

012) Scheffler, S. (2005)

Verein

→ Beraterstellung VII, XIX

Sabine Scheffler

# Patientenverhalten von Frau und Mann als soziales Konstrukt, Strukturmerkmal und Verhaltensset - Ergebnisse der Geschlechterforschung und ihre Bedeutung für beraterische Interventionssysteme

Erweiterter Vortrag der 5. Kremser PsyMed Tage zum Thema „Managing Diversity – Die Kunst die Vielfalt zu nutzen“, Donau-Universität Krems, 06.06.2008

## 1. Einleitung, Ziele, Vorgehen

Geschlechterforschung als Frauen-, Männerforschung verfolgt drei Schwerpunkte:

- den der Gleichheit im Sinne von Chancen und Teilhabe
- den der Differenz
- den der gesellschaftlichen Konstruktion und Dekonstruktion kultureller Bilder von Männlichkeit und Weiblichkeit, deren Wirkung in Gesellschaft und individuellem Verhalten

Im Folgenden wird versucht in einem Ausschnitt darzulegen, wie Geschlecht in den gerade genannten Aspekten – Gleichheit, Differenz, Dekonstruktion - für alle Beteiligten im Gesundheitssystem (hier: medizinisches System, psychosoziale Beratung und Therapie), „den Gang der Dinge“ bestimmt, sowohl für die Betroffenen wie die dort Arbeitenden.

In der Vergangenheit haben sich eher feministische Beratungsansätze der Anerkennung und Berücksichtigung der Ungleichheit der Geschlechter in der Bewältigung von kritischen Lebenslagen gewidmet (vgl. *Silke B. Gahleitner, Elena Ossola 2007, Sabine Scheffler 2006*).

Dazu werde ich einige Forschungsergebnisse zur Dynamik von Geschlecht in Gesundheit und Beratung aufzeigen. Solche Forschungsergebnisse verleiten leider immer wieder dazu, der Geschlechterdifferenz eine Statik und Validität zu unterstellen, die es so nicht gibt. In der Gendermedizin und Gesundheitsforschung werden damit Differenzen angeführt und wieder und wieder empirisch aufbereitet, die methodologisch in der Regel dadurch zu Stande kommen, dass die Genus - Gruppen auf Verhaltensunterschiede untersucht werden. Man bestätigt sich also mit den Ergebnissen das, was man im Design schon angelegt hat, nämlich, dass es Männer und Frauen gibt (vgl. *Petra Kolip, Klaus Hurrelmann 2002; Anita Rieder, Brigitte Lohff 2004; Carol Hagemann-White 1991*). Das ausgewählte und präsentierte Zahlenmaterial, das beliebig ergänzt werden könnte und in den Fachdisziplinen differenziert vorliegt, dient dazu, zu den Denkmodellen hinzuzuführen, um den Dreischritt – Gleichheit, Differenz, Konstruktion - dann in den Denkmodellen anzureißen. Diese erklären die Dynamik und Komplexität der Gendersystematik. SIE liefert Hinweise, um die Diskrepanz zwischen theoretischem Wissensstand

und praktischer Anwendung besser zu verstehen. Einschränkend muss jedoch betont werden, dass die Konsequenzen aus Daten und Denkmodellen nur holzschnittartig und roh wiedergegeben werden können. Die Diskrepanz zwischen Wissensstand und Anwendung verdeutlicht vor allem die scheinbare Natürlichkeit, die bei Geschlechterfragen auf der organisatorischen, methodischen und persönlichen Ebene unterstellt wird, und die Geschlechterverhältnisse im Sinne von Ausschluss und Differenz bestätigt.

Geleitet sind die Ausführungen aber von der These, dass geschlechtergerechte Arbeit einen Beitrag zur Chancengleichheit von Frauen und Männern leisten kann, denn sie berücksichtigt ganzheitlich Unterschiede, die Einfluss auf den Behandlungserfolg nehmen. Einzelne differenzierende Beiträge für die Beratung, Supervision und Psychotherapie liegen bereits vor, auf die an dieser Stelle nur verwiesen werden kann. (vgl. *Silke B. Gahleitner, Elena Ossola 2007; Sabine Scheffler, 2004, 2005, 2007; Brigitte Schigl 2006; Carmen Tatschmurat 2004; Irmgard Vogt 2004*).

Wenn man über Geschlecht redet, so stellt *Judith Lorber (1999)* fest, ist es oft so, als ob man mit „Fischen über das Wasser redet, in dem sie schwimmen“. So selbstverständlich und naturalisiert erscheint uns die geschlechtliche Ordnung, dass es nur schwer und sehr häufig nur mit heftigen Emotionen gelingt, analytisch zu hinterfragen, unvoreingenommen zu forschen und angezeigte Konsequenzen zu ziehen. Dies erläutert am Beispiel der Suchtarbeit exemplarisch *Rainer Koch-Möhr (2006)*, der eine der wenigen explizit männerspezifischen Suchtkliniken in NRW leitet, er fragt kritisch: „Fachleute, Mediziner wie TherapeutInnen, die schon Jahrzehnte fast ausschließlich mit suchtkranken Männern arbeiten, haben sich noch nie mit den Besonderheiten der männlichen Entwicklung in diesem Zusammenhang befasst, geschweige denn mit der Entwicklungspsychologie von Männern“. „Doing gender by doing drugs“ besänftigt zeitweise den Schmerz der beschädigten, defizitären Identität des männlichen Jugendlichen, führt mittelfristig aber zu schweren Gesamtschädigungen des Organismus, wie so oft bei nur prothetischer Krankheitsbehandlung“ (*Koch-Möhr 2006, 2ff*). Er unterstellt den Behandelnden einen „Alleskönnervirus“, der dazu verleite, die Erfahrungen der frauenspezifischen Suchtarbeit und die geschlechtsunterschiedlichen Verteilungsstatistiken der Suchtkrankheiten, die seit Jahren bekannt sind, die Bedeutung des Zusammenhangs von Sucht und Geschlecht, die unübersehbar im Raum stehen, zu ignorieren (vgl. *Köch-Möhr 2006*).

Dazu bedarf es einer mühsam erarbeiteten Genderkompetenz. Die Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischem Verhalten berührt immer die persönlichen Kompetenzgrenzen der Behandelnden, die mit eigenen Erfahrungen, Einstellungen, Bewertungen, mit eigenen Konstruktionen von Männlichkeit und Weiblichkeit verbunden sind.

Es bedarf zusätzlicher sozialer Kompetenzen im Bereich reflektierten geschlechter-sensiblen Interaktionsverhaltens; und es bedarf einer analytischen Wissensebene von

der sozialen Verfasstheit von Geschlecht. Dies einzubeziehen ist ein zuweilen, so *Koch-Möhr*, ein kränkender und empfindlicher Lernprozess, um eine geschlechtersensible Fachlichkeit in Diagnostik, Beratung/Behandlung und Therapie zu erreichen.

*Koch-Möhr* (2006) gibt folgende Empfehlungen für die Suchtarbeit mit Männern: Checken Sie Ihren Arbeitsbereich:

- 1. Gibt es Urinale?
- 2. Tastet der Arzt Hoden und Prostata in der Eingangsuntersuchung?
- 3. Wie erfolgt die Begrüßung neuer Patienten?
- 4. Wie erfolgen im Detail die Urinkontrollen?
- 5. Wie kleiden sich Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen?
- 6. Welche (Kleidungs-) Vorschriften gelten für Patienten?
- 7. Wie viele Pin-ups mit wie viel freier Haut werden an den Wänden geduldet?
- 8. Wie wird mit Pornographie umgegangen?
- 9. Wird über Bordellbesuche gesprochen?
- 10. Arbeiten alle MitarbeiterInnen gerne mit Männern?
- 11. Wie realisiert sich die Männlichkeit der Patienten?
- 12. Wie erfolgt die „Würdigung des Phallus“?
- 13. Welche männlichen Symbole und Rituale gibt es?
- 14. Welche „weiblichen“ Eigenschaften müssen Patienten übernehmen, um als erfolgreiche, geheilte Patienten gelten zu können?
- 15. Wie erfahren und verarbeiten die Patienten das Scheitern ihrer Männlichkeit?

Die zweifellos auch provokanten, aber differenzierenden Fragen des Kollegen verdeutlichen die Komplexität der Gendersystematik als Verhaltensset wie als Strukturkategorie, sowohl im Selbstverständnis der Patienten, vor allem aber auch auf Seiten der Institution und der Professionellen.

## 2. Daten

Um zu verdeutlichen, wie unterschiedlich und geschlechtsgebunden die Erfahrungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern im Gesundheitssystem sind, werden im Folgenden einige Daten exemplarisch zusammengestellt, die sich auf Geschlecht im Sinne des Differenzaspektes für Verhalten und Selbstverständnis beziehen, auf Geschlechterkonstruktionen verweisen und ohne bewusste Integration und Methodik zu Benachteiligungen in der Betreuung führen.

Dabei sind die Abbildungen so zu lesen, dass es sich um Verhaltensmuster oder Strukturmerkmale handelt, denen Frauen und Männer in ihrer Genderdarstellung mehr oder weniger folgen; auf keinen Fall ist damit ausgesagt, dass Männer und Frauen „so sind“, sondern dass ihre Orientierung an Zuschreibungen von Männlichkeit und Weiblichkeit sich im Verhalten ausdrücken und dazu beitragen,

dass Krankheitsdynamiken und Interaktionen im Sinne der Geschlechterordnung aufrechterhalten, modelliert und gestaltet werden, ebenso benutzen die medizinischen und klinischen Systeme Genderordnungen sowohl auf der organisatorischen, kulturellen wie Handlungsebene (vgl. *Joan Acker* 1991; *Ralf Lange* 1998; *Michael Meuser* 2005).

Tabelle 1:	Gesundheit im Lebenslauf von Männern und Frauen (vgl. <i>Petra Kolip</i> , 2002; <i>Anita, Rieder, Beate Löffh</i> 2004)	
Gesundheits-, Krankheitsprofile	Männer	Frauen
Lebenserwartung	77.3	82.5
Kindheit, Jugend	Kindesalter verletzlicher, auffälliger  <b>Externalisierende Symptomatik:</b> Risikoverhalten	Gesundheitsbefinden ändert sich in der Pubertät, Gesundheit wird schlechter eingeschätzt, häufiger krank, psychosomatisch und physiologisch; <b>Internalisierende Symptomatik:</b> Verstimmungen, Ängste, Einsamkeitsgefühle, Essstörungen
Erwachsenenalter	Gefährliche Erwerbsberufe <b>Gesundheitliches Risikoverhalten</b> Alkohol-, Tabakkonsum Verkehrs-, Arbeitsunfälle Krankheiten, die zum Tode führen, Lungen-, Leberkrebs, Herzkrankheiten, Unfälle, Suizid	<b>Chronische Erkrankungen,</b> <b>Beeinträchtigungen im psychosomatischen und psychischen Bereich</b>
Alter	Erkrankungen lebensbedrohlich;	Von allen chronischen Erkrankungen häufiger betroffen
Aufsuchen von Hilfen	<b>Probleme lösen ohne fremde Hilfe</b> <b>Unwohlsein ertragen</b> Kontrolle über eigene Leistungsfähigkeit erschwert Inanspruchnahme von Hilfe bis ins hohe Alter	<b>Diffuses Unwohlsein, Klage über Beschwerden schnell Rat und Hilfe suchen</b> Kranksein: legitimer Grund zum Rückzug aus Überlastungen in Familie/Beruf
Gesundheitsbewußtsein	<b>Männer halten sich für gesünder, Frauen äußern weniger Beschwerden gehen seltener zur Vorsorge</b> späte Hilfesuche, wenn wirklich krank, hilflos Sie haben Angst vor Gesundheitseinrichtungen, fürchten um ihre Selbstständigkeit.	<b>Körperbeobachtung, -achtsamkeit</b> breiteres Alltagswissen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit, traditionell kümmern sie sich um Gesundheit der Familie, Laienmedizinerinnen
Behandelnde Hierarchie	<b>Diagnosen mit somatischer Komponente bevorzugt,</b> Beschwerden werden ernster genommen, Anliegen in der Praxis werden schneller durchgesetzt <b>Weniger Gesundheitsförderung, -prävention</b>	<b>Unterstellung psychisch bedingter Leiden</b> Verwechslung von Symptomen mit psychischen Belastungen <b>psychiatrische Krankheiten werden häufiger diagnostiziert</b>
Gesundheitliches Selbstkonzept, Verhalten	<b>Vermeidungsverhalten beim Umgang mit Belastungen und Risiken,</b> gesundheitliche Belastungen widersprechen dem Männlichkeitskonzept	<b>Aktives Handeln, um Gefahren auszuweichen;</b> Komplexere Anforderungen an Weiblichkeitskonzept bei stärkerer Belastung
Soziales Netzwerk	<b>Wenig Halt im informellen, persönlichen Bereich</b>	<b>In soziale Netzwerke integriert, erhalten und geben</b>

	<b>besprechen keine persönlichen und intimen Probleme</b>	emotionale Unterstützung und Hilfe; sie sind das hilfreiche Geschlecht, Unterstützung im Freundeskreis
<b>somatische Kulturen geschlechtsspezifische Stile im körperbezogenen Verhalten</b>	<b>rücksichtsloses Verhalten dem Körper gegenüber</b> mehr Risiko, wenig Platz für vorsorgende Maßnahmen, Weniger Körperhygiene, Körperpflege; <b>Funktionalistische Betrachtung des Körpers</b> Körper weniger Teil der eigenen Persönlichkeit <b>Rollenbild:</b> gesund, leistungsfähig, machtvoll, überlegen, Gestaltung und Strukturierung	Sensible Beachtung des Körpers; ausgewogenes Verhältnis mit der sozialen Umwelt, <b>Frauen verbinden mit Gesundheit Wohlbefinden;</b> <b>reflexives Verhältnis zum Körper</b>  <b>Rollenbild:</b> Kränkelnd, psychisch sensibel, einfühlsam, integrationsorientiert, sozial untergeordnet, Gestaltung von Beziehungen in überschaubarem Rahmen (Familie, Bezugsgruppen)

<b>Tabelle 2</b>	<b>Gender und Beratung</b>	Zusammengestellt nach: <i>Lothar Böhnisch (2003), Elinor Brunberg (2001), Christian Kullberg (2001), Wolfgang Neumann, Bernd Süßke (2005), Gerd Stecklina (2003), Irmgard Vogt (2004)</i>
	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
<b>Bewältigungsstrategien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Externalisierung</b> geringe Empathiefähigkeit, Perspektivübernahme</li> <li>◆ <b>Gewalt</b> gegen sich, andere Männer, Frauen, Kinder, Ressourcen</li> <li>◆ <b>Stummheit</b></li> <li>◆ <b>Alleinsein</b> Einzelkämpfer, wenige Freunde mit denen Persönliches ausgetauscht wird</li> <li>◆ <b>Körperferne</b> Betonung der Funktionalität des Körpers,</li> <li>◆ <b>Rationalität und Kontrolle</b></li> <li>◆ <b>Diskrepanz</b> zwischen habitualisierten Handlungsmustern (Beruf) und interaktiven Anforderungen</li> <li>◆ <b>Kompensation und Problemverdrängung</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Internalisierende Strategien</b> Schuldzuweisung an sich, psychosomatische Symptome, diffuses Unbehagen</li> <li>◆ <b>wenig Kontrollüberzeugungen</b></li> <li>◆ <b>Selbstwirksamkeitserwartungen</b></li> </ul>
<b>Status</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Zusammenhang zwischen sozialstrukturellen und psychosozialen Einflussfaktoren</li> <li>◆ <b>lebensweltorientierter Ansatz</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Frauen haben als Betroffene weniger dominante Positionen, sie sind häufiger in abhängigen Positionen,</li> <li>◆ <b>lebensweltorientierter Ansatz</b></li> </ul>
<b>Beratungsziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Externalisierung</b> als Kampf gegen Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Angst</li> <li>◆ <b>Perspektivenwechsel, Empathie</b></li> <li>◆ <b>Abwehrmechanismen verdeutlichen</b> Gewaltbereitschaft, <b>Rationalisierung, Abwertung</b></li> <li>◆ Erweiterung des Rollenrepertoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Abbau des Machtgefälles</b></li> <li>◆ <b>Empowerment</b> Interessen, Fähigkeiten und Handlungen stärken,</li> <li>◆ <b>Kompetenz fördern</b>, die eigenen Rechte zu vertreten und durchzusetzen</li> <li>◆ <b>Autonomie</b></li> </ul>
	◆ <b>Empowerment</b>	◆ Management von Doppelbelastungen
<b>Beratungsbeziehung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Beratung <b>weibliches Handlungsfeld</b></li> <li>◆ öffnen sich lieber gegenüber Beraterinnen.</li> <li>◆ Beraterinnen fördern die Autonomie</li> <li>◆ Berater sind das bessere Modell</li> <li>◆ Schwedische Untersuchungen: Bedürftige Männer im Sozialsystem haben es schwerer ihre Ansprüche nachzuweisen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Beraterinnen geringeres Machtgefälle,</li> <li>◆ <b>Beraterinnen fachlich weniger kompetent</b></li> <li>◆ <b>Arbeitsbeziehung leichter zu Beraterinnen</b></li> <li>◆ Schwedische Untersuchung: Frauen werden sowohl von männlichem wie weiblichem Fachpersonal mit Bedürftigkeit assoziiert und erhalten leichter Unterstützung.</li> </ul>

### 3. Konzepte, Modelle

Die doch erheblichen geschlechtsspezifischen Differenzen, die im individuellen Verhalten sehr variieren können, zeigen auf, dass Geschlecht neben und in Verknüpfung mit Ethnizität und Schicht zu den zentralen gesellschaftlichen Strukturprinzipien gehört, die mit der Zuteilung von Chancen, Normierungen und Gestaltungsrepertoire für Verhaltensstrategien wie spezifischen Lebenslagen verknüpft sind.

Das Strukturprinzip ist überwertig, „Wir können uns nicht nicht geschlechtlich verhalten“ (vgl. *Candice West, Don H Zimmerman* 1991, 13). Die Ausdrucksformen aber innerhalb dieser Konstruktionen von Männlichkeit und Weiblichkeit sind mit den gesellschaftlichen Entwicklungen historisch wandelbar. Historikerinnen wie *Barbara Duden* (1984), *Bettina Heintz, Claudia Honegger* (1984) haben in ihren nun schon klassischen Analysen die Wandelbarkeit von Körperempfindungen und Körperausdruck mit den sich verändernden Konstruktionen von Männlichkeit und Weiblichkeit beschrieben (vgl. soziologisch: *Paula, I. Villa* 2000); *Duden* tut dies anhand der Beschreibungen von weiblichen Krankheitsempfindungen in medizinischen Schriften der frühen Neuzeit, die sich vom Krankheitsempfinden der Moderne total unterscheiden. *Heintz* und *Honegger* beschreiben, wie der Rückgang der Geburtenzahl in puritanischen Ländern gegen Ende des 19. Jahrhunderts im Bürgertum verbunden ist mit der Zuweisung von Asexualität, Reinheit und untadeliger Moral an Frauen, dies gab ihnen wiederum die Möglichkeit, sexuelles Begehren über Tugend und Moral zu steuern und führte andererseits zum Konzept einer triebhaften, männlichen Sexualität und nachweisbar zu einem signifikanten Geburtenrückgang im Bürgertum.

Der moderne Begriff der „somatischen Kultur“ entspricht dieser Verknüpfung von Gender mit Körperempfinden und Körperausdruck, Gestik, Mimik und Habitus (vgl. *Petra Kolip* 2002, *Cornelia Helferich* 1996).

Diesesomatischen Kulturen und ihr Verhaltensausdruck werden in der Genderforschung aber nicht mehr als in sozialisatorischen Prozessen erworben gedacht, sondern der Konstruktivismus und die empirisch große Variabilität von geschlechtsspezifischem Verhalten führten zu einem Paradigmenwechsel. Verhaltensweisen werden nicht mehr „gemacht“, erworben und wie aus einem verfügbaren Repertoire bei Bedarf abgerufen. Die Verhaltensweisen eines Subjekts sind situativ gebunden an die jeweils notwendig erscheinende geschlechtliche Selbstdarstellung. Das eigene Verständnis von Weiblichkeit bzw. Männlichkeit bestimmt die Art und Weise wie Geschlecht gelebt wird. Geschlecht ist nicht etwas, was man hat, sondern etwas, was man tut „doing gender, doing masculinities, femininities“.

Die Einzelnen arbeiten dabei durch die eigene Gestaltung an der Aufrechterhaltung wie an der Veränderung der Geschlechterbilder mit. Am komplexen Symbolsystem „Geschlecht“ und dessen Ausdeutung sind die einzelnen Subjekte stets mitbeteiligt.

Es gibt eben ein Spektrum von Narrationen über Männlichkeit und Weiblichkeit, in der Werbung, in der Medizin, bei der Love Parade und den virtuellen Identitäten der Chatrooms. Sprachliche Benennung und Performance erst machen das Geschlecht real. Ohne Geschlechtsattribuierungen kann weder geliebt, noch gehasst, noch getrauert, noch gebetet werden (vgl. *Tatschmurat* 2004, 230ff).

In Beratung und Gesundheitsverhalten treten uns Geschlechterinszenierungen entgegen, die in der Mehrheit eher traditionell und angepasst sind bzw. nicht hinterfragt sind, auch, weil die Systematik des jeweiligen Handlungssystems (Medizin, Beratung, Psychotherapie) mit ähnlichen Vorstellungen arbeitet und die Interaktionen beidseitig gestaltet sind. (Dies gilt auch für die Wissenschaft und die Moralsysteme unserer Kultur, die in der soziologischen Forschung als „gendered“ betrachtet werden (vgl. *Regina Becker-Schmidt* 2000). Auch das Unbewusste folgt den Polaritäten des Geschlechterverhältnisses (vgl. *Tatschmurat* 2004).

Geschlecht ist also sowohl ein Strukturprinzip (z.B. gendered organisation) wie auch ein Verhaltensset. Genderkonstruktionen befassen sich auf beiden Ebenen mit Macht und Dominanz, mit Ausschluss und Teilhabe, mit Gestaltung und Anpassung.

In diesem Zusammenhang betrachtet, verdeutlicht männliches Patientenverhalten das Prinzip „hegemonialer Männlichkeit“ als einem generativen Prinzip (*Robert W. Connell* 1995). Die „patriarchale Dividende“ besteht für Männer in Statusgewinn, Privilegien, Beteiligung am Erfolg, aber eben im Bereich Gesundheit und Körperlichkeit wird dies mit Beratungsresistenz, Gesundheitsferne, Risikoverhalten und funktionalem Körperverständnis erkaufte (vgl. *Connell* 1995; *Meuser* 2006). Verunsicherungen werden externalisiert, Beruf und bezahlte Arbeit, Druck zu Überlegenheit und Besserstellung sind die Kriterien in den „ernsthaften Spielen des männlichen Wettbewerbs“ des von *Pierre Bourdieu* (1997) beschriebenen männlichen Habitus. Der Lebensentwurf der Vollerwerbstätigkeit, das Ernährermodell, die Leistungs- und Wettbewerbsorientierung sind wichtige Anker in der Selbstdefinition von Männern. Der drohende Verlust dieser Teilhabe mündet in Risikoverhalten und prekären Lebenssituationen.

Der Lebensentwurf der „doppelten Vergesellschaftung“ (vgl. *Becker-Schmidt* 2000) - das Leben mit Beruf und Familie - für Frauen dagegen bringt zwar die höhere Belastung, aber auch erweiterte Handlungsspielräume und Selbstbestimmung; Familie und Beruf gelten im Lebenslauf als prinzipiell vereinbar. Die Tatsache aber, dass alle Lebensentscheidungen individuell und revidierbar sind, erleichtert dabei das Leben nicht und führt zu neuen „Verdeckungszusammenhängen“, als Belastungsaspekt moderner Weiblichkeitskonstruktionen. *Carol Hagemann-White* (2006) beschreibt, wie sich die Zumutungen und Risiken verändert haben, vor allem aber seien sie verdeckt. Geschlechterverhältnis bedeute „einen Herrschaftszusammenhang, dessen Erscheinungen den Ursprung verdecken“ (*Hagemann-White* 2006, 80). Früher habe es ein explizites Weiblichkeitsgebot gegeben, heute äußere sich der

Verdeckungszusammenhang in einem Sprechverbot über Verletzungen und damit auch eigene Aggressionen, in der Ausblendung reproduktiver Arbeit und in der Verwehrung der Bezugnahmen auf weibliche Erfahrungen. Dabei sei es wichtig, was aus den Zuschreibungen und Selbstzuordnungen zum Geschlechterbild herausfalle. Frauen kümmerten sich nach wie vor um die Bedürfnisse anderer Menschen und um die Familie, dies stärke Frauen nicht, ihr Selbstwertgefühl sinkt mit der Pubertät, die Selbstwertentwicklung bleibt auf einem niedrigen Niveau. Sie führt dies weiter aus, und dies liest sich wie die Hitliste der präsentierten Probleme in frauenspezifischer psychosozialer Beratung, Ernährungs-, Fitness- und Jugendlichkeitsdiktat; Mutterschaft als gestaltbarer Lebensstil, körperlich wenig belastende Hausarbeit (Geräte) lasse diese scheinbar verschwinden. Die Realitätsmächtigkeit des eigenen Erlebens ist durch mediale Diktate gebrochen, und der Schein unbegrenzter Wahlfreiheit führt zur „Individualisierung sozialer Problemlagen“ (vgl. *Ulrich Beck* 1986; *Carol Hagemann-White* 2006, 80 - 82ff). Die Widersprüche verstärken sich so in und um Familie. Der Alltag zeigt, in der Trias Beruf – Kind – Mann ist oft eines zuviel, und es ist uneindeutig, wovon Abschied genommen wird (vgl. *Petra Kolip* 2002).

#### 4. Konsequenzen

In Beratungszusammenhängen nun (hier stellvertretend für alle psychosozialen Interventionssysteme, vgl. Tabelle 2) treffen die geschilderten, individuellen Gestaltungen von Gender auf Geschlechterverhältnisse, die Organisations-, Erkenntnis- und Handlungsstruktur von Beratung bestimmen. So sind Beratungsbeziehungen geprägt durch die hierarchisch-geschlechtlichen Konstruktionen zwischen Professionellen und Betroffenen, die sich gleichsam urwüchsig entfalten. Sie tauchen als „gender troubles“ auf und meinen Zuschreibungen,

„Verwirrungen ... , die entstehen, wenn erstens ... Einschätzungen und/oder Emotionen auftreten, die mit dem selbst gewählten Lebensmuster aufgrund des gleichen oder des anderen Geschlechts der beteiligten PartnerInnen ... zu tun haben und wenn zweitens diese Einschätzungen/Emotionen ... zu kurzschlüssigen, schnellen Einverständnissen oder zu ... Missverständnissen führen“ (*Tatschmurat* 2004, 234). Der geschlechtsspezifische Anteil an der Beratungsdynamik wird verschleiert, wenn diese nicht intersubjektiv bewusst reflektiert werden. Dazu gehören geschlechtstypische Polarisierungen, geschlechtssolidarisierende Überidentifikationen und Gegenübertragungsreaktionen, die Individualisierung struktureller Machtphänomene und umgekehrt die Politisierung originär individueller Konflikte (vgl. *Tatschmurat* 2004).

In der Beratungsmethodik, wenn denn genderkompetent gehandelt wird, werden sie als Übertragungs- und Projektionsdynamiken, als Überidentifikationen, Konfluenzen, Verunsicherungen, Rivalitäten, notwendige Entwertungen erlebbar.

Sie werden autoritativ im Sinne des hierarchischen Geschlechterverhältnisses genutzt und bestätigen das asymmetrisch dichotome Geschlechterverhältnis. Nicht umsonst prägten frühe feministische Therapeutinnen den Basissatz zu Beziehungshandeln in Beratung und Therapie: „Powersharing is the heart of feminist therapy“ (vgl. *Miriam Greenspan* 1983; *Susan Sturdivant* 1980). Auch *Brigitte Schigl* (2006) analysiert in ihrer Betrachtung über Geschlechterdynamiken in der Therapie, wie konsequent die Einschätzung der Beteiligten durch die Geschlechterposition bestimmt ist. Deutlich wird wie Männer sich an Männern in bezug auf Status und Prestige orientieren, obwohl sie sich lieber von Frauen behandeln lassen und wie Frauen sich aber in ihren Bewertungen auch an Männern orientieren.

Der Grundgedanke aber, dass Geschlecht eine soziale Konstruktion ist, ermöglicht seine Vielfalt, erklärt seine Widersprüchlichkeiten, Diskontinuitäten und Brüche, ermöglicht aber auch die Dekonstruktion und die Klärung der Verschränktheit von psychischer Belastung, Krankheit und geschlechtlichem Selbstverständnis.

„Doing gender“ heißt, das Männer und Frauen in Abgleichung mit der Situation Geschlecht durch ihr Verhalten herstellen, dass Geschlecht etwas ist, was man tut, darstellt, fühlt und denkt und nicht etwas, was man im Sinne einer konstanten Persönlichkeitseigenschaft hat. Geschlecht wird als ein interaktives situationsgebundenes Konstrukt begriffen, es ist ein „Indikator, aber keine Indikation“ (vgl. *Frauke Schwarting* 2003).

Dieses Begriffssystem ist allerdings so eher inkompatibel mit traditionellen Konzepten von Geschlechtsidentität im Sinne der Psychoanalyse als einer durch Konfliktverarbeitungen geronnenen Identitätsstruktur oder mit Beratungs- und Therapiemodellen, die auf verallgemeinernden Veränderungsdynamiken und festgefügtter Identität basieren.

Das Konzept des sozialen Geschlechts macht es möglich, ganzheitlich auf der körperlichen, emotionalen, kognitiven und kontextuellen Ebene gesellschaftliche Normierungen und individuelle Sicherheiten reflexiv auf ihre Einengungen im individuellen Selbstverständnis und Handlungsspielraum zu hinterfragen.

Die aufgeführten Strukturmerkmale von männlichem und weiblichem Selbstverständnis könnte man für die Beratungs- und Betreuungsarbeit nutzen,

- um die Reichweite der professionellen Arbeit zu verbessern,
- um deren Wirksamkeit zu erhöhen,
- um angepasste Rahmenbedingungen zu schaffen,
- um Unterschiede aufzuweichen,
- um individuelle Handlungsspielräume zu erweitern.

Technisch wäre es möglich, im Sinne von Qualitätssicherung spezielle Therapien für Frauen und Männer zu etablieren, denn unterschiedliche Erfahrungen und Bedürfnisse verlangen Anpassungen bei

- Angeboten
- Organisationsstruktur
- Infrastruktur
- Qualitätsmanagement
- Evaluation (vgl. *Christine Spreyermann* 2007).

Dies heißt aber „Genderkompetenz“ als Theorie- und Handlungswissen, wie selbstreflexive Erfahrung in sozialen und medizinischen Ausbildungen verpflichtend einzuführen; es heißt auch, „Gendermainstreaming“ als organisatorische und politische Strategie, die Gender als Ordnungskategorie auf allen Ebenen als wirksam betrachtet und im Sinne des qualitativen Zugewinns gestalten will, zu fordern und zu fördern.

Damit wird aber die nach wie vor asymmetrische dichotome Geschlechterordnung permanent hinterfragt und problematisiert. Solange das nicht geht, gibt es ein paar Tipps aus dem Alltag für den Alltag:

1. Denken Sie einmal täglich daran: „Ich bin ein Mann!“ oder „Ich bin eine Frau!“
2. Fragen Sie einmal täglich KollegInnen: „Wie siehst Du das als Mann/als Frau?“ (Diese Frage kann man auch an PatientInnen stellen).
3. Schauen Sie eine Woche lang alle Interaktionen durch die Gender-Brille an. Und fragen sie sich: Was hat das mit dem Geschlecht der Beteiligten zu tun?
4. Kleiden Sie sich einmal wöchentlich ganz geschlechtstypisch. Vielleicht so wie „Mutti und Vati in den 60ern“ mit Kostüm, Anzug und Krawatte (Sehr spannend!).
5. Vereinbaren Sie, dass die Supervidierenden über ein halbes Jahr in jeder Sitzung bei jedem Problem fragen: „Was hat das mit dem Geschlecht der Beteiligten zu tun? (vgl. *Rainer Koch-Möhr* 2006).

### **Zusammenfassung: Patientenverhalten von Frau und Mann als soziales Konstrukt, Strukturmerkmal und Verhaltensset - Ergebnisse der Geschlechterforschung und ihre Bedeutung für beraterische Interventionssysteme**

Auf dem Hintergrund von Konzepten der neueren Geschlechterforschung werden Strukturmerkmale und Verhaltenstendenzen im Geschlechterverhältnis beschrieben, die den Prozess des „doing gender“ für Frauen und Männer deutlich werden lassen. Aus dem Wissen um diese Konzepte werden Folgen für die Beratungsarbeit beschrieben, die verdeutlichen, dass „gender“ Interaktion und Intervention grundsätzlich mitbestimmt. Diese Ergebnisse sind in die Beratungsarbeit zu integrieren, da die Unterschiede Einfluss auf die Chancengleichheit wie den Behandlungserfolg nehmen.

**Schlüsselwörter:** Gender, soziales Geschlecht, somatische Kulturen, doing gender, gendersensible Prozessmerkmale

## Summary: Client's gendered coping strategies as a social construction, an attribute of behaviour and a characteristic of institutional structure – Results of gender research and their meaning for counselling systems

Gender research concepts are described as well as an aspect of a sociological gender structure as a behaviour set. Gender is a process called "doing gender". The impacts in counselling and psychosocial intervention are analysed. The diversity of gendered interaction and organisational structures are described in their influence on quality and efficiency of counselling systems.

### Keywords:

Gender, social gender, somatic culture, doing gender, gendersensitive attributes of the counselling process

### Literatur

- Acker, Joan* (1991): Hierarchy, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations. In: *Lorber, Judith; Farrell, Susan A.* (Eds.) (1991): *The Social Construction of Gender*, S. 162-180.
- Beck, Ulrich* (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/ Main: Suhrkamp.
- Becker-Schmidt, Regina* (2000): Feministische Debatten zur Subjektkonstruktion. In: *Becker-Schmidt, Regina; Knapp, Gudrun-Axeli* (Hg.): *Feministische Theorien zur Einführung*. Hamburg: Junius, S. 124-143.
- Böhnisch, Lothar* (2003): *Die Entgrenzung der Männlichkeit Verstörungen und Formierungen des Mannseins im gesellschaftlichen Übergang*. Opladen: leske + budrich.
- Bourdieu, Pierre* (1997): Die männliche Herrschaft. In: *Dölling, Irene; Kraus, Beate* (Hg.): *Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis*. Gender Studies. Frankfurt/Main.
- Brunnberg, Elinor* (2001): Are Boys and Girls Treated in the Same Way by the Social Services. In: *Gruber, Christine; Fröschl, Elfriede* (Hg.): *Gender-Aspekte in der Sozialen Arbeit*. Wien: Czernin, S. 330-345.
- Connell, Robert W.* (2000): *Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten*. Opladen: Leske & Budrich.
- Duden, Barbara* (1991): Geschlecht, Biologie, Körpergeschichte. Bemerkungen zu neuer Literatur in der Körpergeschichte. In: *Feministische Studien - Kulturelle und sexuelle Differenzen*, 9. Jg., Nr. 2, Weinheim, S 105-122.
- Gahleitner, Silke Birgitta; Ossola, Elena* (2007): Genderaspekte in der Integrativen Therapie: Auf dem Weg zu einer geschlechtssensiblen Therapie und Beratung. In: *Sieper, Johanna; Orth, Ilse; Schuch, Waldemar* (Hg.): *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 25 Jahre EAG. Festschrift Hilarion G. Petzold*. Bielefeld: Aisthesis, S. 406-447.
- Greenspan, Miriam* (1983): *A New Approach To Women And Therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Hagemann-White, Carol* (1994): Die Konstrukteure des Geschlechts auf frischer Tat ertappen? Methodische Konsequenzen einer theoretischen Einsicht. In: *Feministische Studien*, 11. Jg, Heft 2, S 68-78.
- Hagemann-White, Carol* (2006): Sozialisation – zur Wiedergewinnung des Sozialen im Gestrüpp individualisierter Geschlechterbeziehungen. In: *Bilden, Helga; Dausien, Bettina* (Hg.): *Sozialisation und Geschlecht. Theoretische und methodologische Aspekte*. Opladen: barbara budrich, S.70 – 88.

- Heintz, Bettina; Claudia Honegger, (1984): Listen der Ohnmacht. Zur Sozialgeschichte weiblicher Widerstandsformen. Frankfurt am Main.
- Helferich, Cornelia (2007): Männlichkeit in sexuellen und familialen Beziehungen: Differenz, Dominanz und Gemeinschaftlichkeit. In: Bereswill, Mechthild; Meuser, Michael; Scholz, Silka (Hg.): Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit“. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Kullberg, Christian (2001): Gender and Social Work Research on Gender Differences in the Treatment of Clients in Social Welfare Institutions., In: Gruber, Christine; Elfriede Fröschl (Hg.): Gender-Aspekte in der Sozialen Arbeit. Wien: Czernin, S. 309- 329.
- Kolip, Petra (2002): Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung. In: Kolip, Petra; Klaus Hurrelmann (Hg.) (2002): Geschlecht Gesundheit und Krankheit Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber, S. 13 – 32.
- Lange, Ralf(1998): Geschlechterverhältnisse im Management von Organisationen. München: Hampp-Verlag.
- Lorber, Judith (1999): Gender-Paradoxien. Opladen: leske + budrich.
- Neumann, Wolfgang, Süfke, Bernd (2006): Den Mann zur Sprache bringen. Psychotherapie mit Männern. In: Institut für Geschlechterstudien (Hg.) (2006): „Zeit auf die andere Seite zu sehen“. Zum aktuellen Stand der Männerforschung, Fachhochschule Köln, Tagungsdokumentation, 02.12.05 S. 53 – 63.
- Meuser, Michael(2005): „Gender matters“. Zur Entdeckung von Geschlecht als Organisationsressource. In: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien (23. Jg.) Heft 3, 61-73.
- Meuser, Michael (2006, 2. aktualisierte Auflage): Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Rieder, Anita, Lohff, Brigitte (Hg.) (2004): Gender-Medizin Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien/ New York: Springer.
- Scheffler, Sabine (2003): Frauen, über die wir sprechen. Diskurse und Muster frauenspezifischer Suchtarbeit. FDR, Tagung, Berlin Sept. 03.
- Scheffler, Sabine (2004): Frauenorientierte Psychotherapie. In: Beckermann, Maria et al. (Hg.):Handbuch für Gynäkologie. Basel: Schwabe, S. 2059 – 2068.
- Scheffler, Sabine (2005): Frauenwelten – Männerwelten in der Supervision. Supervisionstagung, Montabaur.
- Scheffler, Sabine (2007): Beratung kann mehr! In: Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Notrufe. Fachtagung, Freising.  
download: [bv-bff.de/dokumente/index.php?doc\\_rubrik=115](http://bv-bff.de/dokumente/index.php?doc_rubrik=115)
- Scheffler Sabine (2008, 2. erweiterte Auflage): Psychologie: Arbeitsergebnisse und kritische Sichtweisen psychologischer Geschlechterforschung. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden, VS, S.651-663.
- Schigl, Brigitte (2006): Doing gender by doing therapy. In: Gestalttherapie, H.2, S. 32 – 47.
- Schwarting, Frauke (2003): Das Geschlecht als Indikation? Die Praxis der geschlechtsspezifischen stationären Drogentherapie. Vortrag, Fachtagung: Der kleine Unterschied. Evangelischer Fachverband Sucht der Diakonie Rheinland. Düsseldorf-Kaiserswerth, 09.03.2003.
- Spreyermann, Christine (2007): Frauenspezifische Behandlung im Suchtbereich – Hype oder Auslaufmodell. Fachtagung. Forel-Klinik, 29. 11. 2007, sfinx, Bern, (Zugriff 13.05.08).
- Stammmler, Frank M. (1999): Kultivierte Unsicherheit in: DOUBRAWA Erhard. (Hg.): Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie. Wuppertal, S. 126-143.
- Stecklina, Gerd (2003): Männliche Geschlechtsidentität und Männerbewegung. In: Institut für Geschlechterstudien (Hg.): Stabile Geschlechterverhältnisse in sozialen Wandlungsprozessen. Fachhochschule Köln. Tagungsdokumentation, 05.12.2002, S.17-31.
- Sturdivant, Susan (1980): Therapy with Women. A Feminist Philosophy of Treatment. New York: Springer.

- Tatschmurat, Carmen* (2004): Gender Troubles in der Beratung, in: *Nestmann, Frank, Frank Engel Ursel Sickendiek* (Hg.): Das Handbuch der Beratung, Tübingen, dgvt, S. 231 – 243.
- Koch-Möhr, Rainer* (2006): Praxis der zielgruppenorientierten Suchtarbeit: Polytoxikomane Männer, FDR, 29. Bundeskongress, Potsdam, www.fdr.de, (Zugriff, 13.05.08).
- Rieder, Anita; Lohff, Brigitte* (Hg.) (2004): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer.
- West, Candice, Don H. Zimmerman* (1991): Doing gender. In: *Lorber, Judith; Farrell, Susann, A.* (1991) (Hg.): The Social Construction of Gender. Newbury Park/ London/ New Delhi: Sage, S. 13 – 31.
- Villa, Paula-Irene* (2000): Sexy Bodies, Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper. Opladen: leske + budrich.
- Vogt, Irmgard* (2004): Arbeit mit süchtigen Frauen. In: *Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursel* (Hg.): Das Handbuch der Beratung, Tübingen: dgvt, S.209-217.

### **Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. Sabine Scheffler

Fridolinstraße 27

50823 Köln

Deutschland