

381. Strauß B, Hartung J, Kächele H (2002) Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. *In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Huber, Göttingen, S 533-547*

Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Soziale Arbeit

Bernhard Strauß (Jena), Johanna Hartung (Düsseldorf), Horst Kächele (Ulm)

1. Prolog

In einem wenig bekannten, aber fulminant geschriebenen Werk skizzieren Appignanesi & Forrester (1992; dt. 1996) die Rolle der Frauen bei der Entstehung der Psychoanalyse. „In der ersten Pionierzeit der Psychoanalyse waren es hauptsächlich Frauen, die einen wichtigen Beitrag zur Arzt-Patient Beziehung leisteten,, (S.16). Die Psychoanalyse erscheint sowohl als Reaktion auf die <hysterische> Frau, deren Zustand symbolisch für das allgemeine Unbehagen war, und andererseits als eine Reaktion auf die unerträgliche Lage der Frauen im ausgehenden neunzehnten Jahrhundert.

Pointierend weisen die beiden Autoren, eine Frau und ein Mann, darauf hin, dass zugleich die Psychoanalyse auch einer der ersten Berufsstände wurde, bei dem mehr bedeutende Theoretikerinnen und Praktikerinnen als in jedem anderen

vergleichbaren Beruf aufgeführt werden können: „In der Psychoanalyse war der Prozentsatz der professionell tätigen Frauen konstant höher als in anderen Berufen. 1940 waren 40% der Analytiker in England Frauen; international gesehen waren es in den 1930iger Jahren bereits 30%. Zwischen 1920 und 1980 waren in Europa durchschnittlich 27% der Analytiker Frauen, während der durchschnittliche Prozentsatz in den USA, wo ein Medizinstudium verlangt wurde, bei 17% lag. Zum Vergleich: in derselben Zeit lag der Anteil der Frauen in der Medizin bei 4-7% und in der Rechtswissenschaft bei 1-5%,, (S.17).

2. Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Störungen

In einem Plädoyer für eine geschlechtersensible Psychiatrie unterscheidet Riecher-Rösler (2000) Forschungsfelder, die für Frage der Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung von mittelbarer oder unmittelbarer Relevanz sind:

- Frauenspezifische psychische Erkrankungen im Rahmen der weiblichen Reproduktionsvorgänge
- Beeinflussung psychischer Erkrankungen durch den Menstruationszyklus, weibliche Sexualhormone sowie den weiblichen Lebenszyklus
- die geschlechtsunterschiedliche Verteilung psychosozialer Risikofaktoren
- Geschlechtsunterschiede in Häufigkeit, Verlauf und Symptomatik psychischer Erkrankungen
- Geschlechtsunterschiede in der Krankheitswahrnehmung
- Geschlechtsunterschiede im Bewältigungs- und Hilfesuchverhalten
- Besonderheiten der Psychopharmaka- und Psychotherapie bei Frauen (einschließlich des geschlechtsspezifischen Verhaltens von Therapeuten und Therapeutinnen).

Von besonderer Bedeutung für die Bewertung einer geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme ist die Frage nach der geschlechtsabhängigen Häufigkeit psy-

chischer Störungen, zu der mittlerweile (vgl. auch den Beitrag von Merbach et al. in diesem Buch) zahlreiche Informationen vorliegen.

Insgesamt gesehen werden in den westlichen Industrieländern¹ 2/3 der Kosten des Gesundheitswesens durch Frauen verursacht (Collins, 1994, zit. n. Riecher-Rösler, 2000), die partiell auch durch Häufigkeitsunterschiede in psychischen Erkrankungen und Störungen mit bedingt sind.

Beispielsweise wurden in der Mannheimer Kohortenstudie zur Prävalenz psychischer Störungen (Schepank, 1987), einer epidemiologischen Studie zur Häufigkeit psychogener Erkrankungen in einer Großstadtbevölkerung, 34% der Frauen gegenüber 18% der Männer als „Fälle“, (Stichtagsprävalenz) klassifiziert. Alle Arten depressiver Störungen, Essstörungen, viele Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen sowie Somatisierungsstörungen sind bei Frauen deutlich häufiger, ebenso Suizidversuche (im Gegensatz zu vollendetem Suizid). Allgemeiner sind „neurotische“, Störungen bei Frauen häufiger, Persönlichkeitsstörungen (inkl. antisozialer Tendenzen) und Suchterkrankungen dagegen bei Männern (Übersichten bei Ernst, 2001; Riecher-Rösler, 2000).

Über die Zeit hinweg² erscheint die geschlechterspezifische Inzidenz/Prävalenz von psychischen Störungen relativ konstant (vgl. Freund, 1990) und etwa in einem Verhältnis 2:1 von Frauen zu Männern, allerdings nur, wenn alkoholbedingte und drogenbedingte Störungen sowie antisoziales Verhalten ausgenommen werden. Wenn die letztgenannten Störungen mit berücksichtigt werden, ergibt sich für die Lebenszeitprävalenzen psychischer Störungen insgesamt auf der Basis größerer epidemiologischer Studien ein geringer Überschuss auf Seiten der Männer (z.B. Robins et al., 1985; Wittchen et al., 1991; Kessler et al., 1994; Bijl et al., 1998) bzw. nur unwesentlich geringere Erkrankungsraten von Männern gegenüber Frauen (z.B. Wittchen et al., 1998; Meyer et al., 2000; Übersicht bei Ernst, 2001). Freund (1990) weist auf die Altersabhängigkeit der Prävalenzraten hin: Im Kindesalter und der frühen Jugend sind Jungen unter den Patienten mit psychischen Störungen überrepräsentiert, während ab dem späteren Jugendalter eine Umkehr des Geschlechterverhältnisses zu beobachten ist (vgl. auch Ernst, 2001).

Die Ursachen der Geschlechtsunterschiede in epidemiologischen Studien, die für die Diskussion der Versorgungsrealität ebenfalls bedeutsam sind, dürften sehr vielfältig sein.

Riecher-Rösler (2000) diskutiert folgende Ursachen:

¹ In Ermangelung genauer Informationen zur Prävalenz psychischer Störungen und zu Inanspruchnahmedaten aus anderen Regionen der Welt bleiben die Ausführungen in diesem Beitrag hierauf beschränkt.

² Die Mehrzahl der hier zitierten Daten stammen aus jüngerer Zeit. Es sei darauf verwiesen, dass Prävalenzraten spezifischer Störungen ebenso einem soziokulturellen Wandel unterworfen sind (z.B. Habermas, 1990; Shorter, 1997) wie die Forschungsinteressen bezüglich der Häufigkeit geschlechtsspezifischer psychischer Störungen (z.B. Thomas & Zanecki; 1927, Krohn, 1978).

- geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Datenerhebung und -interpretation bzw. Diagnosevergabe
- ausgeprägtere Interozeption und Bereitwilligkeit, Hilfe zu suchen bei Frauen
- mangelnde Ausrichtung des Behandlungsangebotes auf geschlechtsspezifische Bedürfnisse (gender-biased)
- biologische (i.e. genetisch, hormonell) sowie psychosoziale Geschlechtsunterschiede (Entwicklungsunterschiede, geschlechtsspezifische Verteilung von Risikofaktoren wie Gewalt, Rollenkonflikte).

Ernst (2001) nennt zur Erklärung epidemiologisch dokumentierter Geschlechtsunterschiede - neben der biologischen - eine Artefakthypothese (Vorurteile männlicher Ärzte und Psychologen), eine Stresshypothese (Stress durch die schlechtere soziale Position von Frauen), eine Hypothese der mangelnden sozialen Unterstützung von Frauen i. S. einer „Isolierung von Hausfrauen und einer geringeren Einbettung von Frauen in kollegiale Netzwerke,, (diese Hypothese gilt aber als weitgehend widerlegt), eine empirisch schlecht belegte Bewältigungshypothese (Neigung von Frauen, nach Belastungen eher dysphorisch zu reagieren) und eine Expressivitätshypothese (offenerer Emotionsausdruck bei Frauen).

3. Inanspruchnahme von Psychotherapie

Geht man von den veröffentlichten Daten zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme von Psychotherapie aus den letzten zwei Jahrzehnten aus, dann ergibt sich ein relativ eindeutiges Bild: Eine häufigere Inanspruchnahme der Psychotherapie von Frauen beschrieb beispielsweise Dührssen (1982), eine – bezogen auf die Entwicklung und Chronifizierung psychischer Störungen - frühere Inanspruchnahme Kessler et al. (1981). Lin et al. (1996) geben für Kanada an, dass allgemeine und Fachdienste in einem Zeitraum von 12 Monaten wegen psychischer Probleme häufiger von Frauen (9.7%) als von Männern (5.8%) beansprucht werden. Willi (1978) berichtet, dass bei Partnerschaftskrisen die Frauen häufiger die Initiative für die Aufnahme einer Paartherapie ergriffen. In der Mannheimer Kohortenstudie lehnten 63% der dafür indizierten Frauen und 71% der Männer ein Therapieangebot ab (Franz et al., 1993). Angaben des Verbandes der deutschen Rentenversicherungsträger (1993) zufolge entfielen im Jahr 1992 11 % der Behandlungen von Männern in Reha-Einrichtungen auf psychische Erkrankungen, 15% der Behandlungen der Frauen.

Neben der Mannheimer Kohortenstudie gilt die Felduntersuchung von Dilling et al. (1984) immer noch als wichtige Quelle für Daten zur Inanspruchnahme. Die Studie wurde in kleinstädtischen und ländlichen Gemeinden in Oberbayern (Landkreis Traunstein) durchgeführt. Insgesamt gaben 9% der Befragten an, wegen psychischer Beschwerden in einer psychiatrischen Institution behandelt worden zu sein, überwiegend erfolgte die Behandlung ambulant. Frauen – so die Studie – wurden mehr als doppelt so häufig ambulant psychiatrisch behandelt wie Männer. Bezüglich stationärer Behandlungen gab es allerdings kaum

Unterschiede³. Die Frequenz von Arztbesuchen unterschied sich bei Frauen und Männern interessanterweise nicht erheblich, wenn die Betroffenen sowohl unter körperlichen als auch psychischen Beschwerden litten. Bei Vorliegen „nur„ psychischer Probleme, waren Frauen doppelt so häufig in Behandlung als Männer und zwar unabhängig vom Alter.

Aus den vorliegenden Inanspruchnahmedaten wurden Indikatoren für die Versorgungslage abgeleitet, die beispielsweise Soeder et al. (2001) zusammenfassen. Nach Flisher et al. (1997) liegt der ungedeckte Versorgungsbedarf bei Jungen zwischen 9 und 17 Jahren mit 19.2% höher als bei Mädchen gleichen Alters (15.3%), was mit der oben beschriebenen altersspezifischen Prävalenz psychischer Störungen erklärbar sein mag. Für erwachsene Frauen ist nach Lehtinen et al. (1990) sowohl der ungedeckte (11.6% gegenüber 8% bei Männern) als auch der gedeckte Versorgungsbedarf (8 vs. 6.5%) höher zu beziffern.

Nach diesen Befunden nehmen Frauen also in unserer Zeit offenbar häufiger Psychotherapie in Anspruch als Männer; hierüber besteht nach neueren Angaben aus den verschiedensten Quellen Übereinstimmung. Die vielen Studien aus dem Bereich der Psychotherapieforschung beziehen sich meist auf Stichproben mit einem Geschlechterverhältnis von ca. 2/3 Frauen zu 1/3 Männer (z.B. Bergin & Garfield, 1994).

Bei genauer historischer Betrachtung scheint dies jedoch ein Phänomen zu sein, das erst seit den siebziger Jahren deutlich hervortritt. Aus den fünfziger und sechziger Jahren werden noch andere Verhältnisse geschildert.

Aus der noch jungen DDR berichteten Kleinsorge & Klumbies (1960) über eine Stichprobe von 1000 Fällen, die in der Jenaer Psychotherapie-Abteilung untersucht wurden: „Von den 1000 Patienten waren 486 Männer und 514 Frauen. Das Verhältnis ist nahezu 1:1. Auch das geringe Überwiegen der Frauen bedeutet nicht, dass diese häufiger psychogen erkranken. Zwar beträgt ihr Anteil an den Psychotherapie-Patienten rund 51%, dem steht aber gegenüber ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung von 55%. Bei bloßen Schätzungen der Geschlechtsverteilung wird den Frauen häufig ein wesentlich höherer Anteil unter den Psychotherapiebedürftigen zugesprochen. Jedoch, Frauen tragen ihre seelischen Belastungen nur leichter und sinnfälliger vor. Der beherrschte und sachliche Ton des Mannes lässt psychische Grundlagen eines Krankheitszustandes ohne spezielle Befragung eher verkennen,, (S.434).

³ Im Bericht „Gesundheit von Frauen und Männern,, des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (2000) zeigten sich ebenfalls wenig ausgeprägte Geschlechtsunterschiede bezüglich der Krankenhausfälle infolge psychischer Krankheit im Jahr 1997. Allerdings ergab sich ein geschlechtsspezifischer Zusammenhang mit dem Lebenszyklus. So überwiegen Frauen unter den Krankenhausfällen der Altersgruppe zwischen 40 und 75, während männliche Jugendliche (14-19 Jahre) häufiger stationär behandelt werden als altersgleiche Mädchen.

Bekanntermaßen bestanden bereits damals in der DDR andere sozial-strukturelle Bedingungen für Frauen als in der BRD (wesentlich höherer Anteil berufstätiger Frauen, „flächendeckende„ Betreuung von Kleinkindern), weswegen der erwähnte Befund systemspezifisch sein könnte. Darauf, dass dem nicht so sein muss, verweist zumindest eine Studie aus dem Westen Deutschlands. Aus der Heidelberger Psychosomatischen Klinik haben de Boor & Künzler (1963) einen Erfahrungsbericht vorgelegt, der die sozialen Daten der untersuchten und behandelten Ambulanzpatienten auswertet: In ihrer Grundgesamtheit von 1639 Patienten finden sich 47% weibliche und 53% männliche Patienten: „In den Jahren 1950-1954 überwogen unter den 20-30jährigen die männlichen Patienten, während unter den Kranken im Alter von 30-40 Jahren erheblich mehr Frauen zur Untersuchung kamen,, (S.39).

Dieses Faktum fand sich im zweiten Lustrum der Untersuchung nicht mehr, weshalb wir nur eine geschlechtsdifferente Auflistung der Altersverteilung wiedergeben wollen (Tab. 1).

Tab. 1: Psychosomatische Klinik Heidelberg – Ambulanzpatienten (de Boor & Künzler (1963))			
Alter	Männlich (%)	Weiblich (%)	Gesamt (%)
15-19	8	11	9
20-29	37	31	34
30-39	27	30	28
40-49	18	18	19
>50	10	10	10

Aus dem Heidelberger Erfahrungsbericht lässt sich auch entnehmen, dass in den Jahren 1950-1954 noch 52% der Psychoanalysepatienten Männer waren; in den Jahren 1955-1959 fiel der Männeranteil auf 45% ab. Stattdessen zeichnet sich eine Entwicklung in der Indikationsstellung ab, die wir später auch in Ulm bestätigen sollten (Grünzig et. al. 1977): Da bei dieser unausgelesenen Ambulanzstichprobe aus dem Jahr 1973 das initiale Geschlechterverhältnis zum Zeitpunkt des Erstinterviews noch eins zu eins war, fällt um so mehr auf, dass jüngeren Frauen eher eine analytische Psychotherapie angeboten wurde und demgegenüber ältere Männer eher mit einem einstündigen tiefenpsychologischen Verfahren behandelt wurden.

Neben Faktoren gesellschaftlichen und kulturellen Wandels, auf die weiter unten noch eingegangen wird, mag für den Befund eines ausgeglichenen Geschlechterverhältnisses vor 1970 auch die Tatsache verantwortlich sein, dass zumindest in Westdeutschland die Psychotherapie zum Zeitpunkt der Studien noch keine Kassenleistung darstellte, was möglicherweise andere Selektionsmechanismen (z.B. finanzielle Möglichkeiten) wirksam werden ließ.

Störungsspezifische Inanspruchnahme

Im Hinblick auf die oben bereits erwähnte Statistik des Landes NRW zu Krankenhaustagen infolge psychischer Störungen ist der erwähnte Geschlechtsunterschied in der Inanspruchnahme in Abhängigkeit von verschiedenen Formen psychischer Erkrankungen zu relativieren: Trotz der unterschiedlichen Prävalenz (s.o.) sind die Raten für die beiden Geschlechter bei Persönlichkeitsstörungen⁴ etwa gleichverteilt, um etwa 20% ist die Fallzahl von Frauen bei endogenen Psychosen erhöht. Deutliche Geschlechtsunterschiede gibt es bei neurotischen Störungen (hier sind Hospitalisierungen bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern). Die doppelte Fallzahl bei Frauen im Zusammenhang mit Krankenhaustagen bei gerontopsychiatrischen Störungen ist überwiegend mit dem höheren Altersdurchschnitt von Frauen in der Bevölkerung verknüpft. Schließlich kommt der Bericht zu dem Schluß, dass auch wegen psychosomatischer Störungen – trotz aller definitorischer Unklarheiten – durchschnittlich fast doppelt so viele Frauen wie Männer hospitalisiert würden.

Als ein wesentliches Forschungsfeld im Zusammenhang mit Geschlechterfragen in der Psychotherapie und Psychiatrie nennt Riecher-Rösler (2000) „frauenspezifische psychische Erkrankungen im Rahmen der weiblichen Reproduktionsvorgänge,, (s.o.). Ähnlich wie bei Essstörungen, für die eine Extremverteilung der geschlechterabhängigen Prävalenz (ca. 95% Frauen) zu einer entsprechenden Ausrichtung des Versorgungssystems geführt hat, gibt es eine geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten für psychische Störungen im Zusammenhang mit reproduktionsbezogenen Vorgängen, wie beispielsweise Störungen im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Klimakterium (z.B. Brockington, 2001; Bergant, 2001; Banger, 2001).

Es gibt aber auch im „Rahmen der Reproduktionsvorgänge,, potentielle Problemfelder, welche die Geschlechter in gleicher Weise betreffen und somit Aufschluß über die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen und deren Determinanten erlauben. Ein Beispiel hierfür ist die ungewollte Kinderlosigkeit oder Infertilität. Nach den neueren Angaben lassen sich die Ursachen für die Infertilität in etwa gleichem Maße bei Frauen und Männern ausmachen. Seit langem gilt die ungewollte Kinderlosigkeit als schwere Krise, in deren Folge mit psychischen Problemen unterschiedlicher Art zu rechnen ist. Entsprechend haben sich in den vergangenen Jahren zahlreiche

⁴ Wie differenziert die Inanspruchnahme- und Prävalenzraten betrachtet werden müssen, läßt sich am Beispiel der Borderlinepersönlichkeitsstörung zeigen. Ausgehend von dem Befund, dass Borderlinepatienten in psychotherapeutischer Behandlung überwiegend weiblich sind, untersuchten Eckert et al. (1997) männliche Gefängnisinsassen mit dem „Diagnostischen Interview für Borderliner,, (DIB). Die Studie zeigte eine hohe Rate (35%) von Männern, die nach dem DIB als Borderlinepatienten einzustufen waren, die aber üblicherweise nicht in Institutionen der psychosozialen Versorgung, sondern – möglicherweise aufgrund der häufigen Komorbidität mit antisozialen Merkmalen – primär in Justizvollzugsanstalten landen.

spezifische psychosoziale Behandlungsangebote für kinderlose Frauen, Männer und Paare entwickelt. Betrachtet man die Erfahrungen mit der Inanspruchnahme dieser Angebote, dann zeigt sich eine deutliche Präferenz auf Seiten der betroffenen Frauen, relativ häufig nehmen noch Paare die Angebote in Anspruch, während Männer ohne ihre Partnerin nur in seltenen Fällen psychosoziale Hilfe suchen. In einer eigenen Studie hierzu (Strauß, 2000) zeigte sich, dass von insgesamt 33 Kurzzeittherapien für ungewollt Kinderlose 20 mit Frauen, 12 mit Paaren und nur eine einzige mit einem Mann durchgeführt wurde, was das Inanspruchnahmeverhalten unmittelbar reflektiert. Bei dem einzigen Mann handelte es sich um den Partner einer Frau, die sich im Rahmen einer Paarberatung von diesem getrennt hatte.

Dieser und ähnliche Befunde spiegeln für den Fall der ungewollten Kinderlosigkeit ein komplexes Gefüge geschlechtsspezifischer Faktoren von allgemeinem Inanspruchnahmeverhalten sowie der Verarbeitung und Kompensation kinderwunschbezogener psychischer Symptome wider, die wiederum mit geschlechtsrollenspezifischen Mustern verbunden sind. Viele Studien zeigen, dass Frauen – zumindest auf einer bewußten Ebene - erheblich mehr unter der ungewollten Kinderlosigkeit leiden und weniger Kompensationsmöglichkeiten für das damit verbundene erlebte Defizit zur Verfügung haben als ihre männlichen Partner.

4. Die andere Seite der Inanspruchnahme: Gibt es eine Femininisierung der Psychotherapie?

Im Prolog zu diesem Beitrag wurde darauf hingewiesen, dass die Psychoanalyse sowohl im Gegensatz zur damals bestehenden Psychotherapie als auch im Gegensatz zu anderen Disziplinen der Medizin Frauen von Anfang an vergleichsweise bessere Entwicklungsmöglichkeiten bot. Es gibt einige Indizien dafür, dass sich diese Entwicklung fortgesetzt hat.

Wirft man auch nur einen kursorischen Blick in die psychologischen Weiterbildungsinstitute, so läßt sich der Befund von Wittchen & Fichter (1980) belegen, dass sich die psychotherapeutische Profession zunehmend verweiblicht hat: Als ein Anzeichen dieser erheblichen gesellschaftlichen Veränderungen im Psychotherapiesektor werten wir z. B. einen Befund, den Kächele (2001) an den zum Kolloquium vorgestellten Ausbildungsfällen der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) in den neunziger Jahren aufzeigen kann. Von insgesamt 355 DPV-internen Fallberichten wurden 191 von weiblichen und 164 von männlichen Kandidaten verfasst.

Tabelle 2: Vorgestellte Kolloquiumsfälle der DPV aus den Jahren 1989-1999			
	Weibliche Patienten	Männliche Patienten	Gesamt
Weibliche Therapeuten	148	43	191

Psychotherapie und Soziale Arbeit

Männliche Therapeuten	110	54	164
Gesamt	258	97	355

In den neunziger Jahren bildet diese psychoanalytische Vereinigung zum einen mehr Frauen als Männer aus. Zweitens wählen sich weibliche Kandidaten fast viermal soviel weibliche Patienten zur Darstellung ihrer Arbeit im Abschlusskolloquium; die männlichen Kandidaten präsentieren zum Kolloquium ebenfalls deutlich mehr weibliche Patienten, nämlich doppelt so viel als sie männliche Patienten präsentieren. Natürlich sind das keine repräsentativen Stichproben, aber sie illustrieren eine deutliche Tendenz, auf die wir später noch weiter eingehen werden.

Quantitativ überwiegen Frauen mittlerweile auf dem Gebiet der Psychotherapie. Dies zeigt sich zum einen an den Statistiken einschlägiger Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, wie etwa den traditionsreichen Lindauer Psychotherapiewochen. In den letzten 15 Jahren entspricht dort das Verhältnis unter den Teilnehmerinnen etwa 2:1 (Frauen : Männern; Cierpka, pers. Mitteilung).

Die Frage nach dem Einfluss des Geschlechtes auf den Prozeß und das Ergebnis von Psychotherapien ist bis heute noch unzureichend geklärt (s. unten). Wie beispielsweise Cierpka et al. (1997) zeigen, gibt es noch deutliche Defizite in den Studien, die sich explizit mit Merkmalen von Psychotherapeut(inn)en beschäftigen (vgl. auch Beutler et al., 1994). In jüngster Zeit wurden mehrere Studien durchgeführt zu den persönlichen Merkmalen und Werten von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (s. z.B. Orlinsky et al., 1999).

Eine Studie von Orlinsky et al. (1996) von 2300 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beispielsweise zeigt, dass die selbstbezogenen Ideale dieser Personen sich am häufigsten beschreiben lassen mit den Attributen „akzeptierend,, (97%), „engagiert, tolerant, warmherzig,, (91%) und „intuitiv,, (86%). Ähnlich bewerten die Befragten ihren realisierten persönlichen therapeutischen Stil und zwar unabhängig von ihrer therapeutischen Grundorientierung. Die Autoren interpretieren diese Haltungen als wesentliche Grundlage für die Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung als „kommunalen Faktor,, in der Psychotherapie und vermuten, dass sie wie „eine Art archimedischer Hebel,, Patienten dazu verhelfen könnte, sich auf ein „positives Annäherungsverhalten,, hin zu verändern.

Aus einer geschlechtertheoretischen Perspektive lassen sich die Selbst- und Idealselbstbilder von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend dieser Studie als Attribute eines weiblichen Geschlechtsrollenstereotyps interpretieren (vgl. Rhode-Dachser, 1985). So ist beispielsweise Cecile Ernst (2001) der Auffassung, dass es viele „Bereiche spontanen Verhaltens gibt, in denen ein Geschlecht überwiegt: Frauen erscheinen wertkonservativer und

rücksichtsvoller, und sie werden viel seltener gewalttätig. Sie sind stärker an Sprache und Beziehungen orientiert, stärker vom eigenen Körper fasziniert, aber auch selbstkritischer. Sie versuchen eher als Männer Krisen im Gespräch zu bewältigen,, (S. 49).

5. Geschlechterkonstellationen in der Psychotherapie

Einige Befunde deuten darauf hin, dass die geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ unterschiedlich ist. Auf der Basis einer Textanalyse von Patientenantworten auf die Eingangsfrage „Was führt sie zu uns?“, wurden Geschlechtsunterschiede bereits an den ersten Sätzen deutlich (Grande et al., 1992). Die Autoren der Studie folgern: Frauen suchen Beziehung und sind enttäuscht, Männer fliehen Beziehung und negieren Enttäuschung. Frauen kranken an Beziehungsenttäuschung, Männer an Beziehungsarmut.

Offensichtlich zeigen sich im psychotherapeutischen Kontakt geschlechtsrollenspezifische Interaktionsmuster oder Geschlechtsrollen-Asymmetrien. Klöß (1988) konnte in einer semantisch-lexikalischen Analyse zeigen, in welchem großem Ausmaß die Schilderung des psychoanalytischen Erstgesprächs (in den Abschlussberichten von weiblichen und männlichen Ausbildungskandidaten) Befunde der feministischen Linguistik (z.B. Trömmel-Plötz, 1982) replizierten.

Als weiteren Ausdruck der Asymmetrie von Geschlechterrollen interpretiert Kottje-Birnbacher (1994) den Befund der Auswertung von publizierten Fallberichten, dass in der Konstellation Therapeut-Patientin viel häufiger Mitteilungen über erotische Übertragungen/Gegenübertragungen vorkämen, welche in der Konstellation Therapeutin-Patient kaum eine Rolle spielten.

Angesichts der deutlichen Unterschiede in der Inanspruchnahme und – zunehmend - im Angebot von Psychotherapie durch Frauen und Männer ist die Frage interessant, ob sich Therapieergebnisse in Abhängigkeit von der Geschlechterkonstellation unterscheiden. Hierzu liegen bislang nur wenige Studien vor. Für spezielle Störungsbilder, z.B. Essstörungen und Folgen sexuellen Missbrauchs scheinen viele Therapeuten der Auffassung zu huldigen, dass Therapeuten weiblichen Geschlechts sich für die Therapie mehr eignen, allerdings liegen hierfür kaum ergebnisbezogene Daten vor.

Kolling & Mohr (1982) berichteten für gleichgeschlechtliche Dyaden günstigere Behandlungserfolge im Hinblick auf die Überwindung sozialer Unterlegenheitsgefühle. Stühr & Wirth (1990) untersuchten verschiedene Konstellationen im Rahmen einer 12-Jahres-Katamnese des Hamburger Kurzpsychotherapieprojekts. Patientinnen erinnerten in dieser Studie die männlichen Gesprächstherapeuten positiver (auch positiver als männliche Analytiker). Patientinnen ersterer Konstellation hatten 12 Jahre nach Therapieende am häufigsten ihre damaligen Partnerbeziehungen aufrechterhal-

ten, was die Autoren interessanterweise als positives Ergebniskriterium werten, bei den Männern waren dies jene Patienten, die bei einer Analytikerin in Behandlung waren. Braun & Grawe (1994) beschreiben Effekte von Interaktionen der Geschlechtskonstellationen in Psychotherapien mit interpersonellen Merkmalen der Patienten auf den subjektiven Therapieerfolg: Therapeutinnen kamen besser zurecht mit Patientinnen, die nach Kompetenz und Selbständigkeit strebten, waren dagegen verunsichert und überfordert durch skeptische, mißtrauische und gereizte Patientinnen. Die männlichen Therapeuten wurden ebenfalls durch mißtrauische Frauen und Männer verunsichert und reagierten auf diese besonders konfrontativ. Mit hilflosen, abhängigen Männern konnten Therapeuten schlecht umgehen, während sie mit hilflosen, abhängigen Frauen gut zurecht kamen.

In einer Studie von 560 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik überprüfte Schöck (1997) die Auswirkungen von Therapeut-Patient-Geschlechterkonstellationen auf verschiedene behandlungsrelevante Einschätzungen. Zusammengefaßt zeigten sich in männlichen Dyaden eher Hinweise auf die Bagatellisierung der eigenen Probleme; die Patienten dieser Dyaden waren weniger zufrieden mit der Behandlung. Therapeuten von Patientinnen schienen sich von deren Leiden besonders angesprochen zu fühlen, waren aber mit dem Behandlungsergebnis seltener zufrieden und vermittelten den Frauen, die gehäuft in problematischen Partnerbeziehungen lebten, häufig Folgebehandlungen. Therapeutinnen von männlichen Patienten hielten deren Beschwerden häufiger für psychisch verursacht, die Patienten für wenig motiviert. Die männlichen Patienten vermittelten, sich von ihren Therapeutinnen weniger bedroht gefühlt zu haben, sich besser in die Patientenrolle eingefügt haben zu können. Gleichgeschlechtlich weibliche Dyaden schließlich waren gekennzeichnet durch eine größere Zufriedenheit der Therapeutinnen mit dem Behandlungsergebnis. Die Patientinnen dagegen bewerteten das Therapieergebnis kritischer als jene, die bei Männern in Behandlung waren.

6. Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme Sozialer Arbeit

Ein markantes Merkmal Sozialer Arbeit, die Sozialpädagogik und Sozialarbeit umfasst (vgl. Böhnisch, 1999; Chassé & von Wensierski, 1999; Hartung, 2000; Rauschenbach & Gängler, 1992; Schilling, 1994), ist die Diversität ihrer Handlungsfelder und Angebote.

6. 1 Handlungsfelder und Angebote Sozialer Arbeit

Anknüpfend an soziale und personale Problemlagen zielen Angebote Sozialer Arbeit darauf hin, die Betroffenen in ihren Bewältigungskompetenzen zu stärken sowie ihre Fähigkeit und Bereitschaft, soziale Ressourcen zu aktivieren

und in Anspruch zu nehmen, zu unterstützen (z.B. Erziehungsberatung, Beratung in Trennungs- und Scheidungssituationen, Sicherung des Kindeswohl bei drohender Vernachlässigung, Jugendberufshilfe, Angebot betreuten Wohnens, Straffälligenhilfe, Soziale Aktivierung von Wohnungslosen, Bewältigung chronischer Erkrankung und Pflegebedürftigkeit, berufsbegleitende Dienste für behinderte und psychisch kranke Beschäftigte, Schuldnerberatung).

Zum anderen werden Angebote zur Entwicklungsförderung, zur Bildung und Erziehung entwickelt (z.B. in Kindergärten, Schulen, Freizeiteinrichtungen, Institutionen der Erwachsenenbildung, gemeindenahen Initiativen), die nicht notwendig eine Problemlage voraussetzen, sondern angesichts der Anforderungen und Chancen lebenslangen Lernens das Entwicklungspotenzial der Zielgruppe und eine Kompetenzförderung anregen.

Bei Handlungsfeldern, in denen Soziale Arbeit an personalen oder sozialen Problemlagen der Zielgruppe ansetzt, kann unterschieden werden zwischen Angeboten, die von den Betroffenen freiwillig in Anspruch genommen werden und solchen, deren Inanspruchnahme eher im Rahmen drohender oder bereits eingetretener gesellschaftlicher Sanktionen steht. So können Eltern die im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) angebotenen *Hilfen zur Erziehung* beispielsweise zur Abwehr eines drohenden Entzugs der elterlichen Sorge bei Gefährdung des Kindeswohls in Anspruch nehmen, obwohl sie bis dahin eine freiwillige Inanspruchnahme etwa von Familienberatung oder -therapie (z.B. aufgrund fehlender Problemeinsicht, Unkenntnis bezüglich bestehender Angebote, ungünstiger Kosten-Nutzen-Einschätzung, motivationaler Hemmungen und Ängste) ablehnten.

Spezifische Angebote Sozialer Arbeit zur Gesundheitsförderung (vgl. Brieskorn-Zinke & Köhler-Offierski, 1997; Sting & Zurhorst, 2000) können sowohl von gesundheitlichen Problemlagen ausgehen bzw. darauf abzielen, primärpräventiv psychische und somatische Beeinträchtigungen zu verhindern (z.B. Krankenhaussozialdienst, Suchtprävention), als auch - von einem positiven Gesundheitsverständnis ausgehend - dazu beitragen, Wohlbefinden, Lebensfreude, Aspekte psychischer und somatischer Gesundheit zu stärken (z.B. durch handlungs- und erlebnisorientierte Projekte zu gesunder Ernährung, Bewegung, Entspannung). Die Interventionen können sowohl personenbezogen, auf die Förderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (z.B. Stressbewältigungstraining), als auch auf die Förderung gesundheitsrelevanter Verhältnisse durch Gestaltung gesundheitsförderlicher Lern- und Lebensumwelten abzielen (z.B. Spielplatz-, Schulhof- und Wohngebietsgestaltung).

Entsprechend der Programmatik Sozialer Arbeit sollten ihre Angebote gekennzeichnet sein durch:

- Lebensweltorientierung, Alltagsrelevanz (vgl. Pantucek, 1998)
- einen niedrigschwelligen Zugang

- ein breites, flexibles, handlungsorientiertes Methodenrepertoire (vgl. Galuske, 1998)
- Ressourcenorientierung, Empowerment (vgl. Herriger, 1997; Nestmann, 1999; Stark, 1996)
- Interdisziplinarität und Vernetzung.

6.2 Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der Angebote Sozialer Arbeit

Die Geschlechterverteilung innerhalb der Beschäftigten im Bereich Sozialer Arbeit variiert zwischen den Arbeitsfeldern: Während beispielsweise 1994 in Kindertagesstätten der Frauenanteil bei 96% lag (Schlattmann & Tietze, 1999; Rauschenbach & Schilling, 2001), betrug er in der Jugendarbeit 56% (von Wensierski, 1999). Geschlechtsspezifische Unterschiede in den verschiedenen Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit sind allerdings mit dem jeweils geforderten Qualifikationsniveau konfundiert: Während beispielsweise von den im Jahre 1994 im Bereich der *Jugendhilfe* tätigen Männer zu 24% über eine akademische sozialpädagogische Ausbildung verfügten (Fachhochschule/Universität), lag der entsprechende Anteil der Frauen bei knapp 7% (Burkhardt, 2001).

Die Zielgruppen Sozialer Arbeit sind ebenso vielfältig wie ihre Arbeitsfelder. Die Angebote können bereits geschlechtsspezifisch adressiert sein (z.B. Angebote für Mädchen oder Jungen in der offenen Jugendarbeit; Angebote für Frauen, die nach einer Phase der Familienarbeit wieder in den Beruf zurückkehren möchten) oder sich seitens der professionellen Anbieter an beide Geschlechter richten (z.B. Gesprächskreise für werdende Eltern, Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendberufshilfe, betriebliche Sozialarbeit, Unterstützung von Selbsthilfegruppen), wobei sie möglicherweise - entgegen der Intention der Anbieter - eher nur selten von Männern/Jungen oder Frauen/Mädchen in Anspruch genommen werden. Betrachtet man in Anlehnung an Wirth (1982, S.8) die Inanspruchnahme "als vorgelagerte Stufe der Wirksamkeit" sozialer Dienstleistungen, lohnt es sich zu eruieren, inwieweit es gelingt, beide Zielgruppen zu motivieren und zu mobilisieren und damit zu einer "Verteilungsgerechtigkeit" personenbezogener sozialer Dienstleistungen beizutragen.

Frauen überwiegen bei der Nachfrage nach Beratung in Fragen von Schwangerschaftsproblemen und Familienplanung, Ehe- und Lebensberatung, obwohl auch Männer in die entsprechende Problematik involviert sind. Nach der "Bestandsaufnahme in der institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung" (Klann & Hahlweg, 1994) ist der Anteil der Frauen doppelt so hoch wie der eine Beratung aufsuchender Männer. Beratungsanlässe sind Probleme in der aktuellen Partnerschaft und im unmittelbaren sozialen Umfeld sowie individuumbezogene Probleme wie beispielsweise Ängste, Selbstunsicherheit, stimmungs- und emotionsbezogene Probleme, vegetative Beeinträchtigungen, Verlusterlebnisse, Zukunfts- und Existenzängste (Klann & Hahlweg, 1994).

Nahezu umgekehrte Proportionen in der Geschlechterverteilung finden sich bei der Inanspruchnahme von Angeboten sozialpädagogisch begleiteter Maßnahmen zur beruflichen Qualifizierung benachteiligter Jugendlicher und junger Erwachsener (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 1999, 2001), worin sich nicht zuletzt geschlechtsrollenstereotype Akzentuierungen der gesellschaftlichen Bedeutung von Erwerbsarbeit bzw. Familienarbeit niederschlagen dürften. Männer überwiegen ebenfalls bei der Inanspruchnahme von Sucht- und Drogenberatung und bei der Aids-Aufklärung und -Beratung (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 1998).

Angesichts der Vielfalt der Arbeitsfelder kann keine generelle Aussage über eine bevorzugte oder unzureichende geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der Angebote Sozialer Arbeit gemacht werden. Auch eine bereichsspezifische Quantifizierung möglicher Diskrepanzen zwischen Bedarf und Inanspruchnahme gestaltet sich schwierig. Während bei psychischen Störungen epidemiologische Daten über die Erkrankungsrate (bei allen Bedenken bezüglich *gender bias*) als Kennwerte für den Bedarf zur Verfügung stehen, und diese als Bezugsgröße für den Vergleich mit der Inanspruchnahme von Psychotherapie dienen kann, ist der Bedarf für Angebote Sozialer Arbeit kaum objektivierbar zu quantifizieren. *Beratung* - eine Querschnittsfunktion Sozialer Arbeit - kann definiert werden als kommunikativer Prozess, der das Ziel verfolgt, personale und soziale Ressourcen zu fördern (etwa Wissen, Einsichten, Einstellungen, Verhaltenskompetenzen, Fähigkeiten zur Nutzung informeller und professioneller sozialer Unterstützung), die die zu beratende Person befähigen, interne und externe Anforderungen zu bewältigen, die ihre alltäglichen Bewältigungsroutinen überschreiten. Ob ein diesbezüglicher Bedarf vorliegt, ist dementsprechend weitgehend an die Einschätzung des Subjektes gebunden und kann durch diskursive Beurteilungen der sozialen Bezugsgruppe oder professioneller Anbieter sozialer Dienstleistungen - unter Rückgriff auf normative Standards und gesellschaftlich dominante Problemdefinitionen - allenfalls ansatzweise objektiviert werden. Ob sich also beispielsweise in den Daten zur Inanspruchnahme von Erziehungsberatung (nach § 27 Kinder- und Jugendhilfegesetz), wonach im Jahre 1996 57% der abgeschlossenen Beratungsfälle Jungen/junge Männer betrafen und 43% Mädchen/junge Frauen (Menne, 1999) eine geschlechtsspezifische Problembelastung/"objektive" Beratungsbedürftigkeit oder eine geschlechterdifferenzierende Problemsensitivität der Eltern und/oder der ratsuchenden Jugendlichen niederschlägt, bleibt diskussionsbedürftig.

Die Erhebung von Daten bezüglich spezifischer Problemlagen, entsprechender Sozialer Angebote und ihrer Inanspruchnahme (vgl. Böttcher, Klemm & Rauschenbach, 2001) bildet eine wesentliche Voraussetzung, um Indikatoren für eine Diskrepanz zwischen Bedarf, Angebot und Inanspruchnahme zu entwickeln. Eine solche Diskrepanz - im Sinne einer Benachteiligung von Mädchen - hält beispielsweise die Sachverständigenkommission im 10. Kinder- und Jugendbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und

Jugend, 1998) in der institutionalisierten Kinder-, Jugend- und Kulturarbeit für gegeben. An einer systematischen Datenerhebung und Dokumentation mangelt es allerdings noch in vielen Feldern Sozialer Arbeit.

6.3 Inanspruchnahme als Prozess

Im Zusammenhang mit einer konstatierten schichtspezifischen Ungleichheit der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen stellte Wirth (1982) ein Stufenmodell vor, das den Prozess der Inanspruchnahme als idealtypische Abfolge von Stadien beschreibt, die in gewisser Weise als Selektionsstufen wirken, so dass Mittelschichtangehörige letztlich als Nutzer sozialer Dienstleistungen überrepräsentiert sind, obwohl bei Angehörigen unterer Sozialschichten eine höhere Problemanfälligkeit und -betroffenheit anzunehmen ist.

Überträgt man dieses Modell auf geschlechtsspezifische Differenzen in der Inanspruchnahme Sozialer Arbeit, wäre eine erste Selektion durch eine unterschiedliche subjektive Problemsensitivität von Männern/Jungen und Frauen/Mädchen bezüglich der Überforderung der eigenen Bewältigungsroutinen /-fähigkeiten und der potentiellen Beeinträchtigung kurz- und langfristiger Zielerreichung anzunehmen.

Die zweite Selektionsstufe bezieht sich auf die Bereitschaft, Angebote Sozialer Arbeit überhaupt als Handlungsalternative zur Problembewältigung in Betracht zu ziehen. Dies setzt zunächst die Kenntnis der Existenz dieser Angebote und der eigenen Anspruchsberechtigung voraus. Darüber hinausgehend wird die Person den antizipierten Nutzen bezüglich der Angemessenheit und Anwendbarkeit der zu erwartenden Hilfen, Empfehlungen und Anregungen in Relation zu den erwarteten "Kosten" (Zeitaufwand, Unsicherheit, Angst vor Kontrolle, Abwertung...) setzen. Überlegungen, inwiefern die soziale Bezugsgruppe eine Inanspruchnahme akzeptieren, begrüßen oder negativ sanktionieren würde (*normative Überzeugung* i.S. des Modell des geplanten Handelns nach Ajzen, 1991), dürften hinsichtlich der erwarteten immateriellen Kosten bedeutsam sein und je nach Art des Angebots geschlechtsspezifisch variieren.

Hat sich die Person zur Inanspruchnahme eines speziellen Angebots entschieden und nimmt mit der Institution Kontakt auf, werden ihre Fähigkeiten, ihr Anliegen wirksam zu artikulieren, für den weiteren Verlauf wichtig. Hier könnten geschlechtsspezifische Unterschiede bedeutsam werden. Darüber hinausgehend wirken seitens des Anbieters weitere Selektionsmechanismen, bei denen nicht zuletzt Eigeninteressen der Institution etwa bzgl. der zu erwartenden Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der Person und der antizipierten Effizienz der sozialen Dienstleistung wirksam werden. Auch hier wäre zu überprüfen, ob Anbieter Sozialer Arbeit geschlechtsspezifische Barrieren oder Anreize bezüglich der Inanspruchnahme schaffen.

Sind diese Selektionsphasen durchlaufen, beginnt das von Wirth als "Klientenphase" beschriebene Stadium, dessen Prozess- und Ergebnisqualität wesentlich durch eine gelungene Interaktion und Kooperation von KlientIn und SozialarbeiterIn/SozialpädagogeIn beeinflusst wird. Der für die KlientIn konkret erfahrene alltagsrelevante Nutzen und die *wahrgenommene Handlungskontrolle* (Ajzen, 1991) und *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* (Bandura, 1994) wirken darauf ein, ob der Prozess fortgeführt oder abgebrochen wird, bzw. bei späterem Beratungsbedarf erneut professionelle Hilfe in Erwägung gezogen wird. Im Interesse einer Optimierung der Klientenphase wäre zu reflektieren, inwiefern geschlechtsspezifische Effekte die Interaktions- und Kooperationsqualität beeinflussen und inwiefern erarbeitete Anregungen und Lösungen auf geschlechtsspezifisch unterschiedliche Lebenslagen, Anforderungen und Problemkonzeptualisierung seitens der Betroffenen passen.

6.4 Förderung der "Verteilungsgerechtigkeit" der Angebote Sozialer Arbeit

Geschlechtsspezifische Rollenstereotype können als Gesundheitsrisiken wirken (vgl. Brähler & Felder, 1992; Kolip, 1994). Die gemäß einem männlichen Rollenstereotyp zugeschriebenen Ansprüche an die eigene Person, nämlich Probleme selbst, ohne Inanspruchnahme fremder Hilfen zu lösen, Unwohlsein ertragen zu können, die Illusion der eigenen Unverwundbarkeit sowie Kontrolle und Leistungsfähigkeit als Kern der männlichen Identität zu wahren, erschweren die Inanspruchnahme informeller und professioneller Hilfen. Auch das weibliche Geschlechtsrollenstereotyp, wonach Kranksein als einziger legitimer Grund zum Rückzug aus als überlastend erlebten Anforderungen in Familie und Beruf akzeptiert wird, ansonsten eher Durchhaltestrategien in der Fürsorglichkeit für andere und in der schnellen Bewältigung eigener Beschwerden und Befindlichkeitsbeeinträchtigungen erwartet werden, dürfte die Inanspruchnahme der auf die eigenen Interessen sowie längerfristigen Lebensentwürfe bezogenen Angebote erschweren. Die Attribution mangelnder Inanspruchnahme auf mögliche geschlechtsrollenstereotype Einstellungen der avisierten Zielgruppen muss allerdings in einem multifaktoriellen Erklärungsmodell relativiert werden, weitere Einflussfaktoren sind zu berücksichtigen.

So sind auch innerhalb der Geschlechtergruppen bedeutsame Unterschiede in den Lebensentwürfen, persönlichen Zielen, Belastungen, Bewältigungsfähigkeiten und einem dementsprechenden Beratungs-, Anregungs- und Hilfebedarf anzunehmen. So weisen beispielsweise die im Rahmen der 13. Shell-Jugendstudie von Fritzsche und Münchmeier (2000) referierten Befunde darauf hin, dass die Differenzen hinsichtlich der Wertorientierungen und Lebenskonzepte zwischen den Geschlechtergruppen teilweise geringer sind, als die Differenzierungen innerhalb der Geschlechtergruppen. So beeinflussen die Nationalität der Herkunftsfamilie, das

Alter und das Leben im Westen versus im Osten Deutschlands in starker Weise innerhalb der Gruppe der Mädchen u.a. das Ausmaß der Berufsorientierung, Familienorientierung und Mobilitätsbereitschaft.

Die Herausforderung für die Soziale Arbeit kann darin gesehen werden, Angebote, die entgegen der anzunehmenden Bedarfslage nur unzureichend von einer Geschlechtergruppe in Anspruch genommen werden, entsprechend der Programmatik Sozialer Arbeit (s.o.) unter einer geschlechtsspezifischen Perspektive näher in Augenschein zu nehmen:

Lebensweltorientierung, Alltagsrelevanz

- Wie sieht die Lebenswelt der avisierten Zielgruppe aus?
- Welche Bedürfnisse, Anliegen, Lebensentwürfe verfolgt sie?
- Wie sieht ihre subjektive Problemkonzeptualisierung aus?
- Welche Belastungen und Konflikte bedürfen der Bewältigung?
- Welches Wissen, welche Kompetenzen, welche instrumentellen Hilfen sind für ihre Alltagsbewältigung bedeutsam?

Niedrigschwelliger Zugang

Welche Merkmale der Institution erleichtern oder erschweren den Zugang der avisierten Zielgruppe? Z. B.:

- der Bekanntheitsgrad der Institution und des speziellen Angebots
- das Image der Institution in der sozialen Bezugsgruppe
- die zeitliche Platzierung des Angebots
- die räumliche Erreichbarkeit
- der Anmeldemodus, Modus der Kontaktaufnahme
- Wartezeiten zwischen Kontaktaufnahme und kontinuierlichem Angebot
- das Geschlecht der professionellen Helfer
- die Rollenzuschreibung an die Inanspruchnehmenden (etwa als KlientIn/HilfeempfängerIn, als KundIn sozialer Dienstleistungen oder als AkteurIn in einem auf Reziprozität angelegten Netzwerk).

Breites, flexibles, handlungsorientiertes Methodenrepertoire

- Welche Kenntnisse, Fähigkeiten, Interessen, Alltagsroutinen der avisierten Zielgruppe können vorausgesetzt und durch ein entsprechendes Methodenrepertoire angesprochen und weiter entwickelt werden?

Ressourcenorientierung, Empowerment

- Über welche spezifischen personalen und sozialen Ressourcen verfügt die avisierte Zielgruppe?
- Wie können diese Ressourcen (re-)aktiviert werden?

Interdisziplinarität und Vernetzung

- Welche Institutionen, Vereine, Initiativen, gemeindenahen Strukturen haben bereits einen Zugang zu der avisierten Zielgruppe?

- Wie können diese miteinander vernetzt Synergieeffekte entfalten?
- Wie können professionelle Angebote Sozialer Arbeit mit Segmenten des informellen sozialen Netzwerkes der avisierten Zielgruppe kooperieren?

Und nicht zuletzt: Welche Differenzierungen sind innerhalb der avisierten Geschlechtergruppe zu berücksichtigen?

7. Zusammenfassung

Bezüglich der Psychotherapie erscheinen nach neueren Daten die Geschlechterverhältnisse bezüglich der Inanspruchnahme eindeutig: Etwa 2/3 der Patienten, die das psychotherapeutische Versorgungssystem in Anspruch nehmen, sind weiblichen Geschlechts. Diese Raten spiegeln zum einen die bestehenden Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz besonders jener psychischen Störungen wider, die in der ambulanten und stationären Psychotherapie nach wie vor bevorzugt behandelt werden (i.e. depressive und Angststörungen, Essstörungen etc.). Ein deutlicher Trend zu einer Zunahme der Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Frauen, der sich etwa ab den Siebziger Jahren abzeichnet, geht allerdings auch einher mit einer weiteren Zunahme des Anteils von Frauen in der psychotherapeutischen Profession, weswegen wir die These vertreten, dass eine zunehmende Femininisierung des Berufsfeldes, die sich auch darin zeigt, dass die psychotherapeutische Identität in starkem Maße durch weibliche Attribute gekennzeichnet ist, eine erhöhte Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Frauen begünstigt.

Bezüglich der Sozialen Arbeit verhält sich dies anders: Im Gegensatz zur Psychotherapie war das Angebot auf diesem Feld von Beginn an differenziert im Hinblick auf unterschiedliche Zielgruppen, in denen teilweise a priori die Geschlechterverteilungen sehr unterschiedlich sind. Die Arbeitsfelder determinieren dementsprechend auch die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme. Dennoch gibt es Bereiche, in denen die „Verteilungsgerechtigkeit“, bezüglich der Geschlechter nicht gewährleistet ist, was auch hier – wie in der Psychotherapie - vielfältige Ursachen hat. Betrachtet man die Inanspruchnahme Sozialer Arbeit als Prozess, dann lassen sich spezifische Bereiche definieren, die aus einer geschlechtsspezifischen Perspektive im Hinblick auf eine Förderung der Verteilungsgerechtigkeit in Zukunft genauer untersucht werden sollten.

8. Literatur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organisational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Appignanesi, L. & Forrester, J. (1992). *Freuds Women*. London, Weidenfeld & Nicolson dt. (1996). *Die Frauen Sigmund Freuds*. München, dtv.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Banger, M. (2001) Affektive Störungen im Klimakterium. In: Riecher-Rösler, A., Rohde, A. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen*. Basel: Karger.
- Bergant, A. (2001) Subjektive und objektive Geburtsbelastung. In: Riecher-Rösler, A., Rohde, A. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen*. Basel: Karger.
- Beutler, L.E., Machado, P.P. & Allstetter-Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In: A.E. Bergin, S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Ed.). New York: Wiley.
- Bijl, R.V., Ravelli, A. & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorders in the general populations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Böhnisch, L. (1999). *Sozialpädagogik der Lebensalter*. Weinheim, München: Juventa.
- Boor, C. de & Künzler, E. (1963). *Die psychosomatische Klinik und ihre Patienten*. Stuttgart: Klett.
- Böttcher, W., Klemm, K. & Rauschenbach, T. (Hrsg) (2001), *Bildung und Soziales in Zahlen. Statistisches Handbuch zu Daten und Trends im Bildungsbereich*. Weinheim, München: Juventa.
- Brähler, E. & Felder, H. (Hrsg.) (1999). *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Braun, U. & Grawe, K. (1994). *Geschlechtsspezifische Beziehungsmuster in der Psychotherapie*. Vortrag, DGVt-Kongreß, Berlin, 12.3.94
- Brieskorn-Zinke, M. & Köhler-Offierski, A. (1997). *Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Brockington, I. (2001). Die Psychiatrie der Mutterschaft. In: Riecher-Rösler, A., Rohde, A. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen*. Basel: Karger.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (1999). *Berufliche Qualifizierung benachteiligter Jugendlicher*. Bonn.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2001). *Berufsbildungsbericht 2001*. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998). *Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation von*

Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. Bundestagsdrucksache 13/11368. Bonn.

- Burkhardt, A. (2001). Mädchen und Frauen in Bildung und Wissenschaft. In W. Böttcher, K. Klemm & T. Rauschenbach (Hrsg.), *Bildung und Soziales in Zahlen. Statistisches Handbuch zu Daten und Trends im Bildungsbereich.* Weinheim, München: Juventa.
- Chassé K.A. & von Wensierski, H.-J. (Hrsg.) (1999). *Praxisfelder der Sozialen Arbeit.* Weinheim, München: Juventa.
- Cierpka, M., Orlinsky, D., Kächele, H. & Buchheim, P. (1997). Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 42, 269-281.
- Collins, J.B. (1994). Women and the health care system. In: Youngkin, E.Q., Davis, M.S., Norwalk, C.T. (Hrsg.), *Women's health – a primary guide.* New York: Appleton.
- Dührssen, A. (1982). Die Inanspruchnahme-Patienten von psychoanalytisch-psychosomatischen Polikliniken. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 28, 1-13.
- Eckert, J., Brodbeck, D., Jürgens, R., Landerschier, N. & Reinhardt, F. (1997). Borderline-Persönlichkeitsstörung und Straffälligkeit. Warum sind Borderline-Patienten meistens weiblich? *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 4, 181-188.
- Ernst, C. (2001) Die bessere und die schlechtere Hälfte? Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Krankheiten aus epidemiologischer Sicht. In: Riecher-Rösler, A., Rohde, A. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen.* Basel: Karger.
- Flisher A.J., Kramer, R.A., Grosser, R.C. et al. (1997). Correlates of unmet need for mental health services. *Psychological Medicine*, 27, 1145-1154.
- Franz, M., Dilo, K., Schepank, H. & Reister, G. (1993). Warum „Nein„ zur Psychotherapie? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 43, 278-285.
- Freund, W. (1990). *Merkmale von Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz.* Dissertation, Universität Ulm.
- Fritsche, Y. & Münchmeier, R. (2000). Mädchen und Jungen. In Deutsche Shell (Hrsg.), *Jugend 2000.* Band 1. Opladen: Leske & Budrich.
- Galuske, M. (1998). *Methoden der Sozialen Arbeit.* Weinheim, München: Juventa.
- Grande, T., Wilke, S. & Nübling, R. (1992). Symptomschilderungen und initiale Beziehungsangebote von weiblichen und männlichen Patienten in psychosomatischen Erstinterviews. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 38, 31-48.

- Grünzig, H., H. Kächele, et al. (1977). „Zur Selbstdiagnostik und Vorbehandlung neurotischer Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 27, 35-42.
- Habermas, T. (1990). *Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Fischer Taschenbuch, Frankfurt
- Hartung, J. (2000). *Sozialpsychologie*. Psychologie in der Sozialen Arbeit Band 3. Stuttgart: Kohlhammer.
- Henning, K. & Strauß, B. (2000). Psychosomatik der ungewollten Kinderlosigkeit – Zum Stand der Forschung. In: B. Strauß (Hrsg.), *Ungewollte Kinderlosigkeit*. Göttingen, Hogrefe.
- Herriger, N. (1997). *Empowerment in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kächele, H. (2001). Frauen und Männer in der psychoanalytischen Ausbildung. *DPV-Info*, eingereicht.
- Kessler, R.C., Brown, R.I. & Broman, C.L. (1981). Sex differences in psychiatric helpseeking. *Human Health and Social Behavior*, 22, 49-64.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the U.S. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klann, N. & Hahlweg, K. (1994). *Bestandsaufnahme in der institutionellen Ehe-Familien- und Lebensberatung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Band 48.2. Opladen: Leske + Budrich.
- Kleinsorge, H. & Klumbies, H. (1961). *Psychotherapie in Klinik und Praxis*. Jena: Gustav Fischer.
- Klöß, L. (1988). *Geschlechtstypische Sprachmerkmale von Psychoanalytikern*. Ulm: PSZ-Verlag.
- Kolip, P. (Hrsg.) (1994). *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Weinheim, München: Juventa.
- Kolling, R. & Mohr, G. (1982). Psychische Störungen bei Frauen. In G. Mohr, T. Rommel, M. Rückert (Hrsg) *Frauen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kottje-Birnbacher, L. (1994). Übertragungs- und Gegenübertragungsbereitschaften von Männern und Frauen. *Psychotherapeut*, 39, 33-39.
- Krohn, A. (1978). *Hysteria, the elusive neurose*. New York: Int Univ Press.
- Lehtinen, V., Joukaama, M., Jyrkinen, E. et al. (1990). Need for mental health services of the adult population in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 426-431.

- Menne, K. (1999). Erziehungs-, Ehe- und Familienberatung. In K.A. Chassé & H.-J. von Wensierski (Hrsg.), *Praxisfelder der Sozialen Arbeit*. Weinheim, München: Juventa.
- Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen. *Nervenarzt*, 71, 515-542.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1998). *Soziale Beratungseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf.
- Nestmann, F. (1999). Soziale Gerechtigkeit und Empowerment. Perspektiven des gemeindepsychologischen Modells. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 30, 129-150.
- Orlinsky, D. E., Willutzki, U., Meyerberg, J. et al. (1996). Die Qualität der therapeutischen Beziehung. Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von Psychotherapeutinnen? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 105-113.
- Orlinsky, D.E., Ambühl, H., Botermans, J.F. et al. (1999). The development of psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 9, 231-277.
- Pantucek, P. (1998). *Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Rauschenbach, T. & Gängler, H. (Hrsg.) (1992). *Soziale Arbeit und Erziehung in der Risikogesellschaft*. Neuwied: Luchterhand.
- Rauschenbach, T. & Schilling, M. (2001). Soziale Dienste. In W. Böttcher, K. Klemm & T. Rauschenbach (Hrsg.), *Bildung und Soziales in Zahlen. Statistisches Handbuch zu Daten und Trends im Bildungsbereich*. Weinheim, München: Juventa.
- Rhode-Dachser, C. (1985). *Expeditionen im dunklen Kontinent*. Heidelberg: Springer.
- Riecher-Rösler, A. (2000) Psychische Erkrankungen bei Frauen – einige Argumente für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 46, 129-139.
- Robins, L.N. & Regier, D.A. (1991). (Eds.). *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.
- Schepank, H. (1987). *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Heidelberg: Springer.
- Schilling, J. (1994). *Soziale Arbeit. Entwicklungslinien der Sozialpädagogik/Sozialarbeit*. Neuwied: Luchterhand.
- Schlattmann, M. & Tietze, W. (1999). In K.A. Chassé & H.-J. von Wensierski (Hrsg.), *Praxisfelder der Sozialen Arbeit*. Weinheim, München: Juventa.
- Schöck, E. (1997). *Geschlechtsunterschiede und Geschlechterbeziehung in Psychosomatik und Psychotherapie*. Med. Diss., Universität Kiel.

- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Soeder, U., Neumer, S., Rose, U., Türke, V., Becker, E.S. & Margraf, J. (2001). Zum Behandlungsbedarf bei psychischen Störungen junger Frauen. In: Riecher-Rösler, A., Rohde, A. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen*. Basel: Karger.
- Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Handlungskonzepte in der psychosozialen Praxis*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Sting, S. & Zurhorst, G. (Hrsg.) (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit*. Weinheim, München: Juventa.
- Strauß, B. (Hrsg.) (2000). *Ungewollte Kinderlosigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Stuhr, U. & Wirth, U. (1990) Die Bedeutung des Therapeuten als inneres Objekt des Patienten. In: Tschuschke, V., Czogalik, D. (Hrsg.), *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* Heidelberg: Springer.
- Thomas, W. & Znaniecki, F. (1927). *The Polish peasant in Europe and America*. New York: Free Press.
- Trömmel-Plötz, S. (1982). *Frauensprache – Sprache der Veränderung*. Frankfurt: Fischer.
- Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger (1993). *VDR Statistik Rehabilitation*. Würzburg: Stürtz.
- von Wensierski, H.-J. (1999). Jugendarbeit. In K.A. Chassé & H.-J. von Wensierski (Hrsg.), *Praxisfelder der Sozialen Arbeit*. Weinheim, München: Juventa.
- Wirth, W. (1982). *Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren*. Frankfurt: Campus.
- Wittchen, H.U. & Fichter, M.M. (1980). *Psychotherapie in der Bundesrepublik. Materialien und Analysen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung*. Beltz, Weinheim; Basel
- Wittchen, H. U., Essau, C.A., von Zerssen, D., Krieg, J. & Zaudig, M. (1991). Life time and six month prevalence of mental disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 247-258.
- Wittchen, H.U., Nelson, C. N. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.

Anschriften der Autor(inn)en:

Prof. Dr. Bernhard Strauß
Institut für Medizinische Psychologie
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität
Stoysstr. 3
D 07740 Jena

Prof. Dr. Johanna Hartung
Fachhochschule Düsseldorf
FB Sozialpädagogik
Universitätsstraße, Geb. 24.21
D 40225 Düsseldorf

Prof. Dr. Horst Kächele
Universität Ulm
Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Am Hochsträß 8
D 89081 Ulm