

»Wäre für diese Patientin nicht ein Mann besser?« – Dies und das zur Geschlechteranpassung in der Psychotherapie

Cord Benecke

Vermutlich in den meisten psychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen taucht immer mal wieder die Frage nach der Geschlechterpassung zwischen Patient:in und Therapeut:in auf. Meist in Bezug auf die:den ganz konkrete:n Patient:in. Dabei ist der gewählte Titel »Wäre für diese Patientin nicht ein Mann besser?« (gemeint ist hier natürlich ein männlicher Therapeut) nur eine Variante – die Frage lässt sich in allen Konstellationen durchspielen.

In diesem Beitrag möchte ich erstens einen Blick in die klinische Literatur zu dieser Frage werfen, zweitens den diesbezüglichen Stand der Empirie skizzieren und drittens eine eigene Studie, die an der Universität Kassel unter Mitarbeit von Studierenden in Vorbereitung auf die Lindauer Psychotherapiewochen 2022 durchgeführt wurde, vorstellen.

Auch wenn es auf den LPTW 2022 ausführlich um das Fluide und das Non-Binäre in der Genderwahrnehmung und -identifikation ging, beschränkt sich dieser Text hier auf die möglichen Passungen der Binärität, also auf ein schlichtes 4-Felder-Schema (► Tab. 2).

Wie ist das mit der Passung? Welche Konstellation ist für diese:n Patient:in besser? Diese Frage stellen wir uns gerade in Ambulanzen, z. B. bei uns in der Hochschulambulanz der Universität Kassel, ziemlich häufig.

In dem bekannten Lehrbuch »Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch« von Senf und Broda gab es in der Auflage von 2007¹ ein Kapitel mit dem Titel »Geschlechtsspezifische Aspekte von der Psychotherapie« von Sellschopp-Rüppell und Dinger-Broda² mit Unterkapiteln zu

1 Senf W., Broda M (2007)

2 Sellschopp-Rüppell A, Dinger-Broda A (2007)

geschlechtsspezifischen Aspekten in der Theorie und Modellbildung, in der Einzeltherapie sowie in der Gruppentherapie und zu Unterschieden im Therapieerfolg zwischen Männern und Frauen. Ich werde auf einzelne Inhalte dieser Arbeit mehrfach zurückkommen. Die beiden Autorinnen ziehen folgendes Resümee: »Fragen nach der Bedeutung des Geschlechts sollte daher zukünftig weit mehr Aufmerksamkeit, zuallererst in der Forschung, gewidmet werden«³. Das war der letzte Satz in diesem Kapitel und entsprechend neugierig ist man auf die nächste Auflage des Lehrbuches auf dem Jahre 2012⁴. Dort allerdings fehlt dieses Kapitel. Es ist nicht lediglich unverändert geblieben; das Kapitel ist einfach nicht mehr vorhanden. Dieses Thema, das eigentlich ein ganz wichtiges sein sollte, ist also komplett verschwunden. Tatsächlich spiegelt das einen Trend insgesamt in der Literatur wider: Man findet sehr viel Literatur zu diesem Thema in den 1970er/80er Jahren und dann wird es immer weniger, an Theorie oder Fallbeispielen oder Forschung.

Die ein oder andere Publikation gibt es dann doch, vor allen Dingen trifft man aber auf sehr viele *Klischees*. Beispiele: Frauen gelten als empfänglicher für interpersonelle Themen, emotional stärker am therapeutischen Prozess beteiligt; könnten Psychotherapie daher besser nutzen.⁵ Männer hingegen wollen handeln und nicht reden; glauben, stets hart, unbeugsam und unabhängig sein und die Kontrolle behalten zu müssen; um Rat zu bitten und Schwächen zuzugeben, widerspreche daher ihrem Selbstbild; seien gewohnt, Probleme zu verschweigen und allein klarzukommen; daher sei Psychotherapie oft keine Option, schon gar nicht bei einer Therapeutin.⁶ Und es gibt auch Klischees über Therapeutinnen und Therapeuten (► Tab. 1):

3 ebenda, S. 119

4 Senf W, Broda M (2012)

5 z.B. Kirscher LA et al. (1978)

6 Sonnenmoser M (2011)

Tab. 1: Klischees über Therapeutinnen und Therapeuten

Therapeutinnen	Therapeuten
• geduldiger, sensibler, • intuitiver, gefühlsorientierter, umsorgender und als • besser sozialisiert für heilende und helfende Berufe⁷ Dem »Mütterlichen« zugeschriebene Techniken: Halten, Containing, Spiegeln	• problemfokussierter, • direkter, • hierarchisch orientierter und • urteilender⁸ Dem »Väterlichen« zugeschriebene therapeutische Techniken: Strukturgeben, Deuten, Konfrontieren, Klarifizieren

Therapeutinnen gelten als geduldiger, sensibler, intuitiver, gefühlsorientierter, umsorgender und überhaupt besser sozialisiert für heilende und helfende Berufe.⁹ Und die »dem Mütterlichen« zugeschriebenen Techniken sind *Halten*, *Containing* und *Spiegeln* – also ungefähr die allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie. Frauen können das besser – so liest man es zumindest in der Literatur. Und wir Männer, Therapeuten, sind problemfokussierter, direkter, hierarchisch orientierter, urteilender – so werden wir zumindest von Patient:innen wahrgenommen.¹⁰ Die dem »Väterlichen« zugeschriebenen Techniken sind *Strukturgeben*, *Klarifizieren*, *Konfrontieren*, *Deuten* – also eher die freudsche Variante. Diese schon alte Debatte innerhalb der Psychoanalyse, welche Technik – die eher väterlich/freudsche oder die eher mütterliche (Ferensci zugeordnete) – die heilsamere sei, ist sehr schön nachzulesen bei Haynal¹¹. Immer wieder finden sich empirische Hinweise, dass Frauen und Männer unterschiedlich intervenieren, z. B.: »Female therapists intervene more empathically, whereas male therapists tend to use more confrontational techniques«¹².

7 Mogul KM (1982); Ogrodniczuk JS, Staats H (2002)

8 Gehart DR, Lyle RR (2001)

9 Mogul KM (1982); Ogrodniczuk JS, Staats H (2002)

10 Gehart DR, Lyle RR (2001)

11 Haynal A 1989

12 Staczan P et al. (2017), S. 74

Auf die Frage, ob Frauen die besseren Therapeut:innen sind, komme ich später noch einmal zurück.

Ansichten zu Geschlechterpassungen

Also, wer passt denn jetzt mit wem besser zusammen? Immer wieder taucht in der Literatur die Ansicht auf, dass *gleichgeschlechtliche* Patient:in-Therapeut:in-Dyaden (Same-gender-Dyaden) zu einer erfolgreicherer Behandlung führen. In den 1970er Jahren ging es zwischenzeitlich soweit, dass man sagte, männliche Therapeuten sollten gänzlich darauf verzichten, weibliche Patientinnen zu behandeln¹³: »Male clinicians should stop treating women altogether!«¹⁴ – weil Männer das nun einmal nicht könnten, sie verstünden nichts von Frauen. Das war tatsächlich eine Forderung, die immer wieder auftauchte. Hier noch ein paar Zitate in Bezug auf diese Passung, also die Same-gender-Therapie:

»Einige Patient:innen suchen eine *Same-gender*-Psychotherapie, weil sie daran die Phantasie knüpfen, besser und tiefer verstanden zu werden, oder wählen hingegen eine:n Psychotherapeut:in vom anderen Geschlecht, um die *opposite-gender*-Sicht in ihre Therapie einzubeziehen.«¹⁵

Insbesondere bei den Themen Schwierigkeiten mit Sexualität und Partnerschaft, Problemen mit Schwangerschaft und Kindern sowie bei sexualisierter Gewalt und Traumatisierung bevorzugen Frauen eine Same-gender-Psychotherapie.¹⁶

»Männliche Patienten könnten bei einem Psychotherapeuten mehr Anforderungen phantasieren und deshalb eine Psychotherapeutin bevorzugen.«¹⁷

13 Chesler P (1971); Lermann H (1978)

14 Chesler P (1971), S. 384

15 Schigl B (2021), S. 121

16 Morschitzky H (2007)

17 ebenda, S. 122

Diese wenigen Zitate lassen die Frage aufkommen: *Ja, wer braucht denn da jetzt was?* Das ist tatsächlich eine schwierige Frage. Insbesondere bei den Themen Schwangerschaft, Sexualität, Partnerschaft, Kinder, sexualisierte Gewalt, Traumatisierung bevorzugen Frauen Same-gender-Psychotherapie – naheliegender Weise. Insgesamt haben Frauen sehr viele Gründe zu Frauen in Therapie zu gehen – und Männer auch, siehe das obige Zitat von Schigl. Ja, also sagen wir so: Es wirft ein nicht so gutes Licht auf uns Männer. Und es würde bedeuten, dass sowohl Patientinnen wie Patienten lieber eine Therapeutin aufsuchen.

Bisher sind das Ansichten von Autor:innen. Nun versuche ich ein paar Zahlen hinzuzufügen und wir fangen einmal mit den unterschiedlichen Therapiezielen je nach Geschlecht an. In einer Befragung und qualitativen Analyse der Interviews wurden folgende Geschlechtsunterschiede in den Therapiezielen gefunden:¹⁸

- *Therapieziele von Patientinnen:* mehr Selbstbewusstsein, Fähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und die Kompetenz, Grenzen zu setzen.
- *Therapieziele von Patienten:* berufliche Konfliktsituationen klären und Umgang mit Konkurrenz und Leistungsdruck verbessern.¹⁹

Interessant ist jetzt natürlich: Welche Therapieziele haben Therapeuten und Therapeutinnen für ihre Patient:innen? Hier die Ergebnisse einer Studie von Billingsley²⁰, in der Vignetten fiktiver Patient:innen vorgelegt wurden, zu denen die Therapeut:innen *Therapieziele* erarbeiten sollten:

- Therapeutinnen wollen für Patient:innen beiderlei Geschlechts mehr Durchsetzungsfähigkeit, mehr Selbstbewusstsein, mehr Rationalität.
- Männliche Therapeuten wollen für Patient:innen beiderlei Geschlechts den Zugang zu Emotionen verbessern und Gefühle besser ausdrücken zu können.

18 Dinger-Broda A (2007), zitiert aus Sellschopp-Rüppell A, Dinger-Broda A (2007)

19 Interessant: Selbst wenn berufliche Konflikte bei den Patientinnen vorlagen, rangierte die Klärung dessen eher weit unten.

20 Billingsley D (1977)

Man fragt sich schon: Wer will da jetzt was für wen? Also man kann schon denken, die Patient:innen sollen das richten – wenn wir wieder an die Klischees denken – was wir selber irgendwie nicht können.

Hier ein paar Unterschiede zwischen Männern und Frauen als Patient:innen:

- Ungefähr zwei Drittel, je nach Studie auch drei Viertel der Patient:innen sind weiblich, das Verhältnis Frauen zu Männern liegt bei ca. 70:30.²¹
- Die Mehrzahl an Studien kommt zu dem Schluss, dass Patient:innen beiderlei Geschlechts sich in gleichgeschlechtlichen Dyaden wohler fühlen²² – zunächst. Ob das auch therapeutisch sinnvoll ist, ist eine andere Frage, aber erst einmal können Frauen in dieser Konstellation leichter eine Arbeitsbeziehungen aufbauen.
- Frauen profitieren nach einer Studie von Ogrodniczuk et al.²³ deutlich besser als Männer von Gruppentherapie. Die Autorinnen erklären dies mit der stärkeren Bindung der einzelnen Patient:innen an die Gruppe, die bei den männlichen Patienten schwächer ausgeprägt war. Ein anderer Grund könnte den Autoren zufolge sein, dass in den Gruppen meistens weitaus weniger Männer sitzen, welche sich dann ggf. ein bisschen verloren vorkommen könnten. Neuere Studien finden keine Unterschiede.²⁴

Daran knüpft sich die generelle Frage an, ob sich Männer und Frauen bezüglich des Therapieerfolgs unterscheiden? Im Standardwerk der Psychotherapieforschung, dem »Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change«²⁵, findet sich ein Kapitel zu Faktoren auf Seiten der Patient:innen, die zu Outcome-Unterschieden führen. Und bei »Gender« ist das Fazit: »inkonsistent«: Es gibt keine klare Richtung, man kann nicht sagen, dass das eine Geschlecht mehr von Psychotherapie profitieren würde als das andere. So können wir im Moment nicht sagen, dass Frauen als Patien-

21 z.B. Larisch A et al. (2013)

22 z.B. Beutler LE et al. (1986)

23 Ogrodniczuk JS et al. (2004)

24 Burlingame GM et al. (2013)

25 Barkham M et al. (2021)

tinnen die »besseren« Patient:innen sind, weil sie eigentlich, wie oben klischeehaft angenommen wurden, besser für Psychotherapie »geeignet« seien. Die empirische Outcome-Befundlage gibt das nicht her.

Was ist mit Therapeut:innen?

Wie entwickelt sich eigentlich das Geschlechtsverhältnis in unserem Berufsfeld? In Österreich ist die Anzahl der männlichen Therapeuten in den letzten 30 Jahren nur mäßig gestiegen, die Anzahl der Therapeutinnen hingegen sehr stark, sodass sich der Prozentanteil der Frauen von 63 % im Jahr 1995 auf 74 % im Jahr 2021 erhöht hat. In Deutschland waren 2017 72 % der PP-Kammermitglieder Frauen. Diese Verteilung entspricht auch dem aktuellen Geschlechterverhältnis der Psychologiestudierenden: zwei Drittel Frauen, ein Drittel Männer. Bei den Approbationsprüfungsabsolvent:innen für psychologische Psychotherapeut:innen sieht es nochmal anders aus: 85 % Frauen im Jahr 2020 laut dem letzten Bericht vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP).

Vor diesem Hintergrund ist die Frage, ob Frauen (entsprechend der Klischees) die besseren Therapeut:innen sind, nochmals interessanter. Einige einzelne ältere Studien aus den 1970er und 1980er Jahren²⁶ zeigen, dass Therapeutinnen bessere Therapieergebnisse erzielen als ihre männlichen Kollegen – allerdings nur bei Anfänger:innen; bei erfahrenen Therapeut:innen fanden sich keine Unterschiede mehr. Es gibt eine Reihe von einzelnen Studien, die immer mal hier oder da was finden in die eine oder andere Richtung, aber daraus lässt sich kein allgemeines Urteil draus ziehen. Zumal sich die Befundlage über die Jahre offenbar geändert hat:

- In ihrem Review für die 3. Auflage des »Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change« kommen Beutler et al.²⁷ zu dem Schluss, dass weibliche Psychotherapeutinnen erfolgreicher als ihre männlichen Kollegen sind.

26 z. B. Kirschner LA et al 1978; Jones et al. (1987)

27 Beutler LE et al. (1986)

- In einem späteren Review von Beutler et al.²⁸ für das »Handbook« revidieren die Autor:innen den Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit des: der Therapeut:in: »If any conclusion is warranted, it is that contemporary (recent) research has demonstrated even less of a predictable relationship between therapist sex and outcome than previously reported.«²⁹
- In der aktuellen Auflage des »Handbook«³⁰ werden nur noch »non-supportive studies (null findings)« aufgeführt, also Studien, die keinen Geschlechtsunterschied finden.

Studien mit signifikanten Ergebnissen gibt es 2021 also keine mehr; demzufolge findet sich kein Effekt vom Geschlecht der Therapeut:innen auf den Outcome. Und so gilt wohl noch das folgenden Resümee: »Sex and gender issues of both therapists and patients did not play a crucial role in any type of psychotherapy investigated.«³¹

Das sagt aber noch nichts zur Frage der *Passung*. Wie verhält es sich mit der Geschlechter*kombination*? Hierzu gibt es noch viel weniger Studien, weshalb ich mit den Daten aus der DPG-Praxisstudie, die psychoanalytisch begründete Psychotherapie untersucht, einige Berechnungen angestellt habe. Hier haben wir 280 vollständige Datensätze mit sechs-Jahres-Katamnesen. Die Geschlechterkombinationen lassen sich in einem Vier-Felder-Schema abbilden:

28 Beutler LE et al. (2004)

29 ebenda, S. 231

30 Barkham M et al. (2021)

31 Staczan P et al. (2017), S. 74

Tab. 2: Verteilung der Geschlechterkombinationen in der DPG-Praxisstudie. N=280 therapeutische Dyaden. Die Zahlen in Klammern zeigen die bei einer Zufallsverteilung erwartete Anzahl in den Zellen.

	Therapeutin	Therapeut
Patientin	168 (156)	44 (50)
Patient	38 (56)	30 (18)

In dieser Studie sind die Same-gender-Dyaden (also die Frau-Frau-Dyaden und die Mann-Mann-Dyaden) signifikant häufiger, als bei einer zufälligen Verteilung zu erwarten wäre (► Tab. 2). In dieser naturalistischen Studie sind fast doppelt so viel Mann-Mann-Dyaden wie man erwarten würde, wenn das Geschlecht überhaupt keine Rolle spielen würde. Bei der Frau-Frau-Dyade ist die Zahl nicht ganz so beeindruckend. Die Verteilung ist signifikant, es gibt folglich eine signifikante Häufung von Same-gender-Dyaden.

Es finden sich aber keine Unterschiede im Outcome zwischen den Dyaden-Typen: Die Same-gender-Dyaden sind nicht erfolgreicher bezüglich der Reduktion der Symptombelastung als die gemischtgeschlechtlichen Dyaden.

Dementgegen finden Schmalbach et al.³² in einer großen Stichprobe aus Deutschland einen leichten Trend zugunsten von Same-gender-Dyaden, in KVT-Behandlungen beschränkt sich dies auf Frau-Frau-Dyaden.

32 Schmalbach I et al. (2022)

Übertragungs- und Gegenübertragungs-Konstellationen und Komplikationen

Wie verhält es sich mit den Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation und -komplikation? Zu den vier Kombinationen gibt es etwas Literatur.

Patientin-Therapeutin: Da es viel mehr Therapeutinnen sowie viel mehr Patientinnen gibt, ist diese Variante ganz klar die häufigste. Welche Ansichten finden sich zu dieser Konstellation?

- »Im Allgemeinen wählen Frauen bewusst eine Analytikerin, weil sie eine gute Beziehung zu ihrer Mutter wiederherstellen möchten oder den Wunsch nach einer besseren Mutter haben. Viele Frauen hoffen, dass eine Frau sensibler ist für die weiblichen Wünsche nach Erfolg und Selbstverwirklichung und ihnen die Realisierung diesbezüglicher heimlicher Wünsche eher gestattet.«³³
- Psychotherapeutinnen berichten, »dass es ihnen zumeist leichter fällt, mit ihren Patientinnen eine gute Arbeitsallianz herzustellen. Die Beziehungen sind oft getragen von Vertrautheits- und Nähegefühlen und schwesterlich-mütterlichen Übertragungstendenzen. Dieser Bonus kann sich allerdings ins Gegenteil verkehren, wenn es darum geht, konkurrierende, aggressive oder Distanzgefühle zu äußern. Konfrontationen sind in dieser Dyade seltener und oft erst nach einiger Zeit möglich. Homoerotische Atmosphären werden von (heterosexuell orientierten) Psychotherapeutinnen kaum berichtet.«³⁴

Mit Blick auf die Ziele der Therapeutinnen für ihre Patient:innen (siehe oben) könnte man sagen: Ja, Frauen haben von Frauen evtl. tatsächliche mehr Verständnis und Unterstützung bzgl. ihrer Wünsche nach Erfolg und Selbstverwirklichung zu erwarten.

33 Sellschopp-Rüppell A, Dinger-Broda A (2007), S. 116

34 Schigl B (2021), S. 123