundene Variablen sollen in Kombination mit anderen Merkmalen untersucht werden: z.B. die Interaktion zwischen Geschlechtszugehörigkeit, diagnostischer Kategorie und Sozialstatus der PatientInnen, sowie die Interaktion mit Geschlecht und Berufserfahrung der PsychotherapeutInnen, sind reliable Ergebnisse zu erwarten.

Psychotherapie spielt sich in einem bestimmten kulturellen und politischen Kontext ab: die handelnden Personen sind in tradierten Strukturen verankert, sind bestimmten gesellschaftlichen Restriktionen unterworfen.

All das und noch viel mehr, einschließlich der Geschlechtszugehörigkeit, konstituieren den Einfluss des Umfeldes – als Kontext – auf Psychotherapie, der als ‚Input‘ wiederum einen Einfluss auf den Prozess und das Ergebnis hat. Um ein optimales Therapieergebnis für unsere Patienten zu erreichen, müssen Einflüsse des Umfeldes einbezogen werden – expliziter als bisher – in psychotherapeutischer Diagnostik und Therapieplanung.

Zusammenfassung: Ist die Psychotherapie weiblich?

Zur Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit als eine potentiell wichtige Variable in psychotherapeutischer Praxis und in der Psychotherapieforschung

Die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit als eine potentiell wichtige Variable in der Psychotherapie wird an Hand von vier relevanten Bereichen diskutiert: Der Inanspruchnahme von Psychotherapie, der Geschlechterverteilung hinsichtlich wissenschaftlich arbeitender Psychotherapeutinnen, die Geschlechtsgebundenheit im therapeutischen Prozess und schließlich Geschlechtsgebundenheit und Ergebnisforschung. Die Inanspruchnahme von Psychotherapie beträgt die durchschnittliche Geschlechterverteilung in deutschen und österreichischen Einrichtungen etwa 65% Frauen und 35% Männer. Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der Motivbereiche der Ablehnung von Psychotherapie: Frauen geben eher eine negative Einstellung zu oder Angst vor Psychotherapie als Motiv an, während

Männer eher sachlich organisatorische Gründe anführen. Die Dominanz der Männer im Forschungsbereich wird an mehreren wissenschaftlich relevanten Parametern deutlich wie Publikationshäufigkeit, Fremdzitierungen etc. Die Studien zur Frage der Beziehung zwischen Behandlungsergebnis und Geschlechtszugehörigkeit zeigen widersprüchliche Ergebnisse. Ähnliches gilt auch für die Ergebnisforschung; dazu werden jeweils Studien zur Illustration angeführt. Die Geschlechtsgebundenheit auf anatomischer Basis hat für die Psychosomatik eine besondere Bedeutung; der Prozentsatz der Publikationen, die auf Grund des Designs Geschlechtsvergleiche überhaupt zulassen und somit in eine metaanalytische Untersuchung eingehen können, lag unter 25%. Psychotherapieergebnisse in Beziehung zum Geschlecht der Therapeuten und Therapeutinnen sind ebenfalls ein wichtiges Thema. Abschließend wird auf die Notwendigkeit einer klaren Trennung von Beschreibung und Bewertung von Forschungsergebnissen hingewiesen, da diese ja immer in einem sozio-kulturellen Kontext stattfinden und könnten so die Interpretationen geschlechtsgebundener Vorurteile tradieren.

Schlüsselwörter: Gender, Psychotherapie-Forschung und -Praxis, , Psychosomatik

Summary: Femininity and Psychotherapy.

Gender as a potentially important variable in Psychotherapy Research and Practice

Gender as a variable in Psychotherapy is discussed in the following areas: demand of psychotherapy, distribution of sex concerning scientifically active psychotherapists, gender as an input into the therapeutic process and gender and therapeutic outcome. In relation to demand of psychotherapy, in German and Austrian institutions that offer psychotherapy the average distribution of gender shows 65 % women and 35% men. Women and Men offer different motives for refusal of psychotherapy: women rather admit a negative attitude towards or anxiety of psychotherapy, men more often offer rationalizing or organisational motives. The dominance of men in the research field is demonstrated by the number of publications in scientific journals, quotations, etc.. Specific meaning should be alluded to gender in relation to psychosomatic disturbances. But only 25% of the publications allowed – according to the methodology - a comparison between the sexes. Most studies dealing with the relation between outcome of psychotherapy and gender show contradictory results. Finally, results are presented in relation to the effects of sex of the therapist on the therapeutic experiences of women. An important conclusion is the necessity of a clear and distinct separation between description and appraisal or estimation of the results, because the latter is normally embedded in a given socio-cultural context and thus might contribute to hidden prejudices.

Keywords: Gender, Psychotherapy Research and -Practice, Psychosomatics

Literatur

- Balzac, Honoré de (1952): Gobsek. Leipzig: Reclam.
- Beckmann, Dieter (1978): Paardynamik und Gesundheitsverhalten. In: Richter, Eberhard; Strotzka, Hans; Willi, Jörg (Hg): Familie und seelische Krankheit. Rowohlt: Reinbek, 123-130.
- Davies-Osterkamp, Susanne (1994): Geschlecht als Variable der Forschung in Psychotherapie, Psychosomatik und medizinischer Psychologie. *PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 44, 293-298.
- Franz, Matthias; Dilo, Karin; Schepank, Heinz; Reister, Gerhard (1993): Warum „Nein“ zur Psychotherapie? – Kognitive Stereotypen psychogen erkrankter Patienten aus einer Bevölkerungsstichprobe im Zusammenhang mit der Ablehnung eines Psychotherapieangebots. *PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 43, 278-285.
- Garfield Sol, L. (1994): Research on Client Variables in Psychotherapy. In: Bergin A.E., Garfield, S.L. (Eds) Handbook of Psychotherapy and behaviour Change, New York: John Wiley & Sons, Inc., 208.
- Gürtler, Helga (1987): Der Einfluss des Geschlechts auf das therapeutische Verhalten. In: Rommelspacher, Birgit (Hg) Weibliche Beziehungsmuster. Psychologie und Psychotherapie von Frauen. Frankfurt: Campus, 209-223.
- Klein, Mara (1976): Feminist concepts of therapy outcome. *Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 13, 89-95.
- Malatesta, Carol. Z.; Culver, Clayton (1993): Gendered Health: Differences between Men and Women in the relation between physical symptoms and emotion expression behaviour. In: Traue, H.C.; Pennebaker, J.W. (Eds) Emotion, Inhibition and Health. Seattle, Toronto, Göttingen, Bern: Hogrefe & Huber.
- Masters, William H.; Johnson, Virginia E. (1970): Human Sexual Inadequacy. London: J&A Churchill Ltd.
- Nunberg, Hermann; Federn, Ernst (1976): Wiener Psychoanalytische Vereinigung Protokolle Bd. I: 1906-1908. Frankfurt: Fischer.
- Orlinsky, David E.; Howard Kenneth I. (1987): A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, .6-27.
- Orlinsky, David E.; Howard Kenneth I (1976): The effects of sex of the therapist on the therapeutic experiences of women. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*. Vol 13, 1, 82-116.
- Reiter, Ludwig (1993): Männer, Frauen, Wissenschaft. Eine empirische Studie am Beispiel der Familientherapie und der systemischen Therapie. *Systeme* 7, 25-27.
- Rudolf, Gerd; Stratmann, Hubert (1989): Psychogene Störungen bei Männern und Frauen. *Zsch. Psychosom. Med.* 35, 201-219.
- Sellschopp, Almuth; Buchheim, Peter (1997): Das Weibliche und das Männliche in der Psychotherapie. In: Janssen, Paul; Cierpka, Manfred; Buchheim, Peter (Hg) Psychotherapie als Beruf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 99-117.
- Springer, Alfred; Kremser, Marianne (1974): Die Symptomatische Spirale. *Sexualmedizin* 7, 353-358.
- Springer-Kremser, Marianne (1991): Der Umgang mit der Scham. In: Stauber, Manfred; Conrad, Fried; Haselbacher, Gerhard (Hg): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1990/1991. Berlin Heidelberg, New York: Springer, 71-75.
- Springer-Kremser, Marianne; Jandl-Jäger, Elisabeth; Presslich-Titscher Eva (1997): The triage-function of a psychosomatic liaison-service for gynaecological patients. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 18, 220-228.
- Springer-Kremser, Marianne; Eder, Anselm; Jandl-Jäger, Elisabeth; Hager, Isabella (2002): Can legislation provide a better match between demand and supply in psychotherapy? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 37, 492-500.
- Springer-Kremser, Marianne; Fischer-Kern, Melitta; Leithner-Dziubas, Katharina; Löffler-Stastka, Henriette (2006): Depressionsbehandlung – was brauchen Frauen? *Zeitschrift für Psychosomatische*

- Medizin und Psychotherapie* 52, 161-171.
- Stroebe, Margit; Stroebe, Wolfgang (1991): Does 'grief work' work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 57-65.
- Welter-Enderlin, Rosemarie (1989): Wer hat Angst vor Virginia Woolf und vor wem hat sie Angst? Gedankensplitter zu Frauen, Männern und zum Schreiben. *Zschr.f. systemische Therapie* 7, 101-107.
- Wurmser, Leon (1981): *The Mask of Shame*. Baltimore: John Hopkins Univ. Press.

Korrespondenzadresse:

Univ. Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser
Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien

Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
Österreich

E-Mail:

marianne.springer-kremser@meduniwien.ac.at