

**„Wenn Frauen Männer
behandeln –
eine (auch) transkulturelle
Betrachtung der Suchthilfe“**

3. Westfälischer Damensalon

26. – 27. Oktober 2016
Senden

Forum Sucht Band 49 ISSN 0942-2382

Der vorliegende Band der Reihe Forum Sucht beruht auf den Beiträgen zum 3. Westfälischen Damensalon im Oktober 2016. Wir bedanken uns bei allen Referentinnen und Referenten für die Erstellung eines Artikels für die Veröffentlichung im Anschluss an die Veranstaltung.

- Herausgeber:** Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Schwelingstraße 11, 48145 Münster
www.lwl-ks.de
kswl@lwl.org
- Redaktion:** Doris Sarrazin, LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster
- Bearbeitung:** Claudia Severin & Luisa Scholz, LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster
- Autor/innen:** Martina Schu, Brigitte Schigl, Thomas Altgeld, Regina Schrader,
Elisabeth Ehmann-Hänsch, Herbert Müller
- Bilder/Grafiken:** wurden mit freundlicher Genehmigung der Autorinnen und Autoren den Beiträgen zum 3. Westfälischen Damensalon entnommen
- Gestaltung und Druck:** Druckverlag Kettler GmbH, Bönen (Westf.)

1. Auflage: 2.500
© Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Münster, April 2017

Hinweis für die Zitierung der Veröffentlichung:
Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2017).
Wenn Frauen Männer behandeln – eine (auch) transkulturelle Betrachtung der Suchthilfe.
Münster: Forum Sucht Sonderband 49

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Tel.: +49 251 591-3267
Fax: +49 251 591-5484
E-Mail: kswl@lwl.org

**„Wenn Frauen Männer
behandeln –
eine (auch) transkulturelle
Betrachtung der Suchthilfe“**

3. Westfälischer Damensalon



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Einführung ins Thema: Gendersensible Suchthilfe in NRW. Ergebnisse einer Untersuchung im Herbst 2013 Martina Schu	7
Doing Gender in der Therapie: Welche Rolle spielt das Geschlecht im therapeutischen Prozess? Brigitte Schigl	13
Immer schön tüchtig süchtig? – Männer, Männerrollen und Sucht Thomas Altgeld	27
Männer mit Zuwanderungsgeschichte in ihrer eigenen Wahrnehmung verstehen Regine Schrader.	37
Wenn die Helferrolle weiblich besetzt ist und der Hilfesuchende männlich – Aspekte aus psychodynamischer Perspektive Elisabeth Ehmann-Hänsch.	43
Crashkurs oder Nachreifung der männlichen Identität in der casa fidelio – Erfahrungen aus der Praxis Herbert Müller	51

Vorwort

Dass in der Suchthilfe vor allem Frauen vor allem Männer behandeln, ist nichts Neues. Auch nicht, dass die meisten Leitungspositionen in diesem Arbeitsfeld von Männern besetzt sind. Doch wissen wir wirklich, was das bedeutet und welchen Einfluss dieses Verhältnis auf die Beratungs- und Behandlungsprozesse hat? Die Berücksichtigung von Genderaspekten sollte eigentlich im praktischen Alltag selbstverständlich sein. Schaut man sich das Arbeitsfeld der Suchthilfe genauer an, ist das jedoch nur sehr eingeschränkt der Fall. Es scheint eher so, als sei die Genderthematik in den Hintergrund getreten.

Aus diesem Grund beschäftigte sich der dritte Westfälische Damensalon im Oktober 2016 mit der Thematik „Wenn Frauen Männer behandeln...“. Gerade die kulturellen Veränderungen in unserer Gesellschaft und die notwendige transkulturelle Öffnung unserer Einrichtungen stellen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Vorstellungen über die Rolle von Männern und Frauen aktuelle Herausforderungen dar. Was bedeutet das für Frauen, die in diesem Feld arbeiten? Sehen junge Berufskolleginnen das anders als ältere Suchtexpertinnen, die die Emanzipationsbewegung in den Anfängen erlebt und evtl. auch mitgestaltet haben? Wie sehen Männer die Situation? Für welche Themen ist evtl. ein männlicher Therapeut der bessere Ansprechpartner? Was wissen wir aus wissenschaftlicher Perspektive inzwischen darüber?

Auf viele Fragen konnten im Workshop Antworten gefunden werden. Impulsreferate haben in verschiedene Aspekte des Themas eingeführt. Viel Zeit gab es für die Diskussion. Herzlich danken möchten wir allen Referentinnen und Referenten für ihre Beiträge und die Artikel für diese Veröffentlichung. So können wir mit dem Thema eine größere Interessentengruppe erreichen. Wir wünschen Ihnen und uns weitere Anregungen aus dieser Dokumentation und generell einen Anschub für die Genderdiskussion.

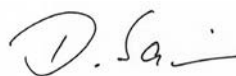
Herzlich bedanken wir uns auch für die finanzielle Unterstützung des gemeinnützigen Vereins Respekt e.V., Förderkreis der Kliniken Wied, ohne die der Westfälische Damensalon in dieser Form nicht hätte durchgeführt werden können.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht wird in Sachen mÄnnerspezifische Suchtarbeit auch weiter aktiv sein. Nach der Neuauflage des Handbuches ‚MÄnnlichkeiten und Sucht‘ wird im Fröhjahr 2017 auch das vom Land NRW geförderte Projekt ‚Reine MÄnnersache?‘ starten, das u.a. mit Videos für das Thema sensibilisieren soll.

Wir wünschén Ihnen eine anregende Lektüre!



Birgit Westers
LandesrÄtin



Doris Sarrazin
Leiterin der LWL-KS

Gendersensible Suchthilfe in NRW.

Ergebnisse einer Untersuchung im Herbst 2013

Martina Schu

Gesellschaft für Forschung und Beratung im
Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS)

Im Jahr 2013 hat das Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS), Prof. Heino Stöver und Prof. Christel Zenker mit einer Studie zu „Gender Mainstreaming und gendersensibles Arbeiten in der Suchthilfe in NRW“ beauftragt. Die übergeordneten Ziele der Studie waren eine Bestandsaufnahme zum Stand in NRW und die Erarbeitung von Vorschlägen für eine Verbesserung der Versorgungssituation von Mädchen und Frauen, Jungen und Männern mit suchtkrankheitsbezogenen Problemen. Im Zuge der Arbeiten wurden einschlägige Fachliteratur, Materialien und Konzepte aus NRW ausgewertet, eine Vollerhebung unter allen Einrichtungen der Suchtprävention, -hilfe und -behandlung in NRW (Rücklaufquote: 46,8 % Suchthilfe, 60 % Suchtselbsthilfeverbände) durchgeführt und über 70 Expert/innen aus der Praxis der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe sowie von westfalen-, rheinland- oder NRW-weit agierenden Verbänden, Landes- und Fachstellen und von Leistungsträgern befragt (Schu et al., 2014). Einige Ergebnisse der Untersuchung sollen hier, insbesondere mit Blick auf das Tagungsthema „Versorgung von suchtkranken Männern durch Frauen“ vorgestellt werden, ergänzt um Erfahrungen anderer Studien¹ und aktuelle Betrachtungen.

Politische und fachliche Rahmenbedingungen in NRW

Seitens des zuständigen Ministeriums in NRW wurde und wird das Thema Frauen bzw. Gender und Sucht schon seit vielen Jahren gefördert, u. a. durch den Aufbau entsprechender Landesfach- bzw. Landeskoordinierungsstellen. Auch wurden von 2000 bis 2006 zahlreiche Suchtberatungsstellen bei der Implementierung frauenbezogener Angebote finanziell gefördert. Der Schwerpunkt der

¹ Bspw. haben FOGS, Delphi, UKE & Zenker 2008 – 2009 für das Bundesministerium für Gesundheit eine bundesweite Untersuchung zu Gender in der Suchthilfe für Jugendliche durchgeführt, an der sich 126 Einrichtungen beteiligt haben (Schu et al., 2009).

Landesaktivitäten lag dabei stets auf frauenbezogener Arbeit; vergleichbare Maßnahmen für männerbezogene Arbeit fehlen bisher. Auch in den aktuellen Zielsetzungen des Landes (Landeskonzept und Aktionsplan gegen Sucht – beides: MGEPA, 2015) findet die Zielsetzung geschlechterbezogener Arbeit zwar vielfach Niederschlag, jedoch wird weiterhin deutlich öfter auf die entsprechende Versorgung von suchtkranken Frauen fokussiert als auf jene von Männern.

In der Suchthilfe und in der Suchtselbsthilfe im Land arbeiten seit den 1980er Jahren viele frauenbezogene Arbeitskreise; die vereinzelt männerbezogenen Arbeitskreise entstanden erst 25 Jahre später. Sie sind weniger institutionalisiert als frauenbezogene Arbeitskreise und werden kaum gefördert. Die teilnehmenden Männer arbeiten z. T. in ihrer Freizeit mit, da ihre Einrichtungen sie für diese Arbeitskreise nicht freistellen. Gleichwohl übernehmen die männer- und frauenbezogenen Arbeitskreise oft die Funktion kollegialer Beratung. Zum Teil finden sogar Fallbesprechungen unter Gendergesichtspunkten statt – ein Aspekt, der im Alltag der Einrichtungen zu selten vorkommt.

Es besteht der Eindruck, dass, eingeordnet in eine insgesamt sinkende Bedeutung des Gender-Themas, vor allem männerbezogene Arbeit ein Randthema wird. Die Fördermittel für gendersensible Arbeit sind rückläufig, die für männerbezogene Ansätze werden erst gar nicht zur Verfügung gestellt oder gänzlich abgebaut.

Ergebnisse auf der Ebene der Organisationen

Mit Blick auf organisationale Aspekte zeigen sich in NRW ähnliche Ergebnisse wie in früheren bzw. andernorts durchgeführten Untersuchungen: Lediglich 13 % der befragten Suchthilfeeinrichtungen, darunter auch Einrichtungen, die sich ausschließlich an ein Geschlecht richten, berichten über genderbezogene Vorgaben durch einen oder mehrere Leistungsträger. Diese sind jedoch meistens eher allgemein gehalten, ein Controlling dieser Vorgaben erfolgt selten.

85 % der befragten Einrichtungen/Träger in NRW verfügen über ein Leitbild und/oder ein Konzept. Hier wird Gender Mainstreaming fast nie behandelt; demgegenüber enthalten etwa 30 % im weitesten Sinn Aussagen zu gendersensibler Arbeit, oft jedoch vage.

Unter den 260 befragten Einrichtungen in NRW arbeiteten je sieben (je 2,7 %) ausschließlich mit Frauen bzw. mit Männern. Die auf Frauen ausgerichteten Einrichtungen gehen konzeptionell und in der Umsetzung deutlich stärker auf die geschlechterbezogenen Lebensbedingungen ihres Klientel ein als die Män-

ner Einrichtungen, die oftmals nur qua Belegung, nicht konzeptionell definiert „Männereinrichtungen“ sind.

In NRW werden mit Anteilen zwischen 27 % und 34 % – je nach Untersuchung – vergleichsweise viele Frauen betreut. Gleichwohl: Gut 70 % der Klientel ist männlich und wird in den Einrichtungen der Suchthilfe von Personal betreut, das zu zwei Dritteln aus Frauen besteht. Leitungspositionen haben – wie auch in anderen Bundesländern – zu über zwei Dritteln Männer inne; je höher die Position, desto höher ist der Anteil der Männer. Trotz dieser unausgewogenen Personalsituation und der insbesondere mit Blick auf die überwiegend männliche Klientel deutlich unterrepräsentierten männlichen Fachkräfte beklagten nur 16,7 % der in NRW Befragten das Geschlechterverhältnis als asymmetrisch. Geht es darum Stellen neu zu besetzen, suchen 55 % der Einrichtungen nach dem unterrepräsentierten Geschlecht (also i. d. R. nach Männern). Geht es allerdings um Leitungspositionen, suchen nur noch halb so viele gezielt nach den – auf diesen Stellen unterrepräsentierten – Frauen. Es wird berichtet, dass die Suchthilfe finanziell zu unattraktiv für männliche Fachkräfte ist und dass, wenn es doch Interessenten gibt, die Vorgaben des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) deren Einstellung erschweren.

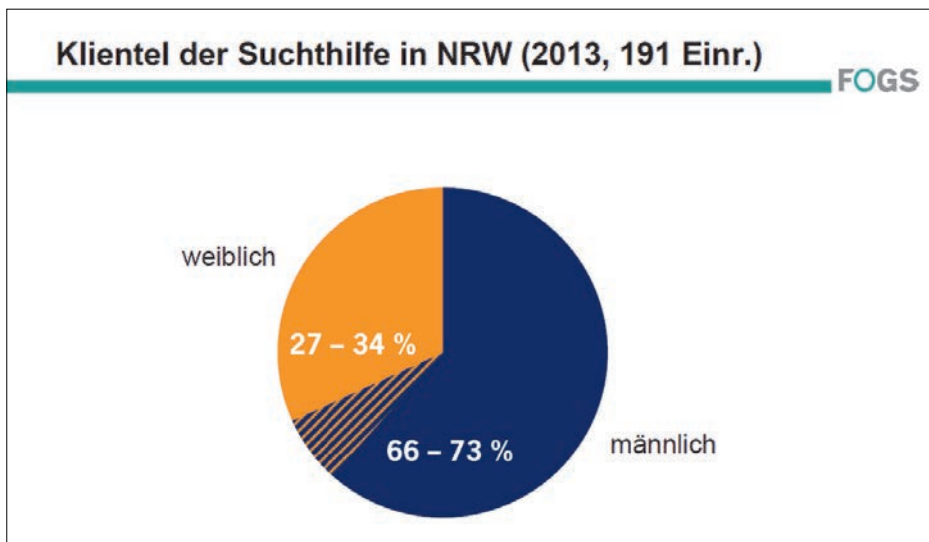


Abb.1: Klientel der Suchthilfe in NRW (2013)

Mit Blick auf Qualifikation bzw. Fortbildung des Personals zu genderrelevanten Aspekten zeigen die Ergebnisse für NRW, dass in den letzten drei Jahren in fast der Hälfte der Einrichtungen (einzelne) Beschäftigte an Tagungen, Workshops

oder Fortbildungen zu Genderaspekten teilgenommen haben. Doch resultieren daraus kaum einmal gezielte Angebotsentwicklungen oder organisationale Veränderungen. Gender, männerbezogene und gegengeschlechtliche Arbeit kommt in Ausbildungen i. d. R. nicht vor und ist kaum Thema in Fortbildungen. Frauen nutzen Fortbildungsangebote zu männerbezogener Arbeit kaum. Manuale, Methodenkoffer o. ä. liegen nur einige wenige vor, darunter das LWL-„Handbuch Männlichkeiten und Sucht“ (Schulte-Derne, F., Stöver, H., Vossnagel, A. & Bockholdt, R., 2016 – erstellt im Auftrag der Koordinationsstelle Sucht des LWL), das zu den am meisten genutzten Fachliteratur-Angeboten in NRW gehört – jedenfalls in der stationären Suchthilfe.

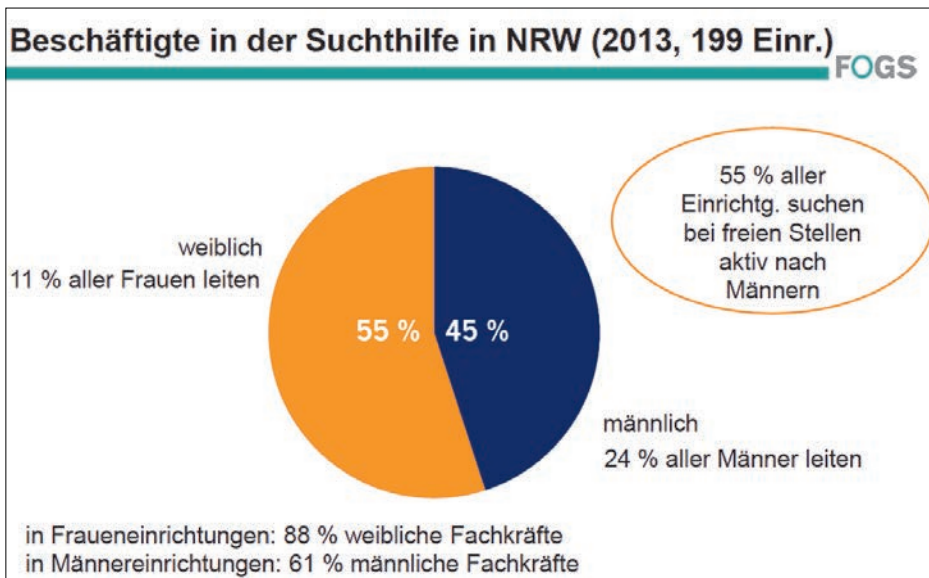


Abb. 2: Beschäftigte in der Suchthilfe in NRW (2013)

Auch die Qualitätssicherung in den Einrichtungen in NRW betrachtet genderbezogene Aspekte wenig: Lediglich 10 % der teilnehmenden Einrichtungen haben genderbezogene Ziele definiert, weniger als die Hälfte von diesen hat diesen Zielen auch Kriterien zugeordnet oder prüft die Umsetzung. Dementsprechend erfasst die Dokumentation auch nur begrenzt genderbezogene Aspekte, und die wenigen so generierten Ergebnisse werden nur von einem Viertel der Einrichtungen für Planung und Steuerung genutzt. Die Untersuchung zeigt auf, dass die Tatsache, dass (oft jüngere) Frauen (oft ältere) Männer betreuen, kaum diskutiert und in Teams oder Supervision reflektiert wird. Gegengeschlechtliche Suchtarbeit ist nur selten Thema fachlicher Standards. Bei den Trägern oder in den Einrichtungen sind Frauen- und Genderbeauf-

tragte die Ausnahme, Männerbeauftragte erst recht. In der Suchtselbsthilfe haben die meisten Verbände Frauenbeauftragte bestellt (insg. 14 in NRW), einen Männerbeauftragten gibt es dagegen lediglich einmal - auf der Ebene des übergeordneten Fachausschusses Selbsthilfe.

Auch wenn die Hälfte der Befragten in der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe Gender Mainstreaming wichtig findet und zwei Drittel auch Gendersensibilität in der Arbeit mit der Klientel, so konstatiert doch lediglich ein Drittel entsprechenden Entwicklungsbedarf in der eigenen Organisation.

Zusammenfassung

Die Untersuchungsergebnisse aus den Jahren 2013/2014 zeigen zusammengefasst, dass trotz einer überdurchschnittlich förderlichen Situation in NRW, der genderbezogene Output begrenzt ist: Für Gender Mainstreaming und gendersensibles Arbeiten bestehen keine landesweiten, klaren und einheitlich verstandenen Begrifflichkeiten und es gibt kein gemeinsames Verständnis von Gender Mainstreaming und gendersensibler Arbeit, auch nicht zwischen der Landesstelle für Suchtfragen und den Landesfach- bzw. Landeskoordinierungsstellen.

Tatsächlich besteht in NRW – wie andernorts auch – ein generelles und strukturelles Problem bzgl. der Umsetzung von Gender in der Suchthilfe: Gender Mainstreaming ist als organisatorische Aufgabe weithin unbearbeitet. Überwiegend weibliche Fachkräfte beraten und behandeln eine überwiegend männliche Klientel – ohne darauf vorbereitet zu sein, ohne ausreichend entsprechende Fortbildungen zu nutzen oder Gelegenheit zu haben, dies arbeitsbegleitend zu reflektieren. Die Untersuchung zeigte, wie zuvor schon andere Studien, einen systematischen Mangel an einer zielgruppenbezogenen Ausrichtung der Arbeit. Und wenngleich es Ansätze und sogar Beispiele guter Praxis zu einer gendersensiblen Suchtarbeit gibt, so gilt doch insgesamt, dass gendersensibles Arbeiten in der Breite der Suchthilfe in NRW nicht umfassend umgesetzt und in den meisten Einrichtungen und deren Qualitätssicherung nicht systematisch verankert ist.

Dass Gender Mainstreaming und gendersensibles Arbeiten oft als optionale Themen verstanden werden, wird wesentlich dadurch gestützt, dass Leistungsträger, Fördervorgaben u. ä. das Thema gendergerechte Arbeit regelhaft ausklammern. Tatsächlich ist Genderkompetenz jedoch ein wichtiges Qualitätsmerkmal sozialer und therapeutischer Arbeit. Ohne eine entsprechende Veränderung der Anforderungen an Versorgungsqualität und ihre Überprüfung

sowie ein politisches Signal – bspw. die Einrichtung einer Fachstelle Männer und Sucht – wird die Arbeit mit Männern noch länger nicht zielgruppenspezifisch, ohne explizit männerbezogenen Ansatz oder spezielle Angebote stattfinden und damit unter dem Stand der Fachlichkeit bleiben. Dasselbe gilt für die Arbeit mit Frauen. Mangelnde Genderkompetenz wirkt sich so weiterhin mindernd auf die Effektivität von Suchthilfe aus – mit Folgen für den Einzelnen wie für die Gesellschaft.

Um Fachlichkeit und Qualität der Suchthilfe für Männer, ebenso wie jener für Frauen, zügig weiterzuentwickeln, ist mehr Forschung zu guter Praxis und zu Wirkfaktoren notwendig und darauf aufbauend die Entwicklung evidenzbasierter Konzepte.

Literatur

- AG Mönnerspezifische Suchtarbeit der Fachgruppe Gender und Sucht NRW (2012). Impulse: Mönner und Sucht. Köln: LKI, Fachbereich Gender und Sucht.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015). Landesprogramm gegen Sucht. Düsseldorf: MGEPA.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015). Aktionsplan gegen Sucht. Düsseldorf: MGEPA.
- Schu, M., Wünsche, T., Tossmann, H. P., Jonas, B., Zenker, C. & Stolle, M. (2009). Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen. Unveröffentlichter Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Köln: FOGS.
- Schu, M., Mohr, S., Zenker, C., Stöver, H. & Hartmann, R. (2014). Stand der Umsetzung von Gender Mainstreaming der ambulanten und stationären Sucht- und Drogenhilfe in NRW. Unveröffentlichter Abschlussbericht für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Köln: FOGS.
- Schulte-Derne, F., Stöver, H., Vossnagen, A. & Bockholdt, P. (2016). Männlichkeiten und Sucht, Handbuch für die Praxis. LWL Forum Sucht, Bd. 4. Münster: LWL Koordinationsstelle Sucht.

Doing Gender in der Therapie: Welche Rolle spielt das Geschlecht im therapeutischen Prozess?

Prof. Dr. Brigitte Schigl

Donau-Universität, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie,
Krems, Österreich

Psychotherapie ist ein Ort, an dem in den Interaktionen zwischen Patient/in und Therapeut/in Interaktionsprozesse wie unter einem Vergrößerungsglas sichtbar werden. Die Geschlechtszugehörigkeit von Therapeut/in und Klient/in bzw. Patient/in bestimmt die therapeutische Situation wesentlich mit, geschlechtstypisierende Phänomene (gendertypischer Umgang mit Macht/Ohnmacht, mit sexueller Attraktivität, Konfrontations- oder Empathieausdruck, Gender-Vorurteile etc.) wirken auch hier. Um sich mit dieser Bedeutung von Geschlecht und Geschlechtlichkeit in der Praxis von Psychotherapie und Beratung auseinanderzusetzen, sind zuvor theoretische Überlegungen wichtig, die den Horizont der biologischen (genetischen, anatomisch-morphologischen und hormonellen) Prozesse erweitern. Die Theorien des Doing Gender sowie dekonstruktivistische Ansätze der Frauen- und Geschlechterforschung stellen eine praktikable Hintergrundfolie für jene Prozesse dar, die dadurch entstehen, dass wir uns in der Therapie als Frauen oder Männer gegenüber sitzen. Wie bedeutsam diese Tatsache ist vergegenwärtigt ein Gedankenexperiment: Versuchen Sie sich doch einen Therapieprozess mit einer Person vorzustellen, von der Sie nicht wissen, ob sie männlich oder weiblich ist – was würde das für Ihr therapeutisches Handeln bedeuten?

1. Was bedeutet Doing Gender?

Doing Gender ist eine aus der soziologischen Forschung entstammende konstruktivistische Theorie. Sie entstand in der Beobachtung des Prozesses der Geschlechts-Umwandlung einer Transgender-Person. Dabei wurde ersichtlich, wie sehr die als Mann aufgewachsene „Agnes“ ihr Frausein erst erlernen musste:

(Verändert und mit neuem Kapitel 5.1 aus: Reichel, R. & Hintenberger, G. (2013). Die Praxis der Integrativen Therapie (S. 61-67). Wien: Facultas.)

Mit anderer Stimmintonation zu sprechen, sich anders zu bewegen, anders zu diskutieren, sich durchzusetzen bzw. anzupassen etc. als sie es zuvor als Mann gelernt hatte (Garfinkel, 1967). Dies öffnete den Blick dafür, dass das, was wir als „männlich“ oder „weiblich“ einordnen, mehr sozialer Prozess als naturgegeben ist. Auch die Erforschung des Umgangs mit Babys, deren geschlechtliche Zuordnung nicht eindeutig ist, wies darauf hin, dass Geschlechtlichkeit mehr eine soziale Übereinkunft denn eine primär naturhafte Tatsache ist (Kessler, 1990). Das heißt die Gesellschaft stellt Schablonen für verschiedene Formen von Weiblichkeiten und Männlichkeiten zur Verfügung, die wir uns aneignen, selbst verwenden und modifizieren und die in jeder Interaktion zum Tragen kommen. Schon Simone de Beauvoir konstatierte: „Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es“ (1988, S. 334)¹.

In einer differenzierten Sicht auf Geschlecht können deshalb folgende Aspekte unterschieden werden (West & Zimmerman, 1987):

- „Sex“ ist die bei der Geburt vorgenommene Klassifikation des Geschlechts einer Person aufgrund sozial vereinbarter und biologischer Kriterien.
- „Sex-category“ ist die alltägliche Zuordnung zu einem Geschlecht. Die Person stellt eine gewisse Form von Männlichkeit oder Weiblichkeit dar, welche nicht mit sex übereinstimmen muss!
- „Gender“ entsteht in der Interaktion zwischen Individuen. Wir verhalten uns entlang unserer sex category als Frauen und Männer, wie es gesellschaftlichen Stereotypen und deren jeweiligen milieuspezifischen Ausformungen entspricht. Andere reagieren auf uns entlang des Aufforderungscharakters dieser praktizierten Weiblichkeit oder Männlichkeit.

Geschlecht/Gender ist ein gesellschaftlich fundamentales Ordnungsprinzip und wird seit der frühesten Kindheit angeeignet und lebenslang ausgeformt – unterschiedliche Lebensphasen machen immer neue Definitionen der Identität als Frau oder Mann notwendig. Geschlecht dient als ein Code, der in die Identität eingelagert ist. Doing Gender definiert Geschlecht somit als soziale Konstruktion. Geschlecht im Sinne von Gender wird aufgrund von kollektiven und individuellen sozialen Repräsentationen (Moscovici, 2001) von Menschen mit Menschen hergestellt, intersubjektiv bestätigt und färbt jede Interaktion mehr oder minder deutlich. Geschlecht ist somit auch Prozess (nicht nur Struktur) und mehr ein Handeln denn ein Sein.

¹ Dies gilt gleichermaßen für Mannsein!

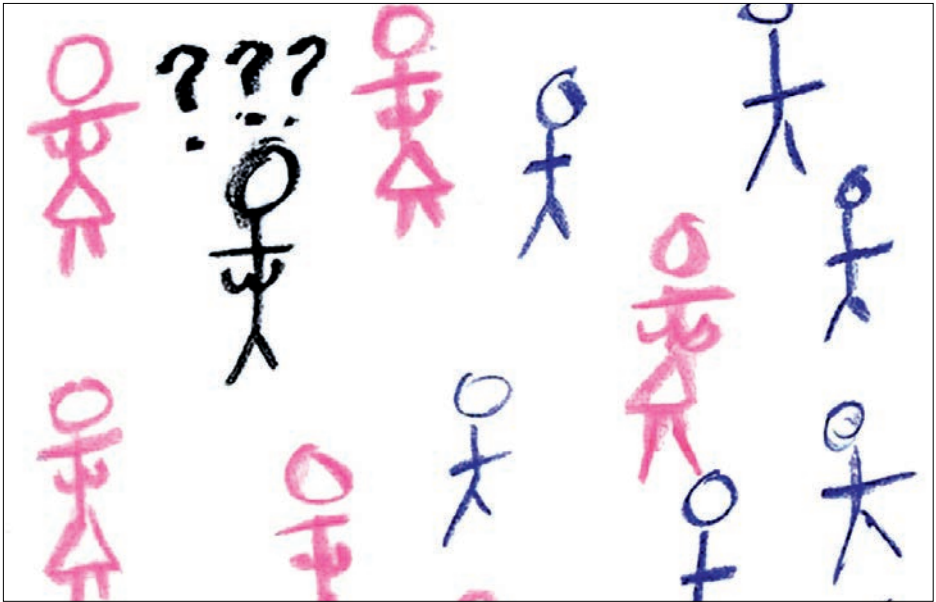


Abb. 1: Gender Diversity

Frauen- und Männerbilder sind in vielen Gesellschaften/Kulturen als komplementäre Geschlechtsstereotype entlang von Dualismen wie aktiv – passiv, stark – schwach oder sachorientiert – beziehungsorientiert definiert. Dabei hat aus Sicht des Doing Gender die weibliche oder männliche Person nicht eine bestimmte Eigenschaft, weil sie einem bestimmten Geschlecht angehört. Vielmehr werden aufgrund der Zuordnung zu einem Geschlecht von ihr Handlungen gesetzt und von anderen beantwortet, die in diese Zweiteilung passen! Die Offenheit sozialer Situationen mit ihren unendlich vielen denkbaren Handlungsmöglichkeiten werden so überschaubarer und dienen als „Orientierungshilfe und normativer Erwartungsfahrplan“ (Gildemeister & Robert, 2008, S. 19). Entlang von an die Wahrnehmung geknüpften Erwartungen (männlich/weiblich, aber auch andere Diversity-Aspekte wie alt/jung etc.) werden am Gegenüber beobachtete Verhaltensweisen als passend oder unpassend kategorisiert.

2. Gender in der Psychotherapie

Vor dem Hintergrund der oben skizzierten Annahmen des Doing Gender ist klar, dass wir „never ever not do gender“ (West & Zimmerman, 1991, S. 13) können. Herstellungsprozesse von Geschlecht finden immer statt, ja müssen immer stattfinden, wenn wir einander als weibliche bzw. männliche Wesen wahrnehmen und interagieren. Dies gilt auch für unser Handeln im thera-

peutischen Prozess. Doing Gender ist in alle beratenden und therapeutischen Prozesse eingewoben, in denen wir mit unseren Patient/innen eine gemeinsame Sicht auf die Wirklichkeit herstellen; Doing Gender spiegelt sich in den Grundannahmen der Integrativen Therapie: Die Genderzugehörigkeit von Patient/innen wie Therapeut/innen befindet über Therapieziele und -wünsche, färbt Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen ein und evoziert Atmosphären und Szenen entlang der kollektiven und individuellen mentalen Repräsentationen zu Mann- und Frausein. Unsere Identität entwickelt sich in Selbst- und Fremd-Attributionsprozessen, in denen Weiblichkeit und Männlichkeit eine wichtige Rolle spielen. Die Geschlechterstereotypen finden sich als Makro- Leitlinien in den kollektiven mentalen Repräsentationen, werden auf der Mesoebene milieuspezifisch modifiziert und sind auf der personalen Ebene in den individuellen mentalen Repräsentationen eingewoben.

Wenn also Geschlecht in allen Aspekten menschlichen Tuns auffindbar ist, wird dies auch (und vielleicht an manchen Stellen besonders) im therapeutischen Prozess der Fall sein. Welche Wirksamkeit hat der Faktor Mannsein/Frausein im therapeutischen Kontakt mit einem/er Klient/in oder Patient/in? Hierzu können wir psychotherapeutisches Handeln unter drei Blickwinkeln gendersensibel betrachten:

- Abschnitte und spezifische Situationen im **therapeutischen Prozess**, an denen die Geschlechtszugehörigkeit (von Therapeut/in wie Patient/in bzw. Klient/in) besonders wirksam ist.
- **Themen**, bei denen die Geschlechterkonstellation in der Therapie besonders zum Tragen kommt.
- **Beziehungsdynamiken**: Modi des therapeutischen Handelns und die Färbung der therapeutischen Beziehung durch Zusammensetzung und Doing Gender in der therapeutischen Dyade oder Gruppe.
- In allen drei Aspekten kann Gender sowohl unbewusst, quasi automatisiert wirksam sein als auch bewusst gemacht und reflektiert werden – letzteres entspricht den Forderungen einer genderkompetenten Psychotherapie (Schigl, 2016).

3. Die Bedeutung von Gender im psychotherapeutischen Prozess

(Die nächsten beiden Kapitel 3. und 4. sind stark verkürzte Ausschnitte aus Schigl, 2012, S. 105ff.)

- **Überweisungskontext und Entscheidung zur Therapie**

Die Annahmen der Überweiser/innen zu Gender bestimmen mit, ob eine Patient/in zu einem männlichen Therapeuten oder zu einer weiblichen Therapeutin empfohlen wird. Es überwiegen erfahrungsgemäß Überweisungen zu gleichgeschlechtlichen Behandler/innen. Frauen werden öfter und leichter als therapiebedürftig angesehen als Männer, was sich auch mit deren Selbstdefinition und Selbstbild deckt: Frauen und Männer stellen sich in ihren Problembeschreibungen und Gesundheitsvorstellungen bei Ärzt/innen wie Therapeut/innen unterschiedlich dar.

Auch die Ideen der Patient/innen von den spezifischen Qualitäten von Frauen oder Männern bestimmen im Auswahlprozess, ob eher eine Frau oder ein Mann als Therapeut/in bevorzugt wird. Sie speisen sich aus Ängsten und Hoffnungen aufgrund von jeweils (sub)kulturell wirksamen Genderstereotypen und den biografischen Vorerfahrungen mit männlichen und weiblichen Bezugspersonen. „Warum haben Sie denn mich – eine weibliche Therapeutin/einen männlichen Therapeuten ausgesucht?“ „Was erwarten Sie sich denn von mir als Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten?“ In den Antworten werden sowohl unbewusste als auch bewusste oder zumindest bewusstseinsfähige Aspekte von Weiblichkeiten und Männlichkeiten eine Rolle spielen und sind für die Abklärung des Therapieziels im Sinne gendersensiblen Handelns bedeutsam (s.u.).

- **Erstkontakt, Diagnostik und Zielvereinbarung**

Wenn wir eine Patientin, einen Patienten zum ersten Mal sehen, nehmen wir die Ausformung ihrer Weiblichkeit/seiner Männlichkeit sofort wahr und reagieren darauf: Als welche Frau/welcher Mann stellt sie/er sich dar? Implizite (Be-)Wertungen und Verhaltenserwartungen entlang der Geschlechterstereotypen werden zur Orientierung herangezogen und können Diagnosecharakter annehmen. Dieser Prozess läuft für beide Interaktionspartner/innen ab, auch unsere Patient/innen schätzen uns ein.

Die präsentierten oder ausgehandelten Therapieziele sind von den durch Patient/innen wie Therapeut/innen eingeschätzten Möglichkeiten und Beschränkungen auch Gender bestimmt.² „Was für ein Mann/ was für eine Frau wollen Sie denn sein?“ Denn oft resultiert psychisches Leid auch gerade aus dem Gefühl, keine richtige Frau/kein richtiger Mann zu sein, dem empfundenen Scheitern mit der vorgegebenen, als Maß genommenen Geschlechtsrolle.

2 Wie bei (fast) allen Aspekten interagiert Gender mit anderen Diversity Faktoren wie Alter, Milieu und Schicht, Ethnie etc.

Auch eine Übererfüllung von Genderstereotypen macht krank: Nur für andere selbstlos versorgend da zu sein, emotional und hilfsbedürftig oder immer stark sein zu müssen, alles ohne viele Emotionen zu zeigen wegzustecken etc. entwickelt immer nur eine Seite der Persönlichkeit. Überzogene Ansprüche von Patient/innen an sich als gute Mutter, cooler Typ etc. fallen in diese Kategorie.

- **Verunsichernde Situationen**

Genderstereotypisierungen helfen, sich in unsicheren Situationen mit offenen Handlungsmöglichkeiten zurechtzufinden. So kann angenommen werden, dass in besonders verunsichernden Situationen Patient/innen wie Therapeut/innen als ultima ratio auf die ihrer Gender-Sozialisation entsprechenden Verhaltensweisen zurückgreifen. Es ist wahrscheinlich, dass für Patient/innen v.a. der Erstkontakt und die Anfangsphase hoch verunsichernd sind und sie deshalb vermehrt geschlechts-„typisch“ gefärbte Verhaltensweisen zeigen bzw. unausgesprochen auch von ihren Therapeut/innen erwarten. Für Therapeut/innen können etwa schwieriges Übertragungsgeschehen, Fragen von Macht und Konkurrenz, stark überzogene Nähewünsche der Patient/innen, drohende Therapie-Abbrüche u.ä. solche besonders verunsichernde Situationen sein. Verunsicherte Therapeut/innen beginnen vielleicht subtil mit ihren Patient/innen zu flirten. Oder sie verwickeln sich in Konkurrenz darüber, wer denn das letzte Wort und im Therapieprozess recht, d.h. die Deutungsmacht hat. Sie können (unbewusst) zu besonders gewährenden, nährenden Müttern und strengen, fordernden Vätern werden, weil diese Geschlechterbilder ihnen vertraute Schablonen sind. So werden geschlechtstypisierende Verhaltensmuster zwischen ihnen und ihren Patient/innen reproduziert. Wenn sich diese genderstereotypisierenden Verhaltensweisen der Therapeut/innen dann mit jenen (dysfunktionalen) der Patient/innen ergänzen, führen sie unreflektiert zu „Kollusionen“³. Oft sind solche verunsichernde Stellen auch gerade jene, in denen sich im Therapieprozess Konfliktthemen verdichten und relevante Interventionen gesetzt werden müssen. Besondere Bewusstheit und Wachsamkeit sind hier gefordert, in Supervisionen muss dieser Aspekt immer mitberücksichtigt werden.

3 Als Kollusion bezeichnen wir (nach dem Paartherapeuten Jürg Willi) ein automatisiertes, perfekt aufeinander abgestimmtes, zumeist unbewusstes Zusammenspiel zweier Partner/innen, in dem derer Interaktionen wie Schlüssel und Schloss ineinandergreifen und sich gegenseitig bedingen.

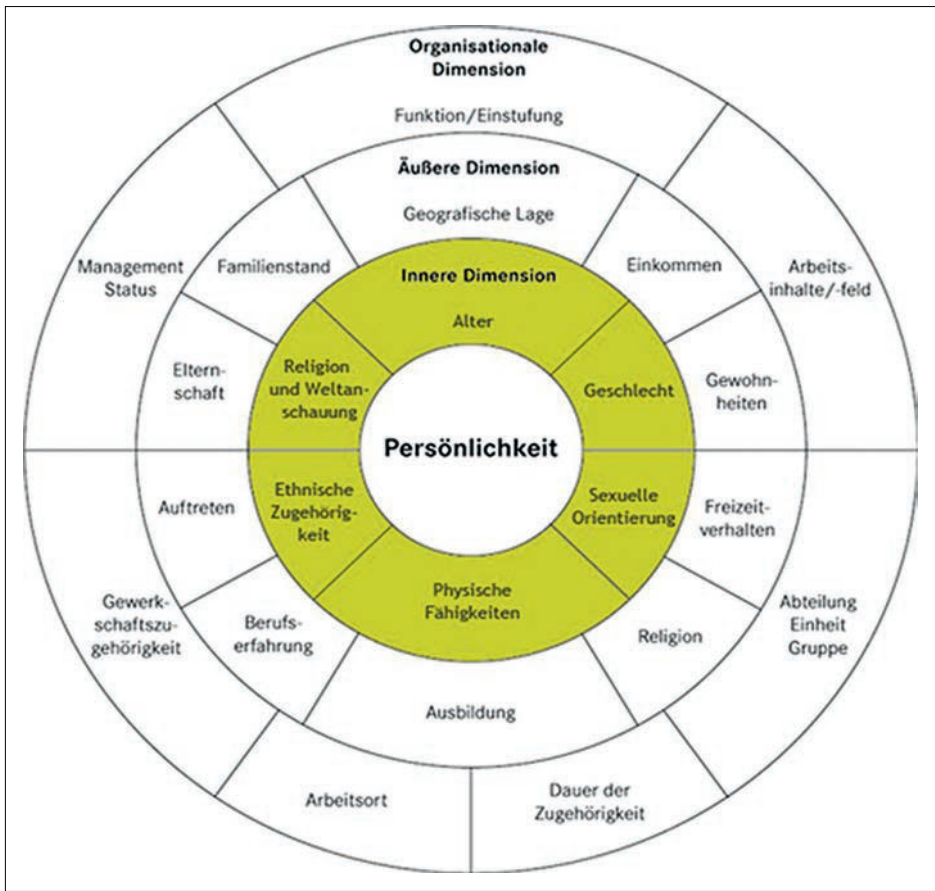


Abb. 2: Dimensionen der Persönlichkeit

4. Die Bedeutung von Gender bei bestimmten Themen

Es gibt Therapie-Themen, bei denen die Geschlechtszugehörigkeit von Patient/in und Therapeut/in deutlicher in den Blick kommt (und idealiter in gendersensibler Weise auch angesprochen und reflektiert wird): Dazu zählen v.a. jene, die aus Genderstereotypen oder Genderkonflikten erwachsen, weiters auch alle jene Inhalte, die in besonderem Maße leibnah sind, d.h. den Geschlechtskörper, Sexualität und Reproduktion mit den damit verbundenen Emotionen, Kognitionen und Volitionen betreffen. Als Beispiele einige Themen, bei denen es für Therapeut/innen besonders wichtig ist, sich Doing Gender und die Genderkombination der Therapiedyade bewusst zu machen, zu reflektieren und mit in den Therapieprozess einzubringen:

- Fragen der Sexualität und des Begehrens (mit allen Varianten ihrer Normungen, Schwierigkeiten, Erfüllungen, besonders sexuelle Grenzüberschreitungen und Traumatisierungen)
- Fragen des Selbstwerts, der Scham in Bezug auf Schönheit und (erotische) Attraktivität für Patient/in und deren Geschlechtspartner/in
- Themen der sexuellen Orientierung
- Probleme mit Fruchtbarkeit und Reproduktion, Erkrankungen der Geschlechtsorgane
- Probleme in Paarbeziehungen wie Trennung, Treue/Untreue, (vergebliche) Werbung, psychische und physische Gewalt im sozialen Nahraum
- Problemkonstellationen entlang der gesellschaftlichen Arbeitsteilung wie Pflege von Angehörigen, Kindererziehung, Hausarbeit, berufliche Karriere, Teilzeit oder Vollzeitarbeit, Einheiratung in bestimmte Milieus mit abweichenden Gender-Vorstellungen etc.
- Umgang mit Selbstbehauptung, Reaktanz, Konkurrenz, Macht und Aggression, Täter/in oder Opfer sein
-

Bei derartigen Themen muss der/die Therapeut/in immer rückfragen und reflektieren, was es für den/die Patient/in heißt, diese Thema mit einem Mann/einer Frau zu bearbeiten. Denn hier denken, fühlen und handeln Therapeut/innen wie Patient/innen entlang ihrer Gendersozialisation – z.B. von einer Vergewaltigung, einer Kastration zu sprechen, wird bei männlichen und weiblichen Therapeut/innen jeweils andere unmittelbare subtile leibliche Reaktionen hervorrufen, die ihre Reaktionen einfärben.

5. Die Bedeutung von Gender in der therapeutischen Beziehung

Bei den oben genannten gender-aufgeladenen Themen empfinden Patient/innen wie Therapeut/innen häufig ein grundlegendes Gleich- oder Anderssein mit ihren Patient/innen – je nach Geschlechtszugehörigkeit. Dies kann unreflektiert zu besonderen Nähegefühlen führen – v.a. weibliche Therapiedyaden sind dafür anfällig. In heterogen zusammengesetzten Konstellationen kann es sich in einer besonderen Behutsamkeit und Vorsicht äußern, wie dem Gefühl, dem Thema der Patient/innen nicht ganz gerecht werden zu können. Oder auch einem Gefühl von Fremdheit und Andersartigkeit, das sich in einer distanteren therapeutischen Beziehung manifestiert.

Doing Gender ist auch bei den Gefühlsäußerungen von Patient/innen im Auge zu behalten: Oft weinen wütende Patientinnen, während traurige Patienten Wut äußern. Die Äußerungen aggressiver oder empathischer Gefühle, körper-

liche Berührungen, Trost und Empathie, Sachorientierung und Aufgabenbezug, Konkurrenz und erotische Anziehung⁴ verteilen sich ebenfalls ungleich je nachdem wie die therapeutische Dyade (oder Gruppe) zusammengesetzt ist.

5.1. Dynamiken in den Dyaden (bes. weibliche Therapeutin und männlicher Patient)

Die Aktivierung von genderbetreffenden Atmosphären, Szenen und eine Tendenz zu Übertragungsmustern entlang der Genderstereotypen ergeben sich bei Themen wie den unter 4. genannten leicht. Dies führt zu bestimmten Färbungen der therapeutischen Beziehung und typischen Dynamiken entlang der Genderzusammensetzung in der therapeutischen Dyade oder Gruppe. Bei Mann/Mann-Dyaden wird oft von Konkurrenz – vor allem am Beginn der Therapie – berichtet. Bei männlichen Therapeuten und weiblichen Patientinnen werden die meisten erotischen Atmosphären (und auch sexuellen Übergriffe) berichtet. Weibliche Dyaden scheinen einen Anfangsbonus zu haben, oft können aber Grenzen, Aggression und Reaktanz in diesen therapeutischen Dyaden nicht oder nur spät thematisiert werden.

Wie sieht es nun mit weiblichen Therapeutinnen und ihren männlichen Patienten aus? Aus der Analyse der Rückmeldungen von Therapeutinnen über Phänomene aus ihrer Praxis (vgl. auch Schigl 2015) lässt sich generell sagen, dass diese Dyade von einer prinzipiellen Vorsicht und Zurückhaltung seitens der Therapeutinnen gekennzeichnet ist – dies umso mehr, je näher ihnen der Patient altersmäßig ist. Therapeutinnen berichten von mehr Unsicherheit im Vergleich zu weiblichen Dyaden, die sich sogar darin äußern kann, dass es für sie schwieriger ist, sich in der Therapeutinnenrolle sicher zu fühlen. Oft haben (v.a. jüngere) Therapeut/innen ein Gefühl, von ihren männlichen Patienten nicht ernst genommen zu werden. Solche Dynamiken können durch Komplimente und Anzüglichkeiten der Patienten entstehen, diese versuchen immer wieder mit ihren Therapeutinnen zu flirten. Männliche Patienten testen generell v.a. am Beginn der Therapie mehr aus, ob das Gegenüber auch kompetent und vertrauenswürdig ist – sowohl bei weiblichen wie auch männlichen Therapeut/innen. In der Therapie sind sie oft wortkarger als weibliche Patientinnen, sie brauchen länger um „aufzutauen“ und Vertrauen zu fassen. Zuerst präsentieren sie gerne ihre coole Seite und zeigen sich weniger hilfsbedürftig. Weibliche Therapeutinnen berühren männliche Patienten nur sehr selten, körperlicher Kontakt wird als schwierig beschrieben. All diese Muster sind abgeschwächt, wenn die Therapeutin deutlich älter ist als ihr Patient – ältere Therapeutinnen

4 Wobei homoerotische Atmosphären besonders tabuisiert werden.

berichten, dass es ihnen leichter fällt, sich als Frau aus dem Spiel zu nehmen und sich auch nicht mehr als potentiell „Beuteschema“ zu sehen. Therapeutinnen reagieren auf diese ihnen präsentierte Männlichkeit also entweder mit Vorsicht und einer gewissen Zurückhaltung, oft subtiler Verunsicherung. Andererseits bietet sich eine „mütterlich“-typisierende Haltung im Umgang mit den Patienten an: entweder gewährend, nachsichtig, verständnisvoll und geduldig zu sein und viel Unterstützung zu geben oder auch streng und konfrontierend zu (re-)agieren. Weibliche Therapeutinnen berichten, dass sie auf die männliche Sprache einsteigen, etwa mehr über Aktivitäten nachfragen als über Gefühle, oder selber „cool“ werden und auch klarer und früher Grenzen setzen. Besonders schwierig wird das Bearbeiten von sexuellen Themen berichtet, in der Anderssein und anders sozialisiert sein besonders deutlich wird (siehe 4.). Schamgefühle entstehen dabei auf beiden Seiten leichter als in geschlechtshomogenen Dyaden. Als besondere Schwierigkeit berichten weibliche Therapeutinnen die Arbeit mit männlichen Patienten aus (Sub-)Kulturen, die die traditionellen patriarchalen Werte nicht hinterfragen und ihnen stark verbunden sind. Besonders deutlich wird dies bei Erzählungen über Gewalt oder Abwertung von Frauen im Rahmen der Therapie.

5.2 Reflexion – gerne auch in der Therapie selbst

Wenn ich als Therapeut/in merke, dass mich ein Verhalten eines/r Patient/in besonders wütend macht, berührt oder verunsichert, so ist in der Selbstreflexion oder Supervision immer auch der Aspekt der Geschlechtszugehörigkeit in den Blick zu nehmen. Wenn dort analysiert und nachgespürt werden konnte, was Gender mit den aufkommenden Gefühlen zu tun hat, kann das in den therapeutischen Prozess rückgespielt werden: „Ich merke, dass Sie mit mir über „die Männer“/„die Frauen“ reden möchten – wen haben Sie denn da besonders im Blick?“ „Sie haben mir jetzt öfter Rückmeldungen zu meiner Kleidung gegeben und Komplimente gemacht – was möchten Sie denn damit sagen oder bewirken?“ Wenn so Bewusstheit geschaffen wird, können neue, modifizierte Möglichkeiten angebahnt und erprobt und das Handlungsfeld erweitert werden. Denn die Einordnungs- und Zuschreibungs-Prozesse sind nicht vermeidbar, da sie zutiefst identitäts- und kulturverankert sind.

6. Gendersensibilität und Genderkompetenz

Beide Partner/innen im therapeutischen Prozess, Therapeut/innen wie Patient/innen tragen zu Doing Gender in der Therapie bei. In ihren wechselseitigen Interaktionen und Korrespondenzprozessen erwachsen, spiegeln, ergänzen, verstärken oder moderieren sich geschlechtstypische Verhaltensweisen.

Alle Themen sind prinzipiell in gleich- und gemischtgeschlechtlichen Dyaden bearbeitbar. Patient/innen bestimmen durch ihre Wahl, wen sie im Moment für am besten geeignet halten, ihr Problem zu besprechen. Jede Kombination in der Zusammensetzung der therapeutischen Dyade (oder Gruppe) hat ihre Besonderheit, Fallen und Vorzüge. Es scheint auch so, als ob eine Dyade (männlicher Therapeut, weibliche Patientin) besonders risikoreich für unerwünschte Nebenwirkungen in der Therapie ist (Schigl, 2014).

In jedem Fall jedoch ist eine Thematisierung der gegebenen Geschlechterkombination – und ggf. eine Problematisierung derselben im Zusammenhang mit dem zu bearbeitenden Thema notwendig⁵. Selektive Offenheit und partielles Engagement der Therapeut/innen sind gefragt. Interaktionelle Phänomene und Gegenübertragungsprozesse als Reproduktionen gender-betreffender, gesellschaftlicher (Vor-)Urteile und die Inhalte kollektiver sozialer Repräsentationen sollen im therapeutischen Prozess sorgfältig analysiert werden. So können in mehrperspektivischer Betrachtung gesellschaftliche Bedingungen miteinbezogen – dekonstruiert – sowie deren Spiegelung in individuellen biografischen Problemlagen aufgezeigt werden.

Dazu ist von Therapeut/innen eine wache Bewusstheit für die Implikationen der eigenen Geschlechtszugehörigkeit (Gendersensibilität) und ein Handeln in Berücksichtigung des Doing Gender in der therapeutischen Beziehung (Genderkompetenz) vonnöten. Zur Selbstreflexion und Supervision können Fragen wie die folgenden hilfreich sein: Welche Theorien habe ich über Weiblichkeit und Männlichkeit, über gutes Mann/Frausein? Als was für eine Frau/ was für einen Mann sehe ich mich; sehe ich meine jeweilige Patientin/ meinen jeweiligen Patienten? Was glaube ich als Therapeutin (mit der jeweiligen Patientin/dem jeweiligen Patienten) zu tun, was ein Therapeut nicht tun würde – bzw. als Therapeut, was eine Therapeutin anders machen würde? An welchen Stellen im therapeutischen Prozess wurde Frau-/Mannsein angesprochen, von wem, in Bezug worauf? Wo spielte Gender m. E. eine wichtige Rolle und wurde nicht thematisiert? Was macht das Mann-/Frausein meiner Patient/in mit mir? Was glaube ich, löst meine Geschlechtszugehörigkeit bei meiner Patient/in aus – in Bezug worauf?

Welche Therapiethemen sind im konkreten Fall besonders eng mit Gender verwoben? Wann/wie/wodurch hat sich das gezeigt? Wie habe ich bzw. mein/e Patient/in darauf reagiert?

5 Bei besonders leibnahen Problemlagen würde ich tendenziell, v.a. bei der ersten therapeutischen Bearbeitung zu gleichgeschlechtlichen Dyaden/Gruppen raten.

In der Beschäftigung mit solchen Fragen (weitere siehe auch Schigl, 2012, S. 179ff.) kann Genderkompetenz und Gendersensibilität erworben und ausgebaut werden. Gender soll in unseren Analysen und therapeutischen Interaktionen im Prozess mit den Patient/innen als eine Perspektive des atmosphärischen und szenischen Erfassens und mehrperspektivischen Verstehens berücksichtigt werden.

Literatur

- Beauvoir, Simone de (1988): Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau. Reinbeck b. Hamburg: Rowohlt. [franz. Erstveröffentlichung 1949]
- Garfinkel, Harold (1967). Studies in Ethnomethodology (Social and political theory). Cambridge: Polity Press.
- Gildemeister, Regine (2004). Doing Gender: Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung. In: Ruth Becker & Beate Kortendiek (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie (S. 132-141). Wiesbaden: VS Verlag.
- Gildemeister, Regine & Robert, Günther (2008). Geschlechterdifferenzierungen in lebenszeitlicher Perspektive. Interaktion – Institution – Biografie. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hagemann-White, Carol (1993). Die Konstrukteure des Geschlechts auf frischer Tat ertappen? Methodische Konsequenzen aus einer theoretischen Einsicht. In: Hilge Landweer & Mechthild Rumpf(Hrsg.). Feministische Studien, Kritik der Kategorie »Geschlecht« 11,2 (S. 68–78). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Kessler, Suzanne J. (1990). The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants. In: From Hard Drive to Software: Gender, Computers, and Difference, 16,1: 3-26.
- Moscovici, Serge (2001). Social representations. Explorations in Social Psychology. New York: New York University Press.
- Schigl, Brigitte (2012). Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Wiesbaden: VS.
- Schigl, Brigitte (2014). Gendered Risk: Risikofaktor Geschlecht? In: Leitner Anton, Schigl Brigitte & Märtens Michael (Hrsg.): Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für PatientInnen und TherapeutInnen (S. 51-65). Wien: facultas. wuv.
- Schigl, Brigitte (2015). Doing Gender im psychotherapeutischen Prozess – braucht Dekonstruktion. In: Psychosozial 2/2015: 39-54.

- Schigl, Brigitte (2016). Doing Gender in der Psychotherapie: We all are Part of the Game! In: Beatrix Wimmer-Puchinger & Karin Gutiérrez-Lobos & Anita Riecher-Rössler(Hrsg.): Irrsinnig weiblich. Psychische Krisen im Frauenleben. Hilfestellungen für die Praxis (S. 227-240). Heidelberg: Springer.
- West, Candace & Zimmerman, Don, H. (1987). Doing gender. In: Gender & Society, 2/1: 125-151.
- West, Candace & Zimmerman, Don, H. (1991). Doing Gender. In: Judith Lorber & Susan A. Farrell (Hrsg.): The Social Construction of Gender (S. 13-37). Newbury Park: Sage Publications.

Immer schön tüchtig süchtig? – Männer, Männerrollen und Sucht

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V. (LVG), Hannover

Die Men's Health Week im Juni 2015 in Australien ging ungewöhnliche Wege. Es wurden im Rahmen von vieler lokaler Veranstaltungen die „many contributions large and small, that men and boys make to our society and to the community“¹ gewürdigt und gefeiert. „The idea is to have fun while celebrating the many positive roles men play in our lives whether as fathers, grandfathers, sons, brothers, friends, teammates or work colleagues.“² (<http://www.menshealthweek.org.au>). Ein vergleichbar ressourcenstärkender Ansatz, um Männergesundheit zu fördern, ist in Europa schwer zu finden, im deutschsprachigen Raum schon gar nicht.

Der geschlechterspezifische Gesundheitsdiskurs ist nicht nur in Bezug auf Männer von Geschlechterstereotypen bestimmt. Bislang gibt es nur wenige männerspezifische Gesundheitsforschung. Deshalb dominieren häufig defizitorientiert Bilder von Männlichkeit und männlichem Gesundheitsverhalten. Es wird insbesondere die höhere Risikobereitschaft, das Ausblenden von Krankheitssymptomen und das vermeintlich geringere Gesundheitsbewusstsein von Männern beklagt. Aber dieser Diskurs bezieht sich zu oft auf ein überholtes monolithisches Bild von Männlichkeit. Ein statistischer Durchschnittsbefund blendet Rollenerwartungen und Männlichkeitskonzepte völlig aus. Die Europäische Union kommt in ihrem ersten Report zur Männergesundheit von 2011 zu dem Schluss: „Public debate on men's health tends to be dominated by negative portrayals of men and masculinity, whereby men are blamed for failing the health services by not attending, for being violent and for taking risks“

1 Dt.: „die vielen kleinen und großen Beiträge, die Jungen und Männer für unsere Gesellschaft und Gemeinschaft leisten, ...“

2 Dt.: „Die Idee ist es, Spaß zu haben, während man die verschiedenen positiven Rollen, die Männer in unserem Leben spielen, feiert – egal ob als Väter, Großväter, Söhne, Brüder, Freunde, Team- und Arbeitskollegen.“

(European Commission, 2011, S.10f.)³. Die Dauerthematisierung von geschlechtsspezifischen Morbiditäten und Mortalitäten, bei denen Männer schlechter abschneiden als Frauen zeichnet ein sehr einseitiges, stereotypes Männerbild.

	Check-up		Hautkrebs	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
35 - 39	20,0	16,1	16,2	11,0
40 - 44	23,8	20,2	18,4	13,0
45 - 49	22,8	20,4	17,2	13,3
50 - 54	23,1	21,2	17,0	13,6
55 - 59	25,3	23,4	17,7	14,8
60 - 64	25,1	24,2	18,5	16,3
65 - 69	31,4	31,1	20,3	19,1
70 - 74	28,8	28,8	20,0	20,1
75 - 79	23,9	24,2	16,5	17,6
80 und älter	21,0	22,8	12,7	15,1

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln 2013

Abb. 1: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen 2012 in Prozent der Anspruchsberechtigten

Schon der Blick auf die statistisch gesehen kürzere Lebenserwartung der Männer im Vergleich zu der Lebenserwartung der Frauen ist kein so eindeutiges Thema wie es scheint, weil sie vor allem über höhere Sterblichkeitsraten in Kindheit, Jugend und jungem Erwachsenenalter zurückzuführen ist. Die höhere Sterberate der Männer nimmt mit zunehmendem Lebensalter ab, d.h. vor allem die Unfälle und Suizide im jüngeren Lebensalter kosten „die Männer“ statistisch gesehen Lebenszeit im Vergleich zu den Frauen. Aber was sagt ein solcher Vergleich überhaupt aus? Die Lebenserwartung an gesunden Lebensjahren unterscheidet sich bei Männern und Frauen nicht, d.h. Frauen „erkauften“ die längere Lebenserwartung auch mit mehr Einschränkungen und Jahren der Pflegebedürftigkeit - statistisch gesehen.

3 Dt.: „Die öffentliche Debatte über Männergesundheit wird von der negativen Darstellung von Männern und Männlichkeit dominiert, wobei Männern vorgeworfen wird, die Gesundheitsvorsorge nicht zu nutzen, gewalttätig und risikobereit zu sein.“

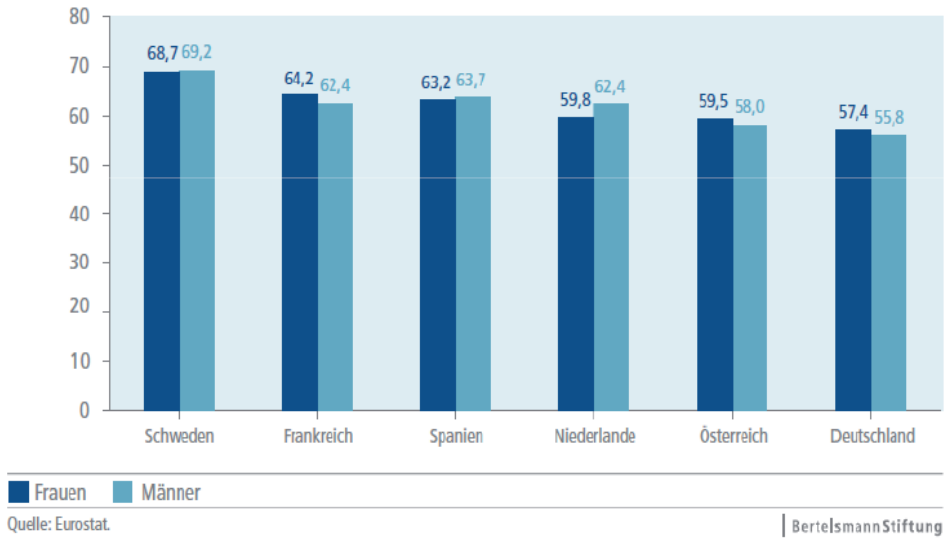


Abb. 2: Beschwerdefreie Lebenserwartung (HLY - Healthy Life Years)
(Bertelsmannstiftung, 2008)

Geschlechtstypisches Verhalten fällt nicht vom Himmel und ist auch keine reine Biologie, sondern wesentlichen Sozialisationseinflüssen und kulturspezifischen Geschlechterstereotypen unterworfen. Die Geschlechtsidentität, d.h. die Art, wie wir uns als Mann und wie wir unseren Körper als männlich wahrnehmen, ist auch ein Produkt der Rollenerwartungen und Sozialisation, nicht nur der Genetik. Jungen und Männer lernen sehr früh, dass sie „ihren Mann stehen“ sollen. Kein Gedanke daran, dass man seinen Mann auch liegend, kniend oder sitzend unter Beweis stellen könnte. Schon früh wird versucht, das Schmerzerleben von Jungen mit Hinweis auf die Indianer, die angeblich keinen Schmerz kennen, männlich zu formen, d.h. in dem Fall Schmerzen nicht so wichtig zu nehmen und vor allem nicht darüber zu klagen. Warum hören kleine Mädchen nichts über schmerzunempfindliche Indianerinnen? Wer weiß überhaupt etwas vom Schmerzerleben derselben? Schon die beiden Redewendungen machen deutlich, wie früh Rollenerwartungen bestimmte Verhaltensweisen nahelegen oder ausschließen können.

Sucht – ein Männerthema?

Das kommt auf die Sucht an. Auch der Suchtdiskurs unterliegt Geschlechterstereotypen. Süchte, von denen Frauen häufiger betroffen sind, fallen im Alltag weniger auf und sind eher kompatibel mit der Geschlechterrolle, die Frauen zugewiesen wird, insbesondere Essstörungen und Medikamentenabhängigkeiten. Frauen, die hungern, fallen weniger auf, als Männer, die hungern, weil „kräftig zulangen“ auch ein Essstereotyp für Männer ist, während Mäßigung und Zurückhaltung typische weibliche Stereotype wären. Dass in Deutschland so wenig zu Medikamentensucht geforscht wird, hängt auch damit zusammen, dass man dabei sicher auch die Rolle des Medizinsystems bei der Entstehung dieser Süchte genauer unter Lupe nehmen müsste und sich anschauen könnte, welche weiblichen Alltagsphänomene medikalisiert werden und ob Männer mit den gleichen Symptombeschreibungen (falls sie fähig sind, diese zu artikulieren) auch so schnell und über so langen Zeitraum Tranquilizer oder Schlafmittel verschrieben bekommen würden.

Goldberg hat in seinem bereits 1979 erschienen Buch „Der verunsicherte Mann“ aufgezeigt, dass gesundheitsriskante Verhaltensweisen für Männer auch ein Weg sind, zu zeigen, wie männlich sie sind. Seine sieben „männlichen Imperative“ lauten:

- je weniger Schlaf ich benötige,
- je mehr Schmerzen ich ertragen kann,
- je mehr Alkohol ich vertrage,
- je weniger ich mich darum kümmere, was ich esse,
- je weniger ich jemanden um Hilfe bitte und von jemandem abhängig bin,
- je mehr ich meine Gefühle kontrolliere und unterdrücke,
- je weniger ich auf meinen Körper achte,

desto männlicher bin ich (Goldberg, 1979, S. 19).

Alkoholismus ist nach wie vor die zentrale, aber unterschätzte männliche Sucht. Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) des Institutes für Therapieforschung (IFT) wird seit den 1980er Jahren in regelmäßigen Zeitabständen der Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen sowie Medikamenten in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands erfasst. Die dort und in allen anderen epidemiologischen Untersuchungen festgestellten Geschlechterunterschiede sind erheblich.

Ähnliche Geschlechterunterschiede finden sich zu Ungunsten der Männer auch bei der Abhängigkeit von illegalen Drogen oder sogar noch gravieren-

	Gesamt	Männer	Frauen
	Angaben in %		
Missbrauch	3,1	4,7	1,5
Abhängigkeit	3,4	4,8	2,0
Missbrauch oder Abhängigkeit	6,5	9,5	3,5

Abb. 3.: Prävalenz alkoholbezogener Störungen im Erwachsenenalter
ESA 2012 (Krauset al., 2014, Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012)

der bei pathologischem Glücksspiel, wo sogar 90 Prozent der Betroffenen Männer sind. Deshalb liegt auch deutschlandweit der Anteil der männlichen Klienten im ambulanten und stationären Bereich der Suchttherapie bei rund 75 %. Mönnerspezifische Therapiekonzepte existieren dagegen kaum, d.h. in der Regel werden die Therapien völlig „ungegendert“ angeboten. Dabei haben Bockholdt, Stöver & Vossnagen. bereits 2006 die Ziele mönnerrorientierter Suchtarbeit umfassend definiert und mit einem Handlungsmanual auch praktisch unterlegt:

- Abschied von Inszenierungen und der Konstruktion der Mönnerrolle durch Suchtmittel
- Reden lernen (auch mit Geschlechtsgenossen)
- Ausdruck von Emotionen (auch weichere)
- Verarbeitung von Verletzungen, Traumata, Rollenverlusten, Trennungsverarbeitung
- Neudefinition von mönnlicher Stärke
- Sensibilisierung für die eigene Person, für Andere und die Umwelt

(Bockholdt, Stöver & Vossnagen, 2006)

Suchtprävention – kein Mönnnerthema?

Genauso wenig wie in Therapieangeboten spielen in der Suchtprävention Geschlechtersapekte und andere Diversitykriterien die Rolle, die sie eigentlich spielen müssten. Schon das Kampagnenmotto der größten deutschen Sucht-

präventionskampagne, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Kenn Dein Limit“ zeigt, dass „One-fits-all“-Strategien in dem Bereich nicht funktionieren. Fünf der sieben zentralen Kampagnentipps, sind Anleitungen zum Unmännlich-Sein, also völlig unattraktiv für männliche Jugendliche:

1. Trink keinen Alkohol, wenn du durstig bist.
2. Lass dir Zeit.
3. Sei bei Alkohol egoistisch. (Setze bei Runden aus oder bestelle dir zwischendurch ein alkoholfreies Getränk. Schließlich hat jeder sein eigenes Trinktempo.)
4. Such dir die richtigen Vorbilder.
5. Lerne auch mal „Nein“ zu sagen.
6. Meide Trinkspiele und Flatrate-Partys.
7. Trink keinen Alkohol, wenn es dir schlecht geht.

(<http://www.kenn-dein-limit.info>)

Der ermüdende Diskurs, der Männer und Jungen als schwer erreichbare Zielgruppen für Gesundheitsangebote aller Art stigmatisiert, blendet eben die Struktur der Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote (z.B. die Themenauswahl, die Art und den Kontext der Bewerbung u.ä.) völlig aus. Die Angebotsgestaltung wird nicht in Bezug zur Inanspruchnahme gesetzt. Die mangelnde Nutzung dieser Angebote durch Männer ist auch auf die geschlechterinsensible Ausgestaltung der meisten Angebote zurückzuführen. Die Überschätzung von Medien und Material ist dabei möglicherweise der größte und unterm Strich auch teuerste Irrweg, um Männer zu erreichen. Kein Flyer, und sei er auch noch so bunt und „männergerecht“ gestaltet, kein Kinospot, kein Plakat und kein noch so trendiges Präventionsangebot in den sozialen Netzwerken stellt eine wirklich sinnvolle Investition dar. Dennoch wird ungehemmt investiert, weil all diese Kernelemente der schönen alten Präventionswelt ja so gut bei der Gesundheitspolitik vermarktbare sind und wunderbar zu öffentlichen Haushaltsroutinen passen, in denen das bewilligte Geld auch kalenderjährlich unbedingt ausgegeben werden muss.

Ein Blick zurück auf die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahr 1986 könnte die Diskussionen in ganz andere Bahnen lenken. Dort wird festgehalten: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.

Ein höheres Maß an Selbstbestimmung über Gesundheit schließt die Akzeptanz anderer Gesundheitsvorstellungen sowie anderer Informationsbedürfnisse mit ein und versucht nicht ständig zu erziehen oder aufzuklären. Das traditionelle Präventionsverständnis, das Defizite, ob nun informationeller oder verhaltensmäßiger Art, immer dem kränkeren oder risikoträchtigeren Gegenüber zuschreibt, ist das Leitmotiv der meisten „männerspezifischen“ Präventionsansätze. Die eigenen Werte, Haltungen, Sozialisationserfahrungen oder Vorurteile, die überhaupt zu dem Interesse einiger Akteure an dem Feld Männergesundheit führen, werden zumeist nicht hinterfragt.

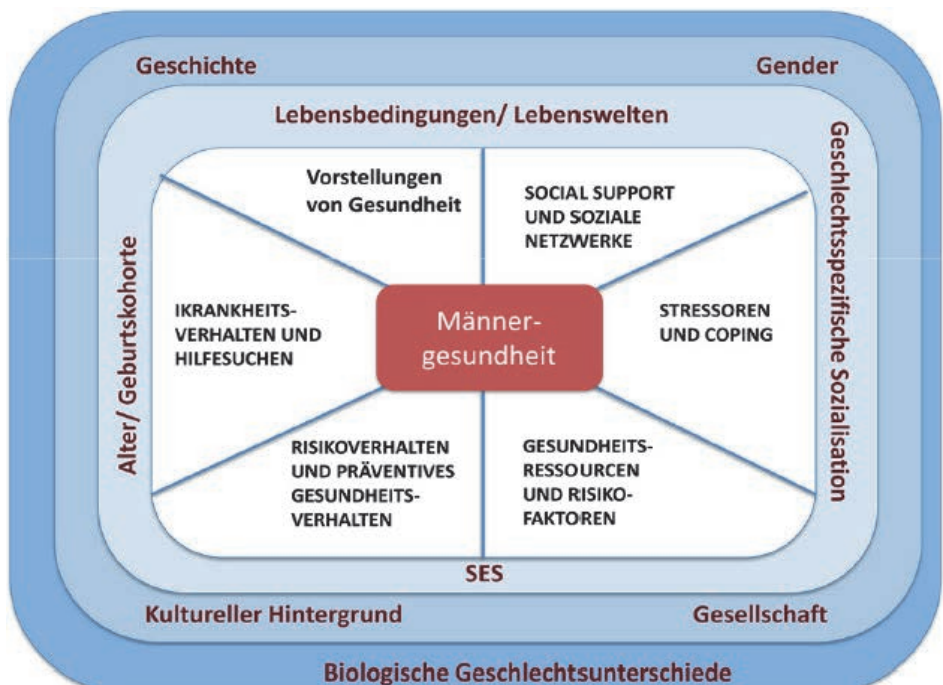


Abb. 4: Integriertes Modell der Männergesundheit (Faltermajer, 2015)

Partizipation und Respekt als Kernelemente der Angebotsentwicklung und Gesundheitsförderungsarbeit

Die Grundlage für das Fließen öffentlicher Gelder in die präventive Programmentwicklung ist häufig nicht die Wertschätzung von Lebenswirklichkeiten sehr unterschiedlicher Menschen. Meist werden irgendein epidemiologischer Befund und/oder die Sorge um Folgekosten für die öffentlichen und Sozialversicherungskassen als Anlass genommen, sich um ein „Problem“ zu kümmern

und „Lösungen“ zu entwickeln. Aber schon die Problemdefinition findet nicht in sozialen Beziehungen statt, sondern in asymmetrischen Kontexten. Fachleute, Medien oder die Gesundheitspolitik definieren das Problem, das bestimmten gesellschaftlichen Gruppen zugeschrieben wird. Ob diese selbst das auch als Problem wahrnehmen oder ganz andere, möglicherweise vordringlichere oder gar keine Problem in ihrem Alltag haben, ist für den Präventions- und Projektaktivismus völlig irrelevant, weil kein frühzeitiger Kontakt gesucht wird. Reale soziale Beziehungen zu den Gruppen existieren in der Regel ohnehin nicht oder nur anekdotisch.

Sennet hat in seinem etwas eklektischen Buch „Respekt im Zeitalter der Ungleichheit“ (2004) gefordert, „dass man an anderen Menschen akzeptiert, was man nicht versteht“. Das bedeutet auch, dass man „Schwachen“ oder „Außenstehern“, wie er sie leider nennt, Autonomie zubilligt und ihnen damit ihre Würde lässt. Respekt bedeutet für Sennet, dass man als Mensch angesehen wird, dessen Anwesenheit etwas zählt, und eben nicht als ein Problemträger. In der ganzen fürsorglichen Sozialpolitik lauert für ihn die Gefahr, das Gegenteil auszulösen und Abhängigkeiten neuer Art zu schaffen - sei es durch umfangreiche Versicherungspflichten, detailregelte Sozialleistungen oder intervenierende Sozialarbeit oder eben in unserem Falle, gut gemeinte, aber schlecht gemachte Präventionsprogramme.

Auch in den Ansätzen der neueren Strömungen der lösungsorientierten und systemischen Psychotherapie findet man diese Grundhaltung wieder, die weiten Teilen des Präventionssektors leider völlig fehlt. In systemischen Ansätzen bestimmen Begriffe wie Neutralität, Neugier und Respekt vor der Autonomie von Klientensystemen die therapeutische Beziehung, die als partnerschaftlich konzipiert wird.

Ich glaube, wir brauchen für eine erfolgreiche Gesundheitsarbeit mit Männern (und nicht nur mit ihnen) eine andere Leitidee, eine die nicht besserwisserisch oder volksbeglückend daher kommt. Wir brauchen keine Risikoprofile oder Problemlagen irgendwelcher abstrakten Menschen, sondern das Ernstnehmen von Lebensentwürfen und –wirklichkeiten von Anderen. Amartya Sen (2002) schlägt Verwirklichungschancen als Denkfigur dafür vor. Verwirklichungschancen sind für ihn die Möglichkeit jedes Menschen, bestimmte Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen. Von ihnen und nicht von uns für erstrebenswert gehalten! So eine Orientierung im Denken fehlt uns. Für den Bereich des geschlechtersensiblen betrieblichen Gesundheitsmanagements habe ich 2009 skizziert, welche Stufen vor der Maßnahmenentwicklung stehen sollten. Dieses Modell lässt sich ohne weiteres auf alle Präventionsfelder oder gesundheitsfördernden Settings

übertragen:

1. Selbstreflexion (Zugang zum Thema, Haltungen, Vorerfahrungen, Kompetenzen, Vorurteile...)
2. Festlegen mit wem gesprochen und gearbeitet werden soll (z.B. nicht „die Männer“, sondern z.B. in einem Betrieb Männer aus bestimmten Altersgruppen, Hierarchieebenen oder Betriebsteilen)
3. Partizipation und Beteiligung organisieren (Dialogisches Prinzip, Gemeinsame Problemdefinitionen statt Übermittlung von Botschaften oder Abspulen von Programmen)
4. Maßnahmenentwicklung und -durchführung (kleine Schritte statt Maximallösungen, geschlechtergerechte Sprache bei der Bewerbung von Angeboten, anschließend mögliche Verankerung in Routinen)

Auch das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz macht ein Umdenken notwendiger, verpflichtet es doch alle gesetzlichen Krankenversicherer dazu, in einem neuen Grundsatzparagrafen § 2b, SGB V bei all ihren Leistungen „geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen“. Für den Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention wird diese Verpflichtung sogar in der Neufassung des § 20 verschärft: „Die Krankenkasse sieht in ihrer Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) und zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechterbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.“

Die Suchtarbeit und -prävention ist ein wesentliches Handlungsfeld, das diese Herausforderungen endlich annehmen sollte, wenn es Männer und Jungen erreichen und hilfreich für sie sein will.

Literatur beim Verfasser

Männer mit Zuwanderungsgeschichte in ihrer eigenen Wahrnehmung verstehen

Regine Schrader

Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Fachbereich Lebensräume, Bielefeld

Männer mit Zuwanderungsgeschichte können bei weiblichen Fachkräften, von denen sie therapiert, beraten oder betreut werden, Verunsicherung, einen starken Impuls zur Abgrenzung oder auch das Erfüllen von Forderungen, z.B. ausreichende Sprachkenntnisse oder Handschlag, als Bedingungen für Behandlung und Hilfe auslösen.

Der Zugang zu Männern mit Zuwanderungsgeschichte kann erleichtert werden, wenn weibliche Fachkräfte versuchen, den Sinn des Verhaltens der Männer zunächst zu verstehen. Hierbei geht es nicht darum, diskriminierendes Verhalten zu rechtfertigen oder hinzunehmen, sondern erst einmal den Zugang zum männlichen Klientel mit Zuwanderungsgeschichte möglich zu machen. Viele Menschen mit Zuwanderungsgeschichte kommen aus einer Kultur, in der ein Gast freundlich begrüßt wird. Außerdem gilt meist die Werthaltung, dass Konfliktpunkte und Kritik nicht unmittelbar angesprochen werden, um zwischen den Menschen Harmonie zu erhalten.

Einen Orientierungsrahmen für das Verstehen bietet die Forschung des Soziologen Pierre Bourdieu (1930-2002) in der Kabylei/Algerien. Die Ergebnisse seiner Forschung sind auf viele Länder am Mittelmeer und angrenzende Staaten anwendbar. Interessant ist, zu schauen, mit welchem Hintergrund die Beraterinnen oder Behandlerinnen selbst aufgewachsen sind und wo sie sich in den unten beschriebenen Machtformen wiederfinden.

Bourdieu geht davon aus, dass Verhaltensweisen früh in der Kindheit erlernt und inkorporiert werden, so dass die Person kein Bewusstsein für die Motivation ihres Handelns hat. Die Person hat gelernt, sich in bestimmten Grenzen zu bewegen. Scham und Ohnmacht treten auf, wenn die Grenzen überschritten werden. Das Verhalten ist dabei von den gesellschaftlichen Milieu- und Geschlechterstrukturen abhängig, durch die die Person geprägt wurde. Durch das Handeln in den vorgegebenen Grenzen konstruiert die Person die Strukturen immer wieder neu und trägt so zu ihrer Kontinuität bei. Der soziale Sinn dieser Strukturen besteht ebenfalls darin, einer Person zu ermöglichen, Teil einer Gesellschaft zu sein.

Die Strukturen betrachtet Bourdieu anhand von vier verschiedenen Kapitalen, dem ökonomischen, dem kulturellen, dem sozialen und dem symbolischen Kapital.

Kapitalarten sind Machtformen. Sie beeinflussen die Position eines Menschen in der Gesellschaft. Dieser Einfluss geschieht ohne bewusste Steuerung oder Absicht der Handelnden. Die Kapitale haben eine Überlebenstendenz, sie können Profite und sich selbst reproduzieren und wachsen. Die Verteilung wird durch die Zwänge geregelt, deren Ziel das dauerhafte Funktionieren der Gesellschaft ist. Es geschieht ein Abgleich der Kapitalausstattung von Personen und Einrichtungen, der die Positionierung in der gesellschaftlichen Hierarchie verdeutlicht.

Ökonomisches Kapital

Das ökonomische Kapital bezieht sich auf Geld und Wertgegenstände. In den Industrieländern zeigt es sich in der Wohnung und in Besuchen von hochpreisigen Veranstaltungen und Sportarten. Es wirkt sich maßgeblich auf den sozialen Rang aus. Es kann ererbt sein und dann in kulturelles Kapital investiert werden. Die Investition in kulturelles Kapital wird aber nicht zwangsläufig angewendet. Andererseits ist kulturelles Kapital ein Mittel, um ökonomisches Kapital zu erlangen.

Kulturelles Kapital

Hiermit meint Bourdieu Bildung und Gegenstände, die Bildung voraussetzen.

Das inkorporierte kulturelle Kapital wird in der Kindheit erworben, d. h., in der Zeit mit der größten Auffassungsgabe des Gehirns werden die Grundlagen für das kulturelle Kapital gelegt. Es ist auch möglich, es später zu erwerben. Die Person benötigt dann weitaus mehr Energie und das Kapital ist nicht wirklich inkorporiert. Das kulturelle Kapital kann sowohl in der Schule als auch im Elternhaus gebildet werden. Wenn die Eltern ebenfalls über ein hohes Maß an kulturellem Kapital verfügen, geben sie dies in der Regel an die Kinder weiter und fördern sie. Sie können es auf eine soziale Weise vererben. Der Prozess der Weitergabe geschieht meist unmerklich und wird nicht bewusst wahrgenommen.

Kinder, die schon in der Umgebung mit hohem kulturellem Kapital aufwachsen, können das kulturelle Kapital, das ihnen in der Schule geboten wird, sehr leicht aufnehmen, weil die Verstehensstrukturen dafür schon im Elternhaus gelegt wurden. Wird das kulturelle Kapital nur in der Schule vermittelt, fehlt der Bezug und das Wissen bleibt eine Ansammlung von Kenntnissen. Man in-

vestiert in Bildung viel Zeit. Kulturelles Kapital kann nur durch die Person selbst erarbeitet werden. Hier ist Delegation nicht möglich, anders als beim ökonomischen Kapital, das eine Person erhalten und dann für sich nutzen kann.

Soziales Kapital

Das soziale Kapital sind die Beziehungen, über die eine Person verfügt und das Netz von sozialen Beziehungen, in dem sie sich bewegt. Der Umfang des Sozialkapitals hängt von der Größe des Netzes und den anderen Kapitalarten ab, welche die anderen im Netz besitzen.

Das soziale Kapital ist keine feste Größe, die eine Person erhält und die zeit- lebens fortbesteht. Am Erhalt des sozialen Kapitals muss die Person ständig arbeiten und die Beziehungen pflegen. Das Beziehungsnetz ist eine Folge von Investitionsstrategien, die bewusst oder unbewusst auf die Herstellung und Bewahrung von sozialen Beziehungen abzielen, die irgendwann später nützlich sein können. Dabei ist gegenseitiges Kennen und Anerkennen wichtig und die Gruppenzugehörigkeit wird versichert.

Symbolisches Kapital

Das symbolische Kapital ist abhängig von der jeweiligen Gesellschaft oder den Netzwerken, in denen eine Person sich bewegt.

In Gesellschaften mit hohem ökonomischem Kapital kann es sich um Status- symbole wie Erscheinungsbild des Fahrzeuges oder des Wohnortes handeln. In Gesellschaften, deren kulturelles Kapital Kenntnisse zum Überleben in der Natur mit dem Ziel der Herstellung von Lebensmitteln sind, wie in der von Bourdieu untersuchten Kabylei, besteht das symbolische Kapital in der Herstellung von Ehre, Vertrauen und Ansehen und dient letztendlich dem Dominanzerhalt der Männer. Die Zuordnung von Eigenschaften zu den jeweiligen Geschlechtern ist hier sehr klar abgegrenzt. Männlich bedeutet hart, dominant, außenorientiert und das Subjekt, das handelt, zu sein. Es besteht ein ständiger Kampf um den Dominanzerhalt. Der Verlust der Dominanz bedeutet eine starke Verletzung des Ansehens und des Vertrauens. Dieser Verlust kann von einem Mann mit Zuwanderungsgeschichte als absolut zerstörend, als sozialer Tod, erlebt werden, insbesondere weil es außer diesem und dem sozialen Netzwerk, welches ebenfalls bedroht wäre, keine weiteren Kapital- oder Machtformen gibt. In der von Bourdieu untersuchten Gesellschaft ist die Vermehrung von symbolischem und sozialem Kapital die quasi einzige Vermehrungsmöglichkeit. Die hier bedeutsamen Verhaltensmuster wirken im Grunde genommen auf die meisten Männer dieser Welt, wenn auch in verschiedenen Abstufungen.

Beziehungen werden nur bei Vertrauen geknüpft und wenn es ein Zugehörigkeitsgefühl gibt. Das größte Vertrauen gibt es innerhalb der Familie, deren Mitglieder durch die Werte der kollektiven Gesellschaft emotional sehr stark miteinander verbunden sind. Um das Vertrauen nach außen zu erhalten, werden Handlungen vollzogen oder Äußerungen gemacht, die aus Sicht der direkten Umgangsweise einer individualistischen Gesellschaft unlogisch, widersprüchlich oder einfach unverständlich erscheinen können. Sie dienen dazu, auf indirektem Weg ohne Verlust von Vertrauen oder Ansehen, die eigenen Ziele, eventuell auch auf Umwegen über andere, zu erreichen. Bluffen kann auch zum Verhaltensrepertoire gehören. Insbesondere in Krisen- und Notsituationen kommt es häufig vor, dass Menschen zu den Verhaltensmustern greifen, die sie stark verinnerlicht haben. Die Anpassung an das Verhalten, das von Männern in Deutschland wünschenswert ist, kann daher meist erst erfolgen, wenn es Sicherheit in unterschiedlichen Formen wie z.B. Aufenthalt, finanzielle Absicherung oder auch Akzeptanz in den Beziehungen zu Menschen deutscher Herkunft gibt. Der allgemein akzeptierte Kampf um den Dominanzerhalt kann es Männern mit Zuwanderungsgeschichte erschweren, weniger strenge Verhaltensweisen zu leben. Zum Beispiel unterstützt ein Vater, bei seinen Töchtern, die in der Ehe Gewalt erfahren haben, die Trennung und Scheidung von den Ehemännern. Er möchte ein demokratischer Mann sein. Seine Herkunftsfamilie und die „Community“ fordern von ihm, dass er sich durchsetzt und die Töchter wieder zu den Ehemännern zurück bringt. Er bleibt bei seiner Haltung und wird von der Familie und der „Community“ ausgestoßen und damit sozial isoliert. Das symbolische Kapital hängt in den prämodernen Gesellschaften stark von den Eigenschaften der Frauen ab, insbesondere deren Ruf im Ort, Aussagen über ihre Geschicklichkeit und ihre Jungfräulichkeit. Das kann sich in der Praxis zeigen, wenn ein Mann mit Zuwanderungsgeschichte nicht von einer Frau mit Zuwanderungsgeschichte betreut werden will, weil er befürchtet, dass ihr Ruf geschädigt wird, wenn er mit ihr in der Öffentlichkeit gesehen wird. Er fürchtet, die „Community“ könnte schlecht über die Frau sprechen und davor will er sie schützen.

Die Tätigkeiten, die symbolisches und soziales Kapital schaffen, haben in manchen Gesellschaften den gleichen Stellenwert wie Arbeit, die ökonomisches Kapital erzeugt. Männer mit Zuwanderungsgeschichte machen vermutlich in den Cafés, in denen sie große Teile des Tages verbringen, nichts anderes, als Vertrauen und soziale Beziehungen zu pflegen.

Bourdieu sagt auch, dass trotz veränderter Produktionsbedingungen diese Strukturen der Produktion des symbolischen Kapitals über die Beziehungen und das Machtverhältnis zwischen Männern als dominant und Frauen als dominiert weiterbesteht.

Resümee

Was bedeutet dieses nun für die Arbeit mit Männern mit Zuwanderungsgeschichte? Wichtig scheint zu sein, ihnen zunächst das Gefühl zu geben, dass sie willkommen sind und dass ihr Problem, in diesem Falle alles das, was mit dem Konsum von Suchtmitteln zusammenhängt, im Vordergrund steht. Begrüßungen und Dank oder andere zentrale Wörter in der jeweiligen Sprache des Herkunftslandes können dabei den Zugang erleichtern. Der Aufbau einer vertrauensvollen Therapie-, Beratungs- oder Betreuungsbeziehung sollte zunächst gestaltet werden. Dabei hilft Klarheit in den Mitteilungen über das, was in den jeweiligen Settings möglich und was nicht möglich ist. Wenn die Arbeitsbeziehung tragfähig ist, können kritische Themen wie Männer- und Frauenbilder, Gleichberechtigung etc. entspannter besprochen werden. Die Behandlerinnen oder Beraterinnen können in einer Position mit weitaus mehr ökonomischer und kultureller Macht als die Männer mit Zuwanderungsgeschichte sein. Das Bewusstsein über diese Macht und die andere Gewichtung der inkorporierten Kapitale kann ermöglichen, Männern mit Zuwanderungsgeschichte mit Offenheit und Gelassenheit zu begegnen.

Literatur

- Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hrsg.) Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwarz Soziale Welt, Sonderband 2, S. 183-198
- Bourdieu, P. (1993): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (2002): Das Verstehen. In: Bourdieu, P. et al. Das Elend der Welt. Konstanz: UVK, S. 393-426.
- Bourdieu, P. (2005): Die männliche Herrschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Eryilmaz, A. (1998): Die Ehre der Türkei. Frauen als Arbeitsmigrantinnen. In: Eryilmaz, A., Yasmin, M. (Hrsg.) Fremde Heimat. Geschichte der Einwanderung aus der Türkei. Essen: Klartext, S. 133-137.
- Gün, A.K. (2007): Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Heimann, R. (2010): Die Habitusanalyse. In: Gröning, K., Hoffmann, C. (Hrsg.) Studienbrief Forschungsmethoden. Bielefeld: Universität Bielefeld/ZWW, S. 106-134.
- Strasser, S. (1996): Die Unreinheit ist fruchtbar! Hamburg: Rowohlt.

„Wenn die Helferrolle weiblich besetzt ist und der Hilfe- suchende männlich – Aspekte aus psychodynamischer Perspektive“

Dr. med. Dipl.-Psych. Elisabeth Ehmann-Hänsch

Ärztin für Neurologie und Psychiatrie

Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse

Vor etwa zwei Monaten erschien im Zeitmagazin (Nr. 36/2016) ein Artikel von Jürgen von Rutenberg mit dem Thema „Männer lasst euch helfen“. Rutenberg führt aus, dass Männer sich zunehmend mehr trauen, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Er geht hier auf Besonderheiten ein, was da mit ihnen geschieht und unternimmt eine Reise in eine verborgene Gefühlswelt. Übereinstimmend auch mit epidemiologischen Untersuchungen zu Symptomverteilungen zwischen Männern und Frauen und zur Aufnahme therapeutischer Hilfe.

Es ist allgemein bekannt, dass der Weg hin zur fachpsychotherapeutischen Behandlung für Männer meist länger und zunächst häufig unüberwindlich erscheint. Dieses ist sicherlich auch erheblich soziokulturell bedingt. Unterschiedliche Sozialisationen von Männern und Frauen in verschiedenen Kulturen bedingten unterschiedliche Äußerungen psychischen Leids. So sind es doch vor allem Männer, die sich durchbeißen, sich ausschweigen, still und leise vor sich hin leiden, um dann z.B. raptusartig durch Fremdaggression wie Amokläufe, Selbstmordattentate etc. auffällig werden.

Aber auch die Symptomausgestaltung ist zwischen den Geschlechtern unterschiedlich. Dass Männer ungefähr gleich oft an psychischen Störungen wie Frauen erkranken, zeigen inzwischen mehrere Studien auch der Weltgesundheitsorganisation sowie ein Männergesundheitsbericht, der für Deutschland zuletzt 2013 erschienen ist. Dennoch beschränkt sich in Deutschland auch weiterhin der Anteil der Patienten, die psychotherapeutische Hilfe aufsuchen hartnäckig auf rund ein Drittel bezogen auf männliche Klienten und zwei Drittel weibliche Klientinnen.

Deutlich ist auch, dass männliche Klienten tendenziell eher weniger Zugang zu ihren psychischen Affekten haben. So erklärt sich auch, warum Frauen gehäuft

in den Diagnosegruppen Depression oder Angststörungen auffällig werden, Männer hingegen häufig einen Schwerpunkt im Bereich der Suchterkrankungen in ihrer Symptomatologie aufzeigen.

Neben verschiedenen therapeutischen Ansätzen, auch sucht-therapeutischen Ansätzen aus dem Bereich der kognitiven Verfahren, der systemischen Verfahren etc., ist der psychodynamisch orientierte Therapieansatz auf das Bewusstmachen und Verdeutlichen von bisher unbewussten, also durch psychische Abwehrphänomene verdrängte Prozesse ausgerichtet.

Darstellung Psychodynamischer Modelle

Um die Besonderheiten psychodynamischen Handelns und Behandeln auch unter geschlechterspezifischen Perspektiven zu verstehen, ist ein Überblick über psychodynamische Modelle eine wichtige Voraussetzung.

In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie haben sich in den letzten 100 Jahren verschiedene Theoriemodelle entwickelt. Alle theoretischen Konstrukte gehen davon aus, dass psychisches Geschehen mit bewussten sowie auch unbewussten Prozessen nicht zufällig oder regellos erfolgt. Es gibt relativ festgelegte Entwicklungsprinzipien für die Entwicklung der Persönlichkeit. Die in den entwicklungspsychologischen Beobachtungen gefundenen Gesetzmäßigkeiten führten zu der Entwicklung der Vorstellung von einer Struktur im Innerpsychischen. Sigmund Freud formulierte als Erster in der Zeit von 1900 bis 1920 das strukturelle Konfliktmodell, das auf triebpsychologische Theorien zurück geht. Selbst wenn dieses Modell schon vor 100 Jahren beschrieben wurde, ist es interessant und wichtig für das Verstehen von inneren, insbesondere auch neurotischen Konflikten.

In der ursprünglichen klassischen psychoanalytischen Triebtheorie entwickeln sich die psychischen Strukturen aus den kompromisshaften und abwehrbezogenen Konfliktlösungen in der Auseinandersetzung mit der realen Umwelt und den frühen Bezugspersonen. Dieses konflikttheoretische Modell, welches das historisch Älteste ist, kann - wenn Sie wollen - als Ursprung des psychoanalytischen tiefenpsychologischen Denkens begriffen werden. Es basiert auf der Wirkung der Triebe und Antriebe, die als Bedürfnis oder Wunsch erlebt werden und ihrer Hemmung oder Abwehr. Ein Verstehen von Problembewältigungen in besonderen Krisensituationen bis hin zur Entwicklung von psychischen Störungen, ist nicht ohne dieses Konfliktmodell möglich.

Das Ich-Psychologische-Modell beschäftigt sich mit den Ich-Funktionen sowie der Entwicklung und Strukturen des Ichs. Zu den zentralen Funktionen des Ichs gehören neben der Selbstorganisation die Steuerung der Triebe, des motivationalen Systems und die Herstellung eines befriedigenden Kontaktes mit der Umwelt. Die Ich-Psychologie ist für das Verständnis von speziellen Entwicklungsstörungen und Entwicklungsdefiziten unerlässlich.

Das Objektbeziehungstheoretische Modell eignet sich besonders für die Vorstellung der Entwicklung des Ichs und insgesamt der psychischen Struktur des Menschen, wie der Reproduktion von Verhaltensmustern. Es beschäftigt sich mit der Konstituierung von Objektbeziehungen und den damit zusammenhängenden Themen der Subjekt-/ Objektdifferenzierung, der Internalisierung wichtiger Funktionen, der elterlichen Objektrepräsentanzen und dem Erreichen von Selbst- und Objektkonstanz. Die Objektbeziehungstheorie stellt die theoretische Basis für das Modell der Interaktionsdynamik der Beziehungen dar. Gleichzeitig ist dieses Modell eine gute Ergänzung des systemtheoretischen Ansatzes verschiedener Therapieverfahren. In den systemischen Ansätzen geht es zumeist um die realen Interaktionen. In der Objektbeziehungstheorie stehen die inneren Bilder der erlebten Interaktionen im Vordergrund. Das objektbeziehungstheoretische Modell ist besonders hilfreich zum Verständnis von den sogenannten frühen Störungen.

Eine sehr gute Ergänzung der Objektbeziehungstheorien stellt die Bindungstheorie dar. Die Bindungstheoretiker betrachten die Beziehungsdynade unter qualitativen Gesichtspunkten. Einen besonderen Akzent stellt das Modell der Selbst-Narzissmustheorie dar. Es geht um die Betrachtung des Selbstsystems und des Selbstwertgefühles, welches sich natürlich auch in der Interaktion mit dem bedeutsamen Anderen entwickelt. Das Modell des Selbstsystems dient insbesondere der Erklärung von Störungen des Selbstsystems, des Selbstwertgefühls oder allgemein narzisstischer Störungen bis hin zu Borderline-Störungen und schließlich psychotischer Störungen.

Im klinischen Zusammenhang eignen sich diese Modelle oder theoretischen Konzepte in Abhängigkeit von der Entstehung, der Basis oder Disposition unterschiedlich gut zum Verstehen von psychischen Störungen. Generell ist zu sagen, dass sich die Objektbeziehungstheorie sehr gut zur Erklärung sogenannter früher Störungen eignet. Die Selbstpsychologie und die Ich-Psychologie folgen auf die Entwicklungszeitachse. Die klassische Konflikttheorie greift insbesondere, wenn die Basis der Störung in einer Zeit liegt, in der das Ich schon einigermaßen ausstrukturiert ist.

Der Weg von der analytischen tiefenpsychologischen Theorieentwicklung begann mit der Erklärung und Beschreibung der eher reiferen, also später entwickelten, sprich neurotischen Störungen. Mittlerweile haben sich sowohl Theoretiker/innen, als auch Praktiker/innen mehr mit den frühen Störungen bis zu psychotischen Störungen beschäftigt. Somit haben sich innerhalb der tiefenpsychologischen Theorieentwicklung die Akzente verschoben. Zu Beginn standen die Triebe und die Abwehr der Triebe im Mittelpunkt der Betrachtung. Dann verschob sich der Akzent auf die Betrachtung des Ichs und im Weiteren auf die zwischenmenschlichen Beziehungen. Die heutigen modernen tiefenpsychologischen Theorien können als Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen und ihrer Störungen bezeichnet werden, wobei diese natürlich bei Sigmund Freud schon angelegt war, nun aber deutliche Schwerpunkte setzt und wesentlich weiterentwickelt ist.

In den psychodynamischen Therapieformen ist die Übertragung/ Gegenübertragung das zentrale Phänomen sowohl für diagnostische als auch insbesondere für therapeutische Prozesse. Die Grundannahme ist, dass diese Übertragungsphänomene, d.h. die Phantasien der Klientel auf die Therapeutin/ den Therapeuten aus dem Unbewussten stammen und keiner, durch das Bewusstsein geprägten und gefilterten Einstellung heraus entstammen. So kommt es hier in den entsprechenden therapeutischen Begegnungen zu Wiederholungen des erworbenen und verinnerlichten Beziehungsmusters in der aktuellen Interaktion und Situation, also in der Übertragungs-/Gegenübertragungssituation. Die Gegenübertragung meint dabei die emotionale Antwort, die spezifische Reaktion der Therapeutin/ des Therapeuten auf die Übertragung der Klientel. Übertragung und Gegenübertragung gehören immer zusammen als ein Aspekt der Beziehungsdynamik. Sie bilden eine funktionale Einheit sowie die Selbst- und Objektrepräsentanz in den Objektbeziehungen.

Die Übertragungsmodi der Klientel sind im Laufe einer Behandlung äußerst unterschiedlich und vielgestaltig. So können Vater-, Mutter-, Geschwisterübertragungen etc. auf die Therapeutin/ den Therapeuten projiziert werden. Diese projektiven Phänomene, ausgehend von der Klientel (die allesamt unbewusst sind), sind somit nicht an ein reales Objekt (männlicher Therapeut oder weibliche Therapeutin) gebunden. Das heißt, im Laufe der Behandlung gelangen sehr vielfältige Übertragungsphänomene in den Behandlungsprozess - unabhängig von der Geschlechtszugehörigkeit der Therapeutin/ des Therapeuten. Klinisch ausgedrückt bedeutet dies, dass man in der Therapeutenrolle immer Adressat/in unbewusster Vater-, Mutter- und sonstiger Übertragungsphänomene ist. Dieses drückt sich auch im Gegenübertragungserleben der Therapeutin/ des Therapeuten aus. Hier werden durch die unbewussten Anteile der Klientel via Projektion und projektive Identifizierung väterliche und/oder mütterliche oder

sonstige Gegenübertragungsphänomene deutlich. So werden im Laufe der psychodynamisch orientierten Therapie die Übertragungsmodi phasenhaft von eher männlichen Übertragungsrollen auf weibliche und vice versa wechseln.

Von den Gegenübertragungsphänomenen, die durch das unbewusste Beziehungsmaterial der Klientel durch projektive Phänomene ausgelöst werden, gilt es die sogenannte „Eigenübertragung“ abzutrennen. Dies meint ein von der Klientel unabhängiges persönliches Erleben, Agieren und Mitagieren der Therapeutin/ des Therapeuten. Aus diesem Grunde ist es bei psychodynamisch orientierten Therapieverfahren besonders bedeutsam durch Prozesse von Selbsterfahrung, Lehranalyse, Supervision etc. die Anteile der Eigenübertragung zu erkennen, zu beachten und von den Gegenübertragungsphänomenen zu differenzieren. Hier liegt eine wichtige Störquelle für die Beziehungsdynamik des Übertragungs-/ Gegenübertragungsprozesses in der Weise vor, als dass es bei Nichtbeachten und Nichtwahrnehmen von therapeutischer Seite zu einer Störung des therapeutischen Prozesses kommt. Hierbei kann die unbewusste Inszenierung der Patientin/ des Patienten, die für die Bearbeitung der Störung wichtig ist und eine Voraussetzung für die psychische Nachreifung darstellt, empfindlich beeinträchtigt, gestört und sogar verhindert werden.

Schließlich möchte ich darauf hinweisen, dass es in der konkreten Arbeit immer zu bedenken gilt, dass es in den Wiederholungen von Beziehungsmustern, also in der Übertragungs-/ Gegenübertragungssituation, stets zum Teil um real erlebte Beziehung und eine Fülle von phantasierten Beziehungen geht, die miteinander verwoben sind.

Das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung wird in der psychodynamisch orientierten Objektbeziehungstheorie als eine Einheit, als unzertrennbar miteinander verbunden angesehen. Dieses bedeutet für die Interaktionsdynamik in der Gegenwart, dass sie auch durch die Persönlichkeit und die Übertragung der Therapeutin/ des Therapeuten mit geformt wird. Die Klientel wiederholen (unbewusst) alte Muster, wir Professionelle jedoch ebenfalls. Sie tragen auch zu den Verstrickungen und zum Verwobensein mit bei. Ob wir als Therapeut/in übertragen oder nicht übertragen, wir werden laut der Objektbeziehungstheorie immer als jemand angesehen, der die Beziehung mitgestaltet und so auch immer der Gegenstand der Reflexion ist. Konkret gilt es nicht nur zu fragen „Was löst die Klientin/ der Klient in mir aus?“ - sondern auch immer „Was an mir kann die Reaktion bei der Klientin/ dem Klienten ausgelöst haben?“.

Um diese Art Fragen in der Beziehungsdiagnose gut beantworten zu können, um eine neue Empathie zu entwickeln, die unterschiedlichsten ängstigenden, hilflosen oder aggressiven Emotionen der Klientin/ des Klienten halten und mo-

difizieren zu können, bedarf es - wie schon oben erwähnt - eines bestimmten Maßes an Selbsterfahrung in unserer therapeutischen Arbeit. In den psychodynamischen Verfahren wird der Hauptbetrachtungspunkt, wie bereits mehrfach erwähnt, insbesondere vor dem Spiegel unbewusster Prozesse gesehen, so dass die reale Beziehungssituation, wie z.B. männlicher Therapeuten oder weiblicher Therapeutinnen nicht die entscheidende Rolle spielt. Von viel größerer Wichtigkeit und Bedeutsamkeit wird die Art und Weise der Beziehung und Beziehungsgestaltung betrachtet, d.h. die Qualität der therapeutischen Beziehung.

Hier sind insbesondere die Bindungstheorien hilfreich. Die Bindungstheoretiker/innen (Bowlby, Ainsworth u.a.) beschäftigen sich insbesondere mit der Qualität der frühen Objekt-, Kindbeziehungen, d.h. Mutter- oder frühe Bezugsperson-Kindbeziehung und den Nachweis der Bedeutung für die spätere Entwicklung. Sie beschäftigen sich, wie die Objektbeziehungstheoretiker/innen, mit den Interaktionen, nur geht es in den Bindungstheorien um das tatsächliche Interaktionsverhalten, während sich die Objektbeziehungstheoretiker/innen mit den innerlich abgebildeten Interaktionen und den Emotionen zwischen Subjekt und Objekt befassen. Die Bindungstheoretiker/innen untersuchen also insbesondere das Interaktionsverhalten zwischen Kind und früher Bezugsperson.

Die Begriffe Bindung, Trennung und Verlust gehören untrennbar zusammen und werden in der Bindungstheorie erforscht. Trennung und Verlust der bedeutsamen Bezugsperson beeinflussen die Bindungsqualität entscheidend, darauf hatte bereits Spitz Mitte der 1960iger Jahre hingewiesen. Er gilt als ein Vorläufer der Bindungstheorie. Ich weise hier auf seine berühmten Untersuchungen über die frühe emotionale Deprivation von Kindern hin, die zum anaklitischen Syndrom und zum Hospitalismus führen können. Die neuesten bindungstheoretischen Hypothesen wurden von Dornes aufgestellt, der vom sicher gebundenen Stil, vom unsicher vermeidenden Stil, von unsicher ambivalentem Stil und vom desorganisiert-desorientierten Bindungsstil gesprochen hat.

Die Bindungstheorien haben das Augenmerk auf die realen Interaktionen und die Folgen für das spätere Verhalten gerichtet. Wir als Therapeut/innen haben es oft mit Personen zu tun, die negative Bindungserfahrungen haben und deren Bindungsqualität eher unsicher-vermeidend oder desorganisiert ist. Die Ergebnisse der Bindungstheorien zeigen auch die Notwendigkeiten, sich mit den Bezugspersonen und deren Geschichte zu beschäftigen und nicht nur problemorientiert am Kind (Patient/in) zu arbeiten. Bezogen auf die therapeutische Arbeit mit der Klientel sind die bindungstheoretischen Ansätze hilfreich.

Es kommt hier insbesondere auf die Qualität des Bindungsverhaltens an, auf ein gelungenes Attachement. Dieses Attachement ist nicht geschlechtsabhängig, sondern geht auf die Qualität der Beziehung zurück. Übersetzt auf die Behandlungssituation bedeutet dies, dass nicht das Geschlecht der Therapeutin/ des Therapeuten für den männlichen Klienten oder die weiblichen Klientin ein besonders entscheidendes Merkmal ist, sondern die Qualität der Beziehungsgestaltung und die daraus resultierende Bindung. Umso günstiger dieses Attachement sich geschlechtsunabhängig gestaltet, umso größer ist die Erfolgchance einer psychischen Nachreifung und Verbesserung der Symptomatik für die Klientel.

Resümee

Aus psychodynamischer Sicht ist die Übertragungs-/ Gegenübertragungsarbeit das essentielle Medium der Therapie. Bei den überwiegend unbewussten Übertragungsprozessen von der Klientin/ dem Klienten auf die Therapeutin/ den Therapeuten ist die Qualität des Attachements das Entscheidende. Somit tritt die Geschlechtszugehörigkeit der Helferrolle eher in den Hintergrund. Entscheidend ist, dass die Klientel-Therapeut/innen-Beziehung in einem Setting stattfindet, das Sicherheit, Stabilität und klare Struktur bietet. Dies bedingt eine sichere therapeutische Handhabung im Umgang mit Gegenübertragungsphänomenen.

Literatur

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978): Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation. New York: Psychology in Press.
- Bowlby, J. (1995): Mutterliebe und kindliche Entwicklung. München: Reinhardt.
- Dornes, M. (2006): Die Seele des Kindes: Entstehung und Entwicklung. Frankfurt/M.: Fischer.
- Dornes, M. (2011): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt/M.: Fischer
- Dornes, M. (2013): Die frühe Kindheit: Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt/M.: Fischer.
- Spitz, R. A. (1972): Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett.

Crashkurs oder Nachreifung der männlichen Identität in der Casa Fidelio

Herbert Müller

casa fidelio, Niederbuchsiten, Schweiz

Die casa fidelio in Niederbuchsiten im Kanton Solothurn besteht seit 1993 und ist die erste männerspezifische suchtttherapeutische Wohn- und Arbeitsgemeinschaft der Schweiz. Nach Erfahrungen in gemischt-geschlechtlichen Einrichtung richteten sich die männlichen Therapeuten auf ein geschlechtsspezifisches Therapiekonzept aus und spezialisierten sich auf die Behandlung ausschließlich männlicher Bewohner. Dieses männerspezifische Konzept hat sich mit einigen kleinen Anpassungen bis heute bewährt. Männer ab 25 Jahren finden dort die Möglichkeit, sich mit ihrer Drogensucht und gleichzeitig mit ihrem Mann-Sein zu befassen. Gearbeitet wird ebenso nach einem eigenem Betriebs- und Migrationskonzept.

In der Einrichtung ist Platz für 25 Bewohner. Sie leben autonom in vier, größtenteils von den Bewohnern selbst gebauten Häusern auf dem Areal. Die Altersspanne der Bewohner reicht aktuell von 23 bis 54 Jahren. Die Männer werden von Anfang an als selbstverantwortliche Persönlichkeiten betrachtet und entsprechend in die Mitarbeit einbezogen.

Das Personal ist zusammengesetzt aus fünfzehn internen Mitarbeitern im Tagsteam, acht Mitarbeitern im Nachtteam, einem externen Psychiater und unserem Institutionsarzt. Zusätzlich gibt es eine Zusammenarbeit mit der Kantonalen Psychiatrie Solothurn/Olten, Abteilung Sucht. Alle Mitarbeiter haben eine Fachausbildung: Sozialpädagogen, Heilpädagoge, Psychotherapeuten, Naturtherapeuten, Sozialarbeiter, Arbeitspädagogen, Betriebsökonominnen, Lehrer, Homöopathen, Körpertherapeuten. Zusätzlich zur beruflichen Qualifikation haben die Mitarbeiter auch immer eine Vorbildfunktion in ihrer Rolle als Mann. Die casa fidelio ist ein Verein. Er untersteht den kantonalen Richtlinien und muss regelmäßig Rechenschaft über sein Tun abgeben ablegen.

Die ganze Institution ist seit 2003 zertifiziert nach dem vom Bundesamt für Gesundheit empfohlenen Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA für Stationäre Suchttherapie und-rehabilitation.

Die therapiewilligen Männer werden von den Beratungsstellen, Kliniken, Sozialdiensten und der Justiz in die casa fidelio eingewiesen. Dazu wird eine Kostengutsprache, also eine Kostenübernahmeerklärung der jeweiligen Gemeinde oder Justiz benötigt.

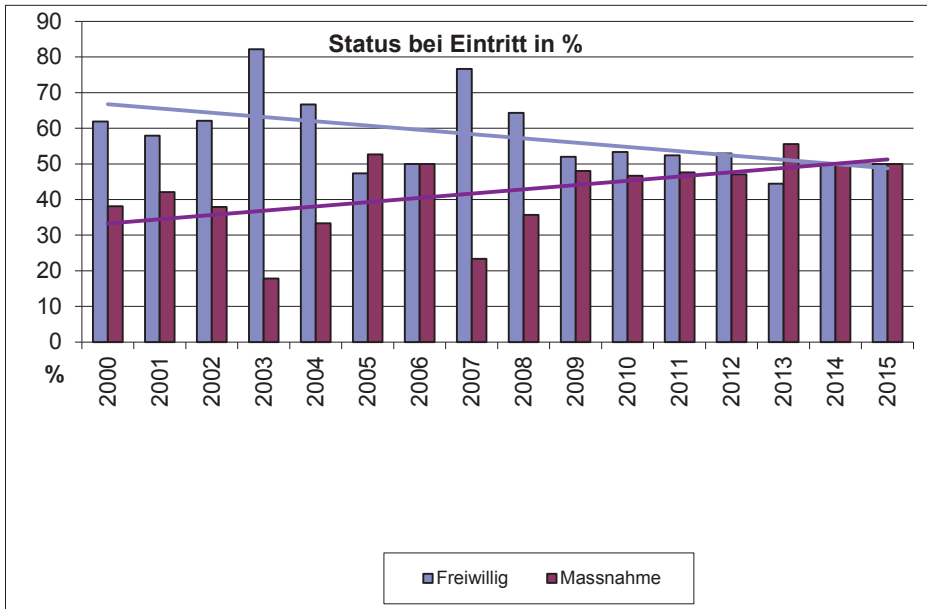


Abb. 1: Entwicklung des Eintrittsstatus

Zu Beginn findet ein Vorstellungsgespräch statt. Gemeinsam wird dann entschieden, ob die casa fidelio der geeignete Platz für die Therapie sein kann.

Kriterien für einen Eintritt in die casa fidelio sind vor allem:

- deliktorientierte Arbeit (Sucht und Delinquenz)
- Gewalt: Opfer-Täter-Thematik
- Mehrfachdiagnosen
- Väter, die ihren Kindern nie nüchtern begegnet sind
- Beziehungsunfähigkeit, Schwierigkeit sich in ein soziales Gefüge eingliedern zu können
- Probleme mit der eigenen Männlichkeit
- Schwierigkeiten sich im Berufsleben zurecht zu finden
- Männer die Probleme in ihren Beziehungen haben, die dann immer wieder scheitern, weil sie Sexualität mit Liebe verwechseln und sie von ihren Gefühlen abspalten

- Männer, die sich um ihre Sucht zu finanzieren Prostituierten und so ein gespaltenes Verhältnis zu anderen Männern und ihrer Männlichkeit haben
- Neuorientierung als Mann in der Auseinandersetzung mit einem reinen Männerumfeld

Die therapeutische Arbeit

Die Aufenthaltsdauer beträgt in der Regel achtzehn Monate, kann in Verbindung mit Integrationsmaßnahmen wie z.B. dem Beginn einer Lehre oder der Integration in den Arbeitsmarkt aber auch 24 Monate dauern. Der Anteil der über die Justiz zugewiesener Männer beträgt ca. 35 %, der Ausländer- und Migrationsanteil steigt derzeit auf einen Anteil von ungefähr zwei Drittel.

In der Therapie bekommen die Männer die Gelegenheit, ihre Ressourcen zu stärken und auszubauen. Der Austausch untereinander bietet die Möglichkeit, gemeinsam zu lernen und das Erlernte auszuprobieren. Die Therapie soll vermehrt zu Selbstbestimmung führen und den Glauben an die eigenen Fähigkeiten bis zur Selbstverwirklichung im Rahmen unserer Gesellschaft stärken. Ins Zentrum soll ein Menschenbild der Stärke, der Fähigkeiten und des Gelingens rücken. Die Bewohner werden nach Möglichkeit in ihren erlernten Berufen eingesetzt oder fachkundig instruiert. Auch wird den Bewohnern ermöglicht, eine Lehre abzuschließen.

Der Therapie- und Pädagogikbereich umfasst Gruppen- und Einzelgespräche, themenspezifische Gruppen, Selbsthilfegruppen, Unterricht in Lesen, Schreiben und Mathematik zur Verbesserung der Bildungsgrundlagen und eine Systematische Naturtherapie, in der die Männer z.B. Töpfern. In der Therapie gilt es primär, eine vertrauensvolle therapeutische Zweierbeziehung aufzubauen, die dem Bewohner Raum für seine Verletzlichkeiten, Schuldgefühle und Phantasie geben soll. Auch die Einbeziehung der Angehörigen ist ein wichtiger Teil der Therapie.

1. Biografischer Verlauf:

Anhand von narrativen Interviews, Erzählungen von Lebenssequenzen und dem vorgetragenen Lebenslauf der wichtigsten Ereignissen und Lebensphasen wird die Biografie erfasst. Dabei werden die stark strukturierenden Faktoren herausgestellt, die bis in die Gegenwart wirken und das Klientensystem wahrscheinlich stark strukturierten. Eines der Themen ist sicher das aktuelle Frauen-/ Männerbild, das sich über die Jahre entwickelt hat.

2. Raster-Systemerfassung:

Das Klientensystem, die Entwicklung und die Diagnose werden differenziert auf allen Ebenen ganzheitlich erfasst. Weitere mögliche Themen sind Dynamik des Familiensystems, Beziehungsgestaltung, Bildung und Arbeit, Sucht, Delinquenz usw.

3. Mann-Sein:

Bevor man den Patienten in Bezug auf sein „Mannsein“ betrachtet, sollte er zunächst als Mensch in seiner Ganzheit zu erfasst werden. Die Sprache ist dabei ein wichtiges Werkzeug und muss oft neu gelernt werden. Verletzenden, Abwertenden, sexistischen Sprüchen - all das muss über Bord geworfen werden. Dabei wird von jedem Mitarbeiter gefordert, sofort zu reagieren, egal ob auf dem Areal oder auf dem Bau, in der Küche oder beim Freizeitgestalten, in den Therapiegruppen und in den Einzelgesprächen. Es muss eine neue Streitkultur unter Männern entwickelt werden in gegenseitiger Achtung und Respekt. Das ist ein hoher Anspruch und ein langwieriger Prozess. Aber ohne neue Sprachqualität gibt es keine Veränderung.

4. Körpergefühl:

„Mein Körper gehört zu mir, ich will einen liebevollen Zugang zu meinem Körper, er ist ein Spiegelbild meiner Seele.“ Das Körpergefühl ist schon lange abhanden gekommen oder war noch nie da. Männer zeigen in jeder Lebenslage, wie achtsam sie mit ihrem Körper umgehen. Das fängt im Alltag an: „Ich brauche beim Radfahren keinen Helm.“, „Ich ziehe beim Schweißen keine Schutzbrille an.“, „Wenn die Sonne da ist, dann laufe ich bei der Gartenarbeit mit nacktem Oberkörper herum. Ich creme mich aus Prinzip nicht ein und trage auch keine Kopfbedeckung.“ Ihren Körper zu schützen, gilt bei ihnen in vielen Fällen als unmännlich.

5. Haushaltsführung:

„Kochen und Haushaltsführung habe ich noch nie gemacht, dafür sind die Frauen da!“ oder „Was hat das mit der Sucht zu tun!“ Diese Sprüche hört man häufig zu Beginn dieser Aufgabe. In der casa fidelio lernt jeder Mann Kochen und Haushaltsführung. Das heißt, er ist für mindestens drei Monate verantwortlich für eine Hausgemeinschaft und lernt das alles von einem Mann. Dabei geht es vor allem auch um gesunde Ernährung und darum, ein wohnliches Zuhause zu schaffen.

6. Vaterschaft:

Väter lernen in der casa fidelio wie man Kinder erzieht und bekommen Unterstützung von anderen Vätern beim Bestreiten ihres Alltags mit den Kindern.

Die Kinder sind meist in den Ferien und an den Wochenenden bei ihren Vätern. Diese lernen dabei, adäquat mit den Lehrern und anderen Personen aus dem Umfeld der Kinder zu kommunizieren; ebenso erlernen sie die gemeinsame Erziehung mit der Partnerin zusammen. Auf Wunsch der Partnerin können zu Paargesprächen und Paarbegleitung auch Fachfrauen aus der Institution Lilith (frauenspezifische Einrichtung für Suchtmittel und/oder psychisch erkrankten Frauen) unterstützend hinzugezogen werden.



Abb. 2: Gemeinsame Aktivitäten in der casa fidelio

Genderspezifische Suchtarbeit

Um bewusster und gezielter in die Suchtarbeit mit Männern einzusteigen, wurde für die casa fidelio ein Konzept für männerspezifische Suchtarbeit erarbeitet. So setzt die therapeutische Arbeit mit Männern den Schwerpunkt in großem Maße auf die Auseinandersetzung mit dem Mann-Sein.

Die Therapieform von Männern für Männer soll den Bewohnern ermöglichen, sich selbst unverfälscht als Mann zu erfahren. Durch die Sensibilisierung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse erhalten die Bewohner die Möglichkeit, ein neues Selbstbild aufzubauen. In der Auseinandersetzung mit Partnerbeziehungen oder den Beziehungen zu den Frauen im Allgemeinen werden die eige-

nen Erfahrungen mit den Bildern von Männlichkeit, von Macht und anderen Wertvorstellungen aufgearbeitet. Häufig neigen die Männer dazu, die Macht der Frau zu leugnen oder abzuwerten; sie versuchten deshalb die Macht zu behalten oder Macht auf die Frauen auszuüben.

Die Nähe zum Partner, meist zur Frau, zeigt sich in der Regel in Form von Distanzlosigkeit, Symbiose, Verwöhnung, dauernder Anklammerung oder totaler Abkehr. Der Partnerin oder dem Partner ist es unmöglich, sich abzugrenzen und ihre/seine persönlichen Eigenständigkeit zu wahren. In der Therapie geht es deshalb darum, die bisherigen Sicht- und Verhaltensweisen in Bezug auf die Partnerschaft, Frauen und auch auf das Selbstbild als Mann zu reflektieren und zu verändern, um gleichberechtigte Beziehungen leben zu lernen.

Wenn im Rahmen einer Therapie eine Frau einen Mann berät, sind auch immer einige „Fallen“ zu berücksichtigen: so neigen Frauen häufig dazu, die Mutterrolle zu übernehmen, die Ersatzpartnerin zu sein, in eine emotionale Abhängigkeit zu geraten oder andere Beziehungsmuster des Klienten zu Frauen unhinterfragt zu übernehmen.

Doch auch wenn ein Mann einen Mann therapiert, stellen sich „Fallen“ wie „Verbrüderung“ oder Kumpanei; dabei sollte aufmerksam differenziert werden zwischen einem konstruktiven Arbeitsbündnis und einer unangemessenen Solidarität. Auch eine Vater-Sohn-Übertragungen oder die Vermischungen der eigenen schmerzhaften Erfahrungen mit Frauen sind Verhaltensmuster, die sich in einer Therapie nachteilig auswirken würden.

Für das behandelnde Team ist es unabdingbar, das eigenen Frauen- und Männerbilder sowie die eigene Geschlechterrolle zu kennen und zu hinterfragen. Auch das Überprüfen und der Austausch eigener Wertungen und Haltungen gegenüber süchtigen Männern und Frauen sowie ein regelmäßiger Austausch und eine Auseinandersetzung zu gendergerechter Suchtarbeit im Team der Mitarbeitenden sind grundlegend für eine erfolgreiche Therapie.

Das männliche Rollenbild

„Ich gehe Männern lieber aus dem Weg - Frauen verstehen mich besser, ich kann von ihnen alles haben.“, „Meine Mutter ist ein liebes Ding.“, „So wie mein werde ich Vater niemals, eher bringe ich mich um!“ Solche oder ähnliche Aussagen fallen in den biographischen Erzählungen der Patienten und bilden einen guten Indikator für deren erlerntes Rollenbild.

Das Konzept der männerspezifischen Suchttherapie basiert auf der Erkenntnis, dass mit den persönlichen Ressourcen der männlichen Mitarbeiter gearbeitet werden muss. Jeder einzelne übernimmt mit seinem Mann-Sein eine Vorbildfunktion. Gerade diese Vielfalt von Männlichkeit, wie man sie in der casa fidelio antrifft, erleichtert es den Bewohnern ihr eigenes Rollenverhalten zu überdenken. Männer haben ihre eigene Art mit Sucht umzugehen, die sich von der, suchtmittelabhängiger Frauen unterscheidet. Die casa fidelio arbeitet mit den Ressourcen der Bewohner und stärkt so ihr Selbstvertrauen, um ein neues Leben in Eigenständigkeit führen zu können.

Frauenspezifisch ...

Grundsätzlich gilt: soll geschlechtsspezifische Suchtarbeit Erfolg haben, ist eine ausführliche Vorarbeit notwendig. Dies gilt sowohl für Männer- wie für frauenspezifische Suchtarbeit. Suchtabhängige Frauen sind in der Minderzahl; das Verhältnis in den gemischten Einrichtungen beträgt meist 20 % Frauen gegenüber 80 % Männern.

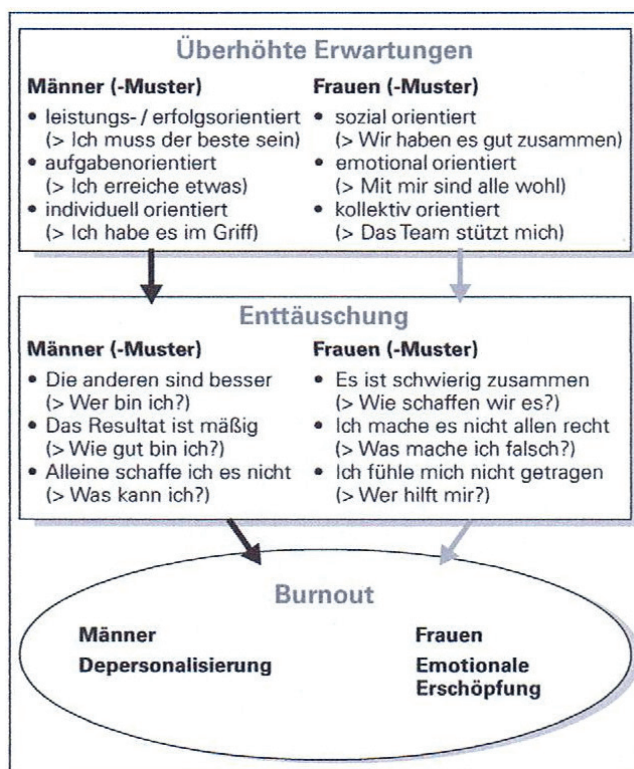


Abb. 3 : Reaktionskette durch überhöhte Erwartungen bei Männern und Frauen

Suchtmittelabhängige Frauen sind oft Opfer von männlicher Gewalt, besonders in der Drogenprostitution. Die Notwendigkeit einer frauenspezifischen Suchtarbeit wird dadurch offensichtlich: Die Frauen benötigen zuerst einen Schutzraum für sich, damit ihre Verletzungen heilen können und der Boden für ein selbstverantwortungsvolles Leben geschaffen werden kann.

... Männerspezifisch

Das Bedürfnis der Männer für eine geschlechtsspezifische Suchtarbeit entsteht nicht auf die gleiche Weise wie bei den Frauen und ist auch nicht so vordergründig und offensichtlich. Die in der Institution casa fidelio tätigen Männer, sowohl Mitarbeiter wie Bewohner, sind zuerst einmal mit der Situation konfrontiert, dass keine Frauen da sind. Der Mann kann sich so nicht mehr als Mann in Bezug auf die Frau definieren, sondern wird in der Gemeinschaft an-

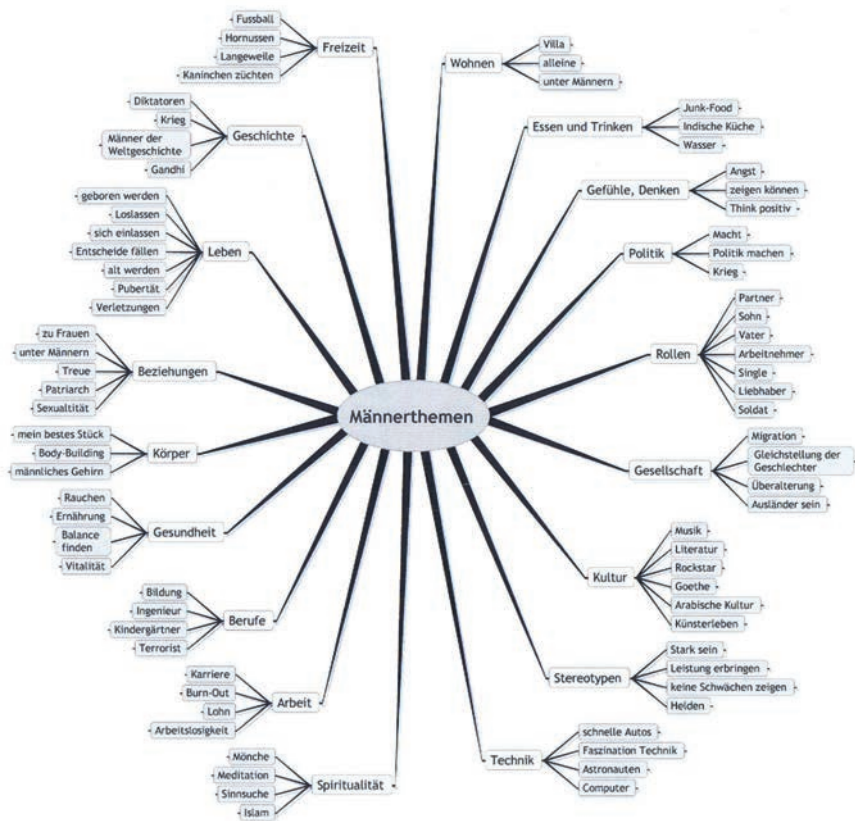


Abb. 4: Männerthemen

dere Aspekte seiner männlichen Identität suchen müssen. Theoretisch ist dies zwar sehr einleuchtend, aber in der Praxis oft schwierig nachvollziehbar. Eine häufig gesehene Rolle des Mannes, sich als Beschützer der Frauen darzustellen, fällt deshalb weg.

Für die geschlechtsspezifische Arbeit muss primär das kategoriale und eindimensionale Denken von "Frau versus Mann", von "entweder – oder" in ein zweidimensionales Denken verändert werden. Dies ermöglicht ein differenzierteres und ganzheitlicheres Bild von der Frau und vom Mann, ohne dass z.B. rollenspezifische Eigenschaften nur einem Geschlecht zugeordnet und bei anderem Geschlecht abgespalten werden.

Beziehungsfähigkeit

Männer, insbesondere substanzabhängige Männer, haben in ihrer Kindheit und Jugend oft keine männlichen, identitätsstiftenden Bezugspersonen und Vorbilder gehabt. Körperferne, einseitige, rollenspezifische Prägung des emotionalen Ausdrucks und Kontrollbedürfnisse sind weitere Faktoren, welche die Beziehungsfähigkeit prägen. Verantwortung für Beziehung und Nähe werden in der Regel externalisiert. Das Bedürfnis nach Beziehung wird häufig im Konkurrenz- und Wettkampf unbewusst ausgelebt. Es gilt in der Therapie neue Bilder von Männlichkeit zu entwickeln. Männerfreundschaften gehen bei substanzabhängigen Männern kaum über den gemeinsamen Konsum oder die gemeinsame Beschaffung hinaus. Was bleibt ist die Sehnsucht nach freundschaftlichen Beziehungen und dem Zulassen emotionaler Nähe. Dem gegenüber steht die Scheu vor freundschaftlichen Kontakten mit Männern, aus Angst als schwul zu gelten. In der Arbeit von Männern mit Männern geht es darum, diese Nähe zu anderen Männern zu enttabuisieren und so neue Erfahrungen mit Männern zu ermöglichen.

Unverarbeitete Ängste

Die Bewohner haben sich - wie so viele Männer in unserer Gesellschaft - selten mit der Beziehung zur Mutter oder zum oft psychisch oder physisch abwesenden Vater auseinandergesetzt. Ebenso habe viele die Trennung der Eltern miterlebt.

Eine fehlende Mutter kann so zu einem Mangel an emotionaler Zuwendung führen, ein Bereich der traditionell den Müttern zugeschrieben wird und der von Vätern oft vernachlässigt wird. Die Söhne können deshalb nur schwer ler-



Abb. 5 : Männerfreundschaften

nen, dass Niederlagen, Ängste und Kummer auch zum männlichen Leben gehören. Die unverarbeiteten Ängste werden herumgetragen und können sich in ein großes aggressives Gewaltpotential umwandeln. Das zeigt sich bei den Männern, die mit der Zeit die ständig unterdrückte und betäubte Angst nicht mehr wahrnehmen. Auf diese Weise ist es ihnen nicht mehr möglich, mit Situationen umzugehen, die mit Angst verbunden sind. Das hat zur Folge, dass sie nicht mutiger, sondern immer ängstlicher werden und sich zunehmend Unruhe, Machtgehebe, Rationalisierungen entwickeln. Ein Ziel der Therapie ist deshalb, dass die Männer Gefühle wie Angst, Kummer, Scham u.s.w. wahrnehmen, anerkennen und akzeptieren können und lernen, dass die Gefühle nicht einfach etwas Weibliches sind, das der Mann nicht zulassen darf.

Ein weiteres Problem ergibt sich bei einem ständig physisch oder emotional abwesenden Vater. Dann fehlt dem Sohn die Identifikationsmöglichkeit mit seinem gleichgeschlechtlichen Elternteil. Auch das Erleben häuslicher Gewalt, die meist vom Vater ausgeht, führt zu vielen seelischen und körperlichen Verletzungen. Der Sohn beginnt dann ebenfalls zu verletzen und zerstört so oft die Nähe und Geborgenheit in seinen späteren Beziehungen. Die Sehnsucht danach, vom Vater verstanden zu werden und dessen Zärtlichkeit zu erfahren, verwandelt sich in Hass, Ablehnung und Gleichgültigkeit und führt zur Flucht in unrealistische Männervorbilder, welche uns auch die Kinoleinwand und die Werbung präsentieren.

Suchtmittelmissbrauch ist in diesem Zusammenhang eine der zahlreichen Strategien, mit denen junge Männer versuchen, ihr verletztes Selbst zu schützen. Suchtmittel erweisen sich als „zuverlässig“ in ihrer Wirkung und sind jederzeit verfügbar. Sie kommen der nie gestillten Sehnsucht nach Sicherheit und Geborgenheit entgegen. Dies gilt besonders für Betäubungsmittel, die außerdem alle Arten von Gefühlen wie Schmerz, Wut und Trauer dämpfen und eine Entfernung von der Realität herbeiführen können. Andererseits können Suchtmittel auch Ventile für Gefühle wie z.B. Wut schaffen, die ohne ihre Hilfe nicht ausgelebt werden können.

Auch Missbrauchserlebnisse sind Teil vieler Biographien der Bewohner. Diese Erfahrungen sind traumatisch und wirken sich verheerend auf die Entwicklung von Identität und Selbstwertgefühl aus; Beziehungsstörungen, Scham und Schuld, ständiges Misstrauen und Hass sind die Folgen dieser Taten. Erfahrungen zeigen, dass die Männer kaum in einer Gruppe über ihren seelisch, körperlich oder sexuell erlebten Missbrauch sprechen, schon gar nicht in gemischtgeschlechtlichen Gruppen.

Konflikt und Gewalt

Die Konfliktkultur ist ein wesentlicher Bestandteil einer gesunden Kommunikation und muss erlernt werden. Im täglichen Zusammenleben haben die Bewohner ein optimales Übungsfeld dazu und das Thema wird in der Gruppen- wie in der Einzelarbeit thematisiert.

Hinter jedem Konflikt steckt für gewöhnlich ein emotionaler Auslöser oder Verstärker, ein zentrales Motiv wie Eifersucht, der Wunsch nach Zugehörigkeit oder Statusansprüche. Diese gilt es in der Einzel- und Gruppenarbeit herauszufinden. Auch Gewalt stellt ein zentrales Problem dar. Viele der Patienten kennen sie von Kindheit, ja vom Säuglingsalter an und haben sie häufig selbst erfahren: häusliche Gewalt, Prügeleien mit anderen Männern, Gewalt gegen Frauen, Gewalt bei Fußballspielen usw. Aggressionen und Gewalt sind nicht das Gleiche und werden aber oft vermischt. In der Regel wird Aggression als Vorstufe von Gewalt begriffen.

Ein Weg aus der destruktiven Gewalt ist unter anderem die Stärkung des Selbstbewusstseins. Nur der, dem die Verantwortung für sein Tun nicht abgenommen wird, der aufgefordert wird sie selbst zu übernehmen, wird seine Gewalttätigkeit aufgeben. Wenn jemand in seinem Verhalten kontrolliert wird, ist er nicht selbstverantwortlich für sein Verhalten.

Viele der Männer hatten als Kind zu wenig Beziehung zu ihrem Vater; diese sind an der Kleinkindererziehung kaum beteiligt. So fehlt den Jungen häufig das Verständnis dafür, was männlich ist. Die konkret erfahrene und erlebte Orientierung fehlt. Deshalb definieren sie „männlich“ als das pure Gegenteil von „weiblich“; um als männlich zu gelten, gebärden sie sich dann in Opposition zu weiblichem Verhalten. In der Kindererziehung bilden Männer meist eine strafende Instanz, treten als Organisator spektakulärer Sonntagsausflüge, als Förderer von Aktionen und Aggressionen auf, was dem Jungen ein Bild von Männlichkeit vermittelt, das realitätsfremd ist und von keinem Mann je erreicht wird. Die Abwesenheit der Männer und damit der Mangel an realen alltäglichen Erfahrungen bedeutet, dass Jungen keine realistische Vorstellung von dem haben, was Männlichkeit heißt.

Gewalt ist ein häufiger Bestandteil im Alltag eines Jungen, nicht nur als ausgeübte, sondern auch als erlebte Gewalt. Es wird erlernt, den Schmerz „wegzustecken“, jedoch nicht, ihn zu verarbeiten. Das führt zu einer Abspaltung der Gefühle. „Ein richtiger Mann zeigt keine Gefühle – Gefühle zeigen ist Schwäche.“ Dieses Entdecken, Wegstecken und Abspalten von Gefühlen führt dann häufig zu Ausbrüchen von Gewalt.

Jungen brauchen konkrete männliche Vorbilder im Alltag. Isolation und Einsamkeit sind zentrale Themen männlicher Identität. Die Therapie in der casa fidelio vermittelt deshalb auch Möglichkeiten, Ausdrucksformen für das eigene Innerste zu finden, um eine ganzheitlich Entwicklung zu ermöglichen. Das erforderte die Bereitschaft zur intensiven Auseinandersetzung mit dem Selbst und den eigenen Gewalterfahrungen. In Gruppen- und Einzelgesprächen und mit Hilfe von Tonarbeiten als Medium zum Umsetzen von Gefühlseindrücken, wird dieses Thema bewusst angegangen.

Sexualität

Gespräche über das Männlichkeitsverständnis beinhalten auch die Themen Sexualität, Erotik und Zärtlichkeit und auch das nach wie vor tabuisierte Thema Homosexualität. In den Gesprächen kommt häufig das gesplante Verhältnis des Mannes zur Zärtlichkeit zum Vorschein; Zärtlichkeit erfüllt dabei eine rein mechanische Funktion, um etwas zu erreichen.

casa fidelio bietet einen Schutzraum, in dem sich Männer aussprechen können ohne Angst haben zu müssen, ihr Gesicht zu verlieren. Auch Themen wie Treue bzw. die beziehungserhaltenden oder verletzenden, zerstörenden Folgen von Untreue, werden angesprochen. Ebenso geht es um den Konsum von Porno-

graphie und auch um das Thema Prostitution. Männliche Sexualität hat viele Facetten und erfordert viel Raum um darüber zu sprechen, ohne Moralisierung und Idealisierung, sondern in einer Umgebung des Vertrauens und der Geborgenheit.

Migration und Männlichkeit

Im Vordergrund der Arbeit mit Migranten steht in der casa fidelio die Integration der Bewohner in die Gesellschaft. Der Umstand, innerhalb einer bestimmten Gesellschaft anders oder fremd zu sein, soll nicht zusätzlich problematisiert werden. Migrant sein heißt in der Regel, Erfahrungen von Abschied, Entwurzelung und/oder Ausgrenzung gemacht zu haben bzw. noch immer zu machen. Probleme mit diesen Erfahrungen können mit der Drogensucht zusammenhängen und werden deshalb in der Therapie angesprochen.

Therapie hat vor allem mit Beziehung zu tun und die Gestaltung bzw. das Verständnis von Beziehung kann je nach Kulturkreis sehr unterschiedlich sein. Die professionellen Berater bzw. Therapeuten setzen sich deshalb mit den individuellen Eigenheiten der Klienten auseinanderzusetzen, damit eine unterschiedliche kulturelle Prägung der Kontaktaufnahme und der Verständigung nicht im Wege steht.

Der männerspezifische Ansatz ist gerade für Migrationsmänner ein erleichterter Zugang, um an ihren Abhängigkeiten arbeiten zu können. Besonders Migranten aus dem Mittelmeerraum, dem Balkan oder aus dem arabischen Kulturkreis werden mit dem männerspezifischen Ansatz der casa fidelio besser zurecht kommen als mit einer gemischt-geschlechtlichen Therapie. Das Rollenmodell, welches sie aus ihrer Erziehung mitbringen, steht oft zu einer weiblichen Therapeutin im Widerspruch. Gerade diese Männer sind es gewohnt ihre Probleme unter Männern zu besprechen. Die Anwesenheit von Frauen verbietet es oft von vornherein, über bestimmte Themen zu reden.

Die Bewohner lernen in genderspezifischen Therapieeinrichtungen mit Hilfemännlicher Vorbilder ein gesundes Bild von Männlichkeit zu entwickeln und ihren Alltag in allen Facetten besser und vor allem suchtfrei zu bewältigen. Oder wie es der Ballonfahrer Bertrand Piccard¹ einmal sagte:

1 <https://kathabellameinefotos.wordpress.com/category/zitat>

„Das Leben ist wie eine Ballonfahrt: Die Windrichtung lässt sich nicht beeinflussen, jedoch die Flughöhe und somit die Windströme in welchen man fährt. Man muss Ballast abwerfen um seine Flughöhe selbst zu bestimmen, sich von Menschen, Dingen und Gewohnheiten trennen, welche einen daran hindern zu steigen. Nur so kann man die Richtung seines Lebens beeinflussen!“



Abb. 6: Balance finden

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Rauschmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 730 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Die LWL-KS ist als Beraterin und Koordinatorin der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Fach-einrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler, aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse sowie die aktuelle Gesetzgebung und moderiert die kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 27.600 Fachkräfte zu Suchtthemen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen. Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus. Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten Modellprojekte sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung.



Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur. Der LWL wird durch ein Parlament mit 116 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.



LWL-KOORDINATIONSSTELLE

Sucht Fragen Sie uns
doch einfach.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
48133 Münster

Tel.: +49 251 591-3267
Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: kswl@lwl.org