

Blinde Flecken?

Psychiatrische Diagnostik und psychotherapeutische Praxis unter Geschlechterperspektiven

Joachim Küchenhoff

Psychiatrie Baselland, Liestal, Schweiz

Summary

Blind spots? Psychiatric diagnosis and psychotherapeutic practice from gender perspectives

This text addresses diagnosis and therapy in psychiatry from gender perspectives. Even in psychiatry, gender is constructed. Gender conceptions impact the psychopathological classification and diagnosis. This is demonstrated through the history of psychiatric diagnosis, which also necessarily constitutes a history of views, prejudices, and ideologies. Thereafter, the focus shifts to the present state of psychiatric and psychotherapeutic care. Psychiatric institutions generally do not take into account questioned gender attitudes in their organizational and clinical routine. Therapy, as well as psychotherapy, is characterized by gender stereotypes. In the second part, conclusions are drawn from the investigation of gender construction. Gender prejudices must be broken down in treatments and institutions in a self-critical manner. This especially concerns prejudices against people of different cultures, which must be reconsidered from gender perspectives. Finally, it is suggested to consider patients' "gender identity stress".

Key words: gender; gender identity stress; identity; psychopathology; psychotherapy

Einleitung

In zwei aufeinander folgenden Ausgaben der Wochenzeitung «Die Zeit» (3. und 10.8.2017) wurde eine Kontroverse mit grosser Heftigkeit ausgetragen, die einmal mehr gezeigt hat, wie aktuell und aufgeladen die Debatte über Genderfragen geblieben ist; Judith Butler [1], der wir die entschiedenste Argumentation gegen eine Normierung dessen, was als männlich und weiblich zu gelten hat, und die Idee einer Emanzipation des Körpers von geschlechtsstereotypen und dichotomen Einschreibungen verdanken, und Alice Schwarzer [2], die im deutschsprachigen Raum als medienwirksame Verfechterin des Feminismus und als Gründerin von «Emma» bekannt ist, bekämpften einander leidenschaftlich, wobei die eine, Butler, Schwarzer vorwarf,

kritische Standpunkte zu verraten und zu groben Vorurteilen zurückzukehren, während umgekehrt Schwarzer an Butler kritisierte, dass sie die Konzeptionen von Geschlecht in den Köpfen der Menschen ignoriere und so tue, als sei ihre kritische Wiederlegung von Geschlechtervorurteilen und ihrer Festschreibung am Körpergeschlecht die Erlebens- und Denkrealtät. Abgesehen davon, dass der populistische und wenig argumentative Stil Schwarzers sie in dieser Debatte schnell ins Unrecht setzt, behält der Umgang mit Geschlecht in Bezug auf Psychiatrie und Psychotherapie gestellt. In einem ersten Teil wird untersucht, wie auch in diesem Bereich Geschlecht hergestellt wird. Zu diesem Zweck werden die Einflüsse der Geschlechterkonzeptionen auf die psychopathologische Klassifikation und die psychopathologische Diagnostik untersucht werden. Die Geschichte der diagnostischen Kategorien der Psychiatrie ist immer auch eine Geschichte der Einstellungen, Voreingenommenheiten und Ideologien der Zeit. Das zeigt sich an der ja keineswegs lange zurückliegenden Pathologisierung der Homosexualität. Die weiteren Abschnitte dieses Teiles werden wesentlich knapper abgehandelt werden. Sie befassen sich mit den institutionellen Geschlechter-Vorgaben in Kliniken der Regelversorgung, und mit der Rolle des Geschlechts in Therapien, insbesondere in Psychotherapien. Im zweiten Teil dann werden nur einige wenige handlungspraktische Konsequenzen aus den gemachten Überlegungen erwogen. Dabei geht es um dreierlei: erstens darum, nicht nur historisch, sondern auch in der klinischen Gegenwart Vorurteile selbstkritisch abzubauen, u.a. indem die gender-bezogenen Gegenübertragungseinstellungen reflektiert werden, zweitens darum, die Vorurteile und Feindseligkeiten gegen Menschen aus anderen Kulturen, z.B. gegen Flüchtlinge und Asylbewerber, unter Genderperspektiven neu zu bedenken, und den «Geschlechtsidentitätsstress» in den Therapien zu berücksichtigen und zu würdigen.

Nach einem Referat am Symposium «Die Frage nach dem Geschlecht» (Psychiatrie Baselland, 9.11.2017).

Teil 1: Konstruktion von Geschlecht in Psychiatrie und Psychotherapie

Geschlecht und Diagnose

Ohne Frage werden Diagnosen für Männer und Frauen unterschiedlich vergeben. Antisoziale oder dissoziale Persönlichkeiten in pathologischem Ausmass, sog. Dissoziale Persönlichkeitsstörungen, werden Männern markant öfter zugeschrieben als Frauen, während Frauen viel häufiger als depressiv etikettiert werden. Eine einfache und naheliegende Begründung dafür wird rasch in der unterschiedlichen genetischen Ausstattung und dem geschlechtsspezifisch differierten Hormonprofil gesucht. Dann ist es die Biologie, die das Geschlecht ausmacht. Komplexer sind die Konzepte, die nicht in den Chromosomen, sondern in den frühen, von der Namensgebung an wirksamen Zuschreibungen von Eigenschaften durch die Eltern an das Geschlecht ihrer Kinder die Ursache für die unterschiedlichen psychopathologischen Gefährdungen sehen. In der praktischen Konsequenz liegen beide, theoretisch kontroversen Ansätze allerdings nicht sehr weit auseinander: wie auch immer die geschlechtstypischen Merkmale entstanden sind, ob genetisch oder durch die Frühsozialisation erworben, sie bestimmen die Persönlichkeit und bahnen die Risiken vor, an definierten psychischen Erkrankungen zu leiden. In beiden Fällen wird vorausgesetzt, also dass die Zuschreibungen eine reale Entsprechung haben, dass die geschlechtstypischen Eigenschaften vorliegen.

Viel weiter geht die Kritik an der Diagnostik, die ihr blinde Flecken in der Wahrnehmung unterstellt: nicht die Merkmale der diagnostizierten Person sind entscheidend, sondern der gender-voreingenommene Blick des Diagnostikers. Er oder sie sieht dann die männliche Depression nicht oder viel seltener, weil in sein oder ihr Bild der Männlichkeit depressions-typische Symptome nicht gehören: Selbstzweifel, Grübelneigung, Affektschwankungen, Handlungshemmungen »passen« dann besser zu Frauen, die ohnehin – so die dazu gehörende Weiblichkeitskonzeption – stärker nach innen, zur Innenschau, zur Gefühligkeit neigen, während Impulskontrollstörungen somatische Reaktionen als Folge einer Affektabsplattung eher bei Männern vermutet und beschrieben werden.

Die einen (erstgenannten) Konzeptionen sehen also die «Schuld» bei den Kranken, die andere (zweitgenannte) bei den Diagnostikern, zu deren Opfern die Kranken werden. In allen Fällen kommen die Kranken gleichsam nicht gut weg. Nehmen wir wieder die Depression als Beispiel. Wenn Frauen viel öfter real

depressiv werden, dann sind sie möglicherweise doch das schwache Geschlecht, das in vielen Lebenslagen nicht so widerstandsfähig ist? Wenn Frauen von – in diesem Fall wahrscheinlich eher als Männer imaginierten – Ärzten als depressiv eingeschätzt werden, dann unterwerfen sie sich dem männlichen Blick und erweisen so ihre Unselbstständigkeit. Diese negative Sicht der Kranken (im Singular) war vielen, v.a. feministischen Theoretikerinnen, ein Stein des Anstosses. Sie begegneten ihr mit der Betonung von Wiederholung und Mimesis. In der Übernahme der gesellschaftlichen geschlechtsbezogenen Vorurteile in die eigene Persönlichkeit, in der Verinnerlichung dieser Zuschreibungen ist nicht nur Ohnmacht, sondern auch Gegenwehr enthalten: die Rolle der depressiven Frau etwa wird so lange neu aufgelegt und mimetisch, durch Nachahmung, durch Anschmiegen an die vorgefertigten Stereotypen wiederholt, bis sie sich als Konstruktion entlarvt.

Immer muss beachtet werden, wo auch in der psychopathologischen Diagnostik Geschlecht konstruiert und wo soziale Vorurteile und Stereotypen scheinbar wissenschaftlich bestätigt und beglaubigt werden.

In aller Deutlichkeit lehren die kritischen Infragestellungen einer durch Gendervorurteile behinderten Diagnostik, dass eine Rückkehr zu vereinfachend biologistischen Ansätzen nicht mehr geht. Geschlechtsmerkmale können nicht mehr als schlicht vorgegeben vorausgesetzt werden. Immer muss beachtet werden, wo auch in der psychopathologischen Diagnostik Geschlecht konstruiert und wo soziale Vorurteile und Stereotypen scheinbar wissenschaftlich bestätigt und beglaubigt werden. Diagnostik kann sich also nicht begnügen mit der Konstatierung von Geschlechtsunterschieden, sondern muss in einer selbstkritischen Wendung immer neu sich selbst hinterfragen, wo und wie sie Geschlecht selbst herbringt.

Ein Blick zurück in die Psychopathologisierung der Homosexualität zeigt, wie rasch die Wissenschaften von der Seele sich gesellschaftlichen Klischees und Ausgrenzungen anpassen, ja ihnen zuarbeiten. Offenbar ging es darum – und diese Tendenz ist ja nicht historisch erledigt –, eine Binarität im Geschlechterverhältnis zu etablieren: Mann ist Mann und Frau ist Frau, ein Mann empfindet nicht weiblich und umgekehrt, und deshalb begehrt jeder nur das andere Geschlecht [3]. Michel Foucault hat gezeigt, wie die Medizin im ausgehenden 18. und im 19. Jahrhundert, nachdem Religion als regulativer gesellschaftlicher

Machtfaktor an Bedeutung verliert, zum Werkzeug von neuen Machttechniken wird. Homosexualität wird nicht mehr als Sünde, sondern als widernatürliche Unzucht konzipiert ([3], S. 11). Richard Krafft-Ebing beispielsweise stellt »wissenschaftlich« fest, dass die natürliche menschliche Sexualität allein auf Fortpflanzung ausgerichtet ist, so dass im Umkehrschluss jedes Begehren, das dieses Ziel nicht verfolgt, der Natur widerspricht. Das passt – so Foucault – zu gewandelten Formen der politischen Herrschaft, die sich der Statistik und den Geburtenraten zuwendet, um Bevölkerungswachstum zu generieren ([4], S. 37f). Das Abweichen von der Sexualnorm wird von massgeblichen Psychiatern der Zeit – nicht von allen, es gab glücklicherweise immer auch Einsprüche – in guter Übereinstimmung mit diesem Machtdispositiv als eine funktionelle Degeneration pathologisiert. Psychoanalytiker haben noch im 20. Jahrhundert, grob gesprochen zwischen 1940 und 1980, daran mitgewirkt, Homosexualität auszugrenzen, und zwar in besonders subtiler Weise, indem frühe Abweichungen und frühe Traumatisierungen verantwortlich gemacht wurden. Pathologie wird durch psychoanalytische Diagnostik in frühesten Lebensphasen verankert und festgeschrieben. Sandor Rado und sein Schüler Charles Socarides [5] wurden besonders einflussreich. Rado etwa verwarf Freuds Konzept einer normalen Bisexualität und postulierte, dass alle Menschen primär heterosexuell ausgerichtet seien. Homosexualität entstehe sekundär aus der Angst vor dem anderen Geschlecht [6]. Wenn soeben von Ausgrenzung die Rede war, so machte sie an den Eingangsporten psychoanalytischer Institute nicht halt. Bewerber/innen für die psychoanalytische Ausbildung, die ihre Homosexualität einbekannten, wurden über lange Zeit nicht zugelassen. Nur wenn ein Kandidat seine Neigungen verschwie, hatte er Chancen. Dann aber richtete sich seine Lehranalyse – wie nachträglich verfasste Berichte zeigen – darauf aus, die sexuelle Orientierung zu verändern [7].

Geschlecht und Klinikalltag

Geschlecht wird nicht nur in der Diagnostik, sondern auch in der institutionellen Organisation und in der Alltagspraxis einer psychiatrischen Klinik hergestellt. In der Erwachsenenpsychiatrie der Psychiatrie Basel sind momentan ziemlich genau $\frac{2}{3}$ der Pflegeteamarbeitenden weiblichen Geschlechts. Damit wird ein Geschlechtsstereotyp, das Frauen mehr Mitgefühl und Fürsorge zuschreibt, mit dem Berufsrollenstereotyp der Pflege als umsorgend-mütterlicher Tätigkeit («Schwester») verknüpft und reproduziert; dies geschieht natürlich nicht gezielt und ist deshalb in einer

Klinik nur schwer veränderbar, solange Pflege nicht auch für Männer prinzipiell als erstrebenswert angesehen wird. Der pflegerische Frauenanteil aller Spitäler in der Schweiz im Jahre 2014 ist noch grösser; er beträgt 84,7%. In der ärztlichen Laufbahn hingegen können wir eine Verschiebung der Geschlechterverteilung beobachten. Während von den im Jahre 2015 gesamtschweizerisch berufstätigen Ärzten etwa $\frac{2}{3}$ männlich sind, überwiegt bei den Studienabschlüssen in der Humanmedizin der Frauenanteil mittlerweile deutlich. Der Fachbereich Psychiatrie/Psychotherapie weist ähnliche Zahlen auf; 2016 beträgt der Frauenanteil beim Erwerb des Weiterbildungstitels Psychiatrie und Psychotherapie 55,2%. Das Rollenklischee des Arztes als Mann verschiebt sich also allmählich. In der PBL kommen (Stand Januar 2017) auf 42 Männer 109 Frauen im ärztlich-psychologischen Bereich, 72% sind also Frauen. Es geht mir in unserem Zusammenhang allerdings nicht um die Zahlenwerte an sich, vielmehr will ich betonen, dass die professionellen Geschlechterverteilungen in einer Institution nicht nur Geschlechterungleichgewichte anzeigen, sondern diese zugleich auch zwangsläufig reproduzieren. Die präsentierten Zahlen bilden nur eine Oberfläche ab;

Unausweichlich bringen Mitarbeitende ihre Lebenserfahrungen und ihre Vorstellung von Geschlecht und Geschlechterrollen in die Arbeit ein und prägen dadurch das Klima der Klinik.

es lohnt, ein wenig in die Tiefe zu gehen und nicht nur Geschlechterverteilungen, sondern genderbezogene Beziehungsaspekte zu untersuchen. Unausweichlich bringen Mitarbeitende ihre Lebenserfahrungen und ihre Vorstellung von Geschlecht und Geschlechterrollen in die Arbeit ein und prägen dadurch das Klima der Klinik. Den Patienten leben sie, ob sie es wollen oder nicht, Modelle des Umgangs mit Geschlecht und Sexualität vor. Jeder Mitarbeitende hat seine eigene Geschichte und eine unverwechselbare Individualität, die nicht in allgemeinen Prinzipien aufgeht. Daher entzieht sich der Einfluss, den jeder auf das Milieu hat, einer generalisierenden Aussage. Dennoch lässt sich ein verallgemeinerbarer Gradmesser für die Gender-Sensitivität einer Institution finden, die sich in folgende Frage kleiden lässt: hat die Auseinandersetzung jedes Einzelnen mit seinen auf die eigene Geschlechterrolle bezogenen Einstellungen einen Ort der Reflexion, ist sie in den Teamsupervisionen ausreichend berücksichtigt?

Die impliziten und expliziten Regelwerke einer Institution geben durchaus verallgemeinerbare Aus-

kunft darüber, wie die Frage nach dem Geschlecht beantwortet wird. Der Stationsalltag geht ganz selbstverständlich von einer heterosexuellen Normalität aus [8]. Deshalb werden Mehrbett-Zimmer gleichgeschlechtlich belegt. Dabei wäre es doch, berücksichtigte man homosexuelles Begehren immer mit, angemessener, für jede Patientin und jeden Patienten zu ergründen, ob das Teilen eines gemeinsamen Zimmers mit der damit verbundenen räumlichen Nähe und Intimität als belastend erlebt wird oder nicht.

Doing gender heisst, eine Normalitätsvorgabe zu machen, von der andererseits von vornherein klar ist, dass sie nicht oder nicht selbstverständlich eingehalten werden kann.

Psychiatriegeschichtlich gesehen hat die Geschlechterchse den Männer- von dem Frauenstrahl getrennt. Ihre Aufhebung wurde zu Recht als Fortschritt und Ausdruck einer geschlechtsbezogenen Liberalisierung angesehen. Wenn allerdings das heute verfügbare Wissen von der Verbreitung sexuellen Missbrauchs und des Anteils von Missbrauchserfahrungen an der Genese sehr vieler psychischen Krankheiten berücksichtigt wird, wird deutlich, wie hoch die Anforderung sein kann, die mit diesem liberalen Versorgungstyp an die Patienten und vor allem die Patientinnen gestellt wird: sie sollen in der Lage sein, immer und auch gerade auf einer geschlossenen Station, wo man einander kaum ausweichen kann und wo Gewalt sich wegen der engen Verhältnisse und der zugespitzten Krisensituation mancher Patienten leichter entzündet, steuernd mit ihren sexuellen Wünschen und Ängsten umzugehen. Doing gender heisst hier, eine Normalitätsvorgabe zu machen, von der andererseits von vornherein klar ist, dass sie nicht oder nicht selbstverständlich eingehalten werden kann. Daher hat die Hamburger Psychiatrische Klinik Ochsenzoll im Jahre 2005 eine «Behandlungseinheit für Frauen» wieder eingeführt, um störungsspezifische Indikationen wie eine PTBS gut behandeln zu können und um dem von Frauen häufig geäusserten Wunsch, unter Frauen von Frauen behandelt zu werden, zu entsprechen [9].

Schliesslich zeigt sich am Umgang mit den sexuellen Beziehungen in der Klinik, wie schwer auch psychiatrische Institutionen sich tun, mit der Tatsache umzugehen, dass die Begegnungen der Menschen in einer Klinik und noch dazu in einer schweren persönlichen und oft auch partnerschaftlichen Krise dazu führen können, dass das Heil und der Trost, aber auch die Befriedigung der Triebe in intimen Beziehungen zu Mitpatientinnen gesucht wird. Dem liberalen An-

spruch der Psychiatrie widerstrebt ein Verbot der sexuellen Beziehungen, andererseits wird den Patientinnen und Patienten auch nicht Raum gelassen, und das ist u.U. ganz wörtlich gemeint: welche klinische Institution stellt Zimmer für sexuelle Begegnungen bereit? Interveniert wird, wenn eine «Affäre» bekannt wird, sehr inkonsistent. Wenn sexuelle Nötigung oder Gewalt im Spiel ist, dann wird selbstverständlich alles getan, um sie zu unterbinden. Es wird auch in der Hausordnung darauf hingewiesen, dass sexuelle Beziehungen die Therapie stören oder sogar zerstören können. Aber sie werden nicht sanktioniert, wenn kein Missbrauch vorliegt, und wohl meistens auch nicht vertieft bearbeitet. Damit aber werden Interaktionsmuster in der Institution reaktiviert, die biographisch frühen familiären Mustern der Vergangenheit entsprechen: Wissen um die sexuellen Aktivitäten hier der Patienten, dort der Kinder – Ausklammern aus den direkten Gesprächen – Unausgesprochene Belastung und Verschlechterung der familiären oder therapeutischen Beziehungen. Die Frage nach dem Geschlecht wird zur Frage nach dem Erleben und Ausleben des Geschlechts. Die Antworten, die psychiatrische Kliniken hier geben und vorgeben, laden nicht zur Nachahmung ein und verfestigen allenfalls einen ambivalenten, sprachlosen, gehemmten, heimlichen Umgang mit Sexualität.

Geschlecht und Psychotherapie

Die psychiatrische Therapie wird – das lässt sich feststellen – mehr und mehr geschlechtssensitiv [10]. Das gilt zunächst für die Psychopharmakologie, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, im Rahmen einer individualisierten und persönlich angepassten Medikamentengabe geschlechtsabhängige Faktoren zu berücksichtigen.

Ein grosser Einfluss wird in der klinischen Praxis dem Geschlecht in Bezug auf das Therapieergebnis zugeschrieben. Bei Überweisungen und in der Zuteilung von neuen Patienten zu Therapeutinnen wird über die Passung der Geschlechter viel nachgedacht. Dementsprechend befassen sich viele empirische Untersuchungen mit den Fragen, ob das Geschlecht von Patient und Therapeut und die Geschlechterpaarung in der Therapie ausschlaggebend für den Therapieerfolg sind. Die Studienlage ist sehr uneinheitlich; am besten empirisch abgesichert scheint die sehr grosse, von einem der renommiertesten Psychotherapieforscher, Michael Lambert, durchgeführte Studie zu sein [11], die zum Ergebnis kommt, dass Frauen als Patientinnen insgesamt mehr von Psychotherapie profitieren, dass aber das Gender Matching keinen Einfluss auf das Ergebnis hat. Das Geschlecht bestimmt die

Länge der Therapie, Frauen erhalten mehr Stunden. Männliche Therapeuten tendieren dazu, länger zu behandeln als weibliche, sind also «teurer», mehr nicht. Nach diesen Ergebnissen werden die Bemühungen um ein Gender Matching grundsätzlich überschätzt.

Dieser klare empirisch-statistische Befund muss freilich modifiziert werden. Denn die Wünsche der Patienten und Patientinnen, auch in Bezug auf das Geschlecht ihres Therapeuten, haben einen nachweisbaren Einfluss auf den Erfolg der Therapie. Viele Patienten bevorzugen kein Geschlecht und sind offen, aber wenn sie klare genderbezogene Prädispositionen haben, dann hat die Erfüllung bzw. Frustration dieser Vorlieben einen Stellenwert, der sich im Ergebnis der Therapie zeigt [12].

Nicht ganz leicht ist es freilich, den genannten empirischen Befund damit in Einklang zu bringen, dass offenbar die Ziele einer Psychotherapie von Patientinnen und Patienten unterschiedlich angegeben werden, und dass weibliche und männliche Therapeuten ihre Stärken geschlechtsspezifisch unterschiedlich sehen. Patientinnen suchen in der Psychotherapie vor allem Möglichkeiten, mit sich selbst besser auszukommen und die eigene Persönlichkeit zu entwickeln. Sie suchen nach einem Zugewinn an Selbstbewusstsein, an der Fähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, und an der Kompetenz, Grenzen zu setzen. Männer hingegen wünschen sich, dass ihre Therapie ihnen dabei hilft, mit beruflichen Konfliktsituationen besser umgehen zu können und Konkurrenz und Leistungsdruck besser zu verarbeiten. Dieser Befund gilt auch, wenn die Frauen selber berufstätig sind. [13] Weibliche und männliche Therapeuten bringen ihrerseits im eigenen Selbstverständnis auch unterschiedliche Fähigkeiten und Qualitäten in die therapeutische Beziehung ein. Weibliche Therapeuten sehen Empathie, Sorge und Beziehungssensitivität in den Therapien als ihre Stärke, während Männer sich als Problemlöser und Helfer für Veränderungsschritte sehen [14]. Es ist erstaunlich, wie sehr diese in unterschiedlichen Studien in unterschiedlichen Ländern erhobenen Untersuchungen zu übereinstimmenden, den Geschlechterklischees folgenden Ergebnissen kommen. Sie regen zu der für die Praxis wichtigen Frage an, ob die Therapeutinnen und Therapeuten ausreichend gut in der Lage sind, ihre sozialisierten und im Alltag gelebten Geschlechtsrollen und die daraus sich ergebenden therapeutischen Haltungen kritisch und selbstkritisch zu reflektieren und zu relativieren, so dass sie in der Lage sind, gleichsam weiträumiger den eigenen Spielraum zu öffnen und Stereotypen zu überwinden.

Viel subtiler und keineswegs in empirischen, auch qualitativen Studien zu erfassen sind geschlechtsbezogene Vorurteile, die sich in unhinterfragten Haltungen spiegeln und zu therapeutischen Interventionen führen, die sich allein in einer Supervision aufdecken lassen – die gerade deshalb so dringend notwendig ist. Als Beispiel sei der Umgang mit sexuellen Verhaltensweisen, wie sie Patienten und Patientinnen im psychotherapeutischen Gespräch äussern, erwähnt. Die Frage ist, ob es bei den Therapeutinnen und Therapeuten in Bezug auf sexuelle Aktivitäten bei Mädchen und Jungen nach wie vor einen sog. Doppelstandard gibt, wie er nach wie vor – auch empirisch gesichert – und selbst bei Jugendlichen weit verbreitet ist: während vielfältige sexuelle Erfahrung einem jungen Mann zu grösserem Ansehen bei seinen Peers verhilft, sind junge Frauen, die viele Partnerschaften eingegangen haben, dem Verdacht der Promiskuität und damit verringerter Wertschätzung bei Peers ausgesetzt ([15, 16]). Diese ja sehr alten und offenbar tiefverwurzelten Vorurteile können Wahrnehmungen und Interventionen in Psychotherapien leiten und sehr schnell dazu führen, dass das Sexualverhalten von Frauen pathologisiert und moralisch verurteilt wird. Immerhin gilt Promiskuität als Zeichen der Borderline-Störung, und dass diese viel öfter bei Frauen diagnostiziert wird, könnte auch mit dem Doppelstandard zu tun haben. Für Diagnostik und Psychotherapie jedenfalls sind die Folgen gravierend, wenn Gender-Vorurteile unreflektiert bleiben und zum Wertmassstab werden, der indes nicht sichtbar wird und den gesellschaftlichen Klischees meist sehr eng entspricht.

Teil 2: Die therapeutische Arbeit an der Gender-Voreingenommenheit

Arbeit an den eigenen geschlechtsbezogenen Vorurteilen: Gegenübertragungsanalyse

Auf die Bedeutung der Supervision für das selbstkritische Hinterfragen eigener geschlechtsbezogener Vorurteile in Teams und in der individuellen Psychotherapie wurde schon hingewiesen. Selbstkritik verlangt, sich der eigenen geschlechtsbezogenen Einstellungen überhaupt gewahr zu werden und sie nicht unhinterfragt als selbstverständliche Grundlage in den therapeutischen Interventionen auszuagieren. Wenn wir in einem weiten Sinn von Gegenübertragung sprechen, gehören die eigenen Geschlechtsschlechtsvorurteile der Therapeuten zur Gegenübertragung, besser zu den Einstellungen, die sie in die Therapie mit den Patienten einbringen, und die sie kennen sollten, um dem Patienten nicht zur Anpassung an die eigenen Vorurteile zu bewegen.

Geschlechtsstereotypen prägen das Denken aller Menschen und natürlich auch das der Therapeutinnen und Therapeuten. Sie können den Fortgang einer Therapie bestimmen, ohne dass es beiden Gesprächspartnern in einer Einzeltherapie auffallen und zu Bewusstsein kommen muss. Das Geschlecht des Therapeuten oder der Therapeutin bildet meist zu Beginn einer Therapie einen ersten Kristallisationspunkt für Übertragungen, es prägt bewusste oder unbewusste Phantasien der Patient/innen und bestimmt die Reihenfolge des Auftretens von psychosexuellen Konflikten in der Übertragungsarbeit ([17], S. 208). Viele Beobachtungen weisen darauf hin, dass Therapeut/innen ihrerseits Übertragungen bevorzugt aufgreifen und bearbeiten, die mit der herkömmlichen Geschlechtsrolle übereinstimmen [18] Analytikerinnen sind leichter bereit, sich in einer mütterlichen Rolle zu sehen und dementsprechend vom Patienten die auf diese Rolle bezogenen Äusserungen wahrzunehmen, während Analytiker sich selbst als unabhängiger und distanzierter vom Analysanden wahrnehmen. [19] Noch deutlicher werden die Geschlechtsstereotypen auf der Seite des Therapeuten oder der Therapeutin, wenn allein ein binäres Konzept von Geschlecht im eigenen Denken und in der eigenen Wahrnehmung zugelassen wird und die dimensionale Perspektive auf Geschlechtlichkeit, also das breite Feld geschlechtlicher Identifizierungen eingeengt wird auf ein kategoriales System von Mann und Frau, so dass die Phantasien und Assoziationen des Analysanden oder der Analysandin, die die Grenzen der Geschlechter überschreiten, entweder nicht wahrgenommen oder in

Die Geschlechtsidentität ist ein Merkmal der Identität.

der Deutungsarbeit nicht aufgegriffen werden. Entscheidend für die therapeutische Arbeit ist es also, wie frei der Therapeut Geschlechtsrollenkonzepte überschreiten kann, inwieweit er oder sie etwa ebenso väterliche wie mütterliche Übertragungen aufzunehmen imstande ist.

Das Wort Geschlechtsidentität ist gut gewählt. Es zeigt, dass die Frage nach dem eigenen Geschlecht sehr eng mit der Frage nach der eigenen Identität verknüpft ist, und das wiederum bedeutet, dass die Einstellungen zum eigenen Geschlecht zum Kern des Selbstgefühls gehören und daher nicht leicht veränderbar und spielerisch in Frage zu stellen sind. Die Geschlechtsidentität ist ein Merkmal der Identität. Damit – was dringend notwendig wäre – die Therapeutinnen und Therapeuten flexibler auf die Fragen nach dem Geschlecht, die sich in ihren Therapien stellen, ant-

worten können, brauchen sie ein verändertes Konzept von Identität überhaupt. Identität ist psychoanalytisch heute nicht mehr als einfaches Festhalten an dem einmal erreichten Selbstbild zu beschreiben, wie wir sie bei E.H. Erickson modellhaft finden. Zu einer modernen Konzeption von Identität gehören vielmehr das Wechselspiel von Identifizierung und Desidentifizierung, von Sich-Gewinnen und Sich-Verlieren, das Lösen der Identifizierungen und der Neubeginn. Die psychotherapeutische Weiterbildung hat in diesem Sinne in der Selbsterfahrung und in der Supervision auch Sorge zu tragen, dass dieses spielerische Infragestellen und Wiederfinden auch für die Vorstellungen und Phantasien der Therapeutinnen und Therapeuten in Bezug auf die Geschlechtsidentität möglich wird. Anderenfalls würde eine sehr zugespitzte Position Recht bekommen, die davon ausgeht, dass die Geschlechtsidentität Teil eines Systems des falschen Selbst ist [20], also einer Illusionsbildung, die Angst bannt, aber es zugleich verunmöglicht, authentisch zu werden. Eine Identität, die sich nicht spielerisch in Frage zu stellen vermag, tendiert zur Verhärtung nach innen, gegen das eigene Selbst, und nach aussen, gegen andere und Fremde. Eine Geschlechtsidentität, die aufgeht in den Geschlechtsrollenzuschreibungen und sie nicht zu hinterfragen vermag, tendiert gleichfalls zur Borniertheit, Intoleranz und Abwertung des Andersseins.

Arbeit an geschlechtsrollenbezogenen Vorurteilen gegen Flüchtlinge

Wer sich seiner Identität nicht sicher ist, projiziert die eigenen Zweifel und Anfechtungen nach draussen: es sind die anderen daran schuld, die Fremden, die Ausländer, wer auch immer, die etwas in Frage stellen, das doch mir gehört, die mich bedrohen. Aus dem inneren wird der äussere Feind, und der wird bekämpft. Dieser Mechanismus ist in der Erforschung der Genese von Fremdenfeindlichkeit hinlänglich gut erwiesen. Er gilt auch für die Unsicherheit in der Geschlechtsidentität. Wenn das richtig ist, dann erscheint die Intoleranz gegenüber geschlechtsrollentypischem Verhalten von Flüchtlingen und Asylbewerbern in einem anderen Licht. «Dem geflüchteten muslimischen Mann (sc. beispielsweise, JK) wird zunächst eine rückständige, rigide Sexualmoral zugeschrieben, die selbst abgelehnt wird [...]. Dass es sich hierbei um Projektionen eigener hegemonialer und rückwärts gewandter Attribute von Männlichkeiten handelt, zeigt sich spätestens, wenn die gleichen Männer gegen einen Gender-Mainstream [...] und gegen eine Auflösung tradierter Geschlechterteilung, gegen sexuelle Vielfalt und gegen alternative Famili-

enformen auf der Strasse demonstrieren. ([21], S.59)» Um diese Projektionen abzubauen, sind Realitätskontrollen unabdingbar. Insofern sind Untersuchungen zu begrüssen, die sich mit den Geschlechtsrollen bei Einwanderern und Flüchtlingen befassen. So hat das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge BAMF der BRD in einem Forschungsbericht [22] die Einstellung zu Geschlecht und den Geschlechterrollen bei Christen und Muslimen in der BRD untersucht. Er weist nach, dass die Verwurzelung in der Religion einen Einfluss auf die Starrheit der Geschlechterkonzepte hat, dass das aber ebenso für Christen wie für Muslime gilt. Ansonsten sind Bildungsfaktoren und Akkulturationsfaktoren entscheidend.

Interessant wäre es anhand der nicht endenden Diskussionen um die Verschleierung zu klären, inwieweit die feindseligen und unerbittlichen Verurteilungen von Verschleierungen nicht auch projektive Bedeutung haben und nicht mehr mehrheitsfähigen westlich-europäischen Männerphantasien entspringen, die dadurch, dass sie kulturell nicht mehr akzeptabel erscheinen, nicht einfach verschwinden. Dann wäre der Burka-Hass Ausdruck eines latenten Neides auf den orientalischen Mann als Phantasiegebilde, dem es noch gelingt, den Wunsch, eine Frau ganz und ausschliesslich für sich zu besitzen, sie nicht einmal dem Blick eines anderen Mannes zu präsentieren, in die Realität umzusetzen. Das sei aber nur am Rande vermerkt.

«Geschlechtsidentitätsstress» als therapeutische Aufgabe

Geschlechtsidentitäten zu verflüssigen, wie soeben vorgeschlagen, und dafür einen gewandelten Identitätsbegriff auszubilden, verlangt Selbsthinterfragung, Selbstkritik, Umdenken, ein Verlassen des sicheren Bodens, auf den wir uns mehr oder weniger zurückgezogen haben und den wir in der Regel nicht hinterfragen und instabil machen lassen wollen. In therapeutischen Zusammenhängen müssen wir diese stabilisierende oder Abwehrseite der Geschlechtsidentitätskonstruktionen verstehen und berücksichtigen lernen. Bleiben wir einen Moment bei den Flüchtlingen: wir können die verschleierte Frauen als rückständig, unaufgeklärt etc. ansehen, wir können aber auch berücksichtigen, wie stabilisierend der Rückzug in ein traditionelles Geschlechterstereotyp werden kann, wenn sich alle stabilen Anker im Leben aufgrund von Flucht und Vertreibung lösen. Die blosser Forderung nach Anpassung führt nirgendwo hin, höchstens und notgedrungen zu einer verstärkten Flucht in die tradierte Geschlechterrolle, die ja in sich selbst anstrengend und aufwändig wird, etwa wenn die junge Frau aus Syrien jedes Mal,

wenn ein Mann am Horizont erscheint, den Schleier umlegen muss, obgleich sie sich doch viel freier ohne ihn fühlt. Das Festhalten an der Geschlechterrolle entlastet, aber es belastet gleichzeitig.

Die Geschlechtsidentität zu wahren kann ausgesprochen viel psychische Arbeit binden. Je mehr die eigene Identität insgesamt fragil ist oder bedroht erscheint, umso starrer kann die Geschlechtsidentität vertreten und u.U. rücksichtslos durchgesetzt werden. Sicherlich ist es angemessen, in der geltenden psychopathologischen Diagnostik, auf die sich die psychiatrische Fachwelt momentan geeinigt hat, Dissozialität und Impulskontrollstörungen zu beschreiben und das enthemmte, rücksichtslose und gewaltbereite Verhalten von jungen Männern als Mangel, etwa an Impulskontrolle, an Empathie etc. zu beschreiben. Aber dabei sollten die Therapeuten nicht stehen bleiben. Denn u.U. gelingt es, den Geschlechtsidentitätsstress zu erkennen, das Macho-Verhalten als Versuch, die Geschlechtsidentität als Mann, wenn auch in grosser Verzerrung, zwanghaft zu bewahren, um tiefergreifende Identitätskrisen abzufangen. Der Selbstzweifel wird schnell projiziert, er kommt als feindseliges Infragestellen durch Andere auf die eigene Person zurück, die sich dadurch noch mehr hinterfragt und bedroht fühlt, jetzt aber nicht durch eigenes Schwanken von innen, sondern durch Bedrohung von aussen – dann ist der Einsatz von Gewalt nicht mehr weit, um den Anderen zum Schweigen zu bringen.

Daraus folgt, dass es nützt, in den Therapien die Arbeit an der Wahrung der Geschlechtsidentität, das «gender identity maintenance work» [23] mehr zu berücksichtigen und an ihm zu arbeiten. Da die Abwertung und Beschämung etwa von Männern, die zu häuslicher Gewalt neigen, nur zu einer noch verhärteteren Haltung führt, muss nicht zuletzt auch die Angst wahrgenommen und bearbeitet werden. Vielleicht gelingt es erst einmal besser in geschlechtsgetrennten Gruppen – Erfahrungen mit psychoanalytisch geführten Gruppen an vielen Orten weltweit, etwa in Sao Paulo in der Arbeit mit unterprivilegierten Männern [24], aber auch das «Lernprogramm gegen häusliche Gewalt» in unserem Kanton, in dem Männern 26 Wochen lang eine wöchentlich zweistündige Gruppensitzung angeboten wird [25], machen Mut, denn sie sind Schritte in die richtige und so notwendige Richtung.

Funding / potential competing interests

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Literatur

Sie finden die vollständige Literaturliste in der Online-Version des Artikels: 10.4414/sanp.2018.00570

Correspondence:
Prof. Dr. med.
Joachim Küchenhoff
Psychiatrie Baselland
Biententalstr. 7
CH-4410 Liestal
Joachim.Kuechenhoff[at]
unibas.ch