

Gender matters.

Der Faktor Geschlecht und seine Bedeutung für Theorie und Praxis der personzentrierten Psychotherapie

Karin Macke

Perchtoldsdorf, Österreich

Entlang der jeweiligen Genusgruppe, der sozialen Herkunft, des religiösen Bekenntnisses, der sexuellen Orientierung, des Alters und der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe wird die Person in unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhängen sichtbar. Diese scheinbar natürlichen Merkmale sind gesellschaftlich mit Erwartungen, Anforderungen, Zuweisungen und Verhaltenspraktiken verknüpft, die oft verhindern, dass eigene authentische Erfahrungen adäquat zum Ausdruck kommen. Diskriminierungserfahrungen und gesellschaftliche Benachteiligungen und Ausschlüsse entlang dieser Kriterien bedingen Leidenszustände, die in unseren Praxen sichtbar werden. Psychotherapeut:innen – insbesondere im Personzentrierten Ansatz – haben daher die Verantwortung, soziale Strukturen zu reflektieren und in Theorie und Praxis ihrer Arbeit mitzudenken. Der Personzentrierte Ansatz ist eine Kulturphilosophie und als solche aufgerufen, den kulturellen Ausdruck des Menschen zu untersuchen und kritisch zu hinterfragen. Eine geschlechtersensible Haltung sollte sich dabei nicht nur auf die Erlebniswelt der Klient:innen beziehen, sondern auch die therapeutische Interaktion und unseren Berufsstand selbst sowie unser Handeln als weiblich und männlich sozialisierte Therapeut:innen miteinbeziehen und stetig reflektieren.

Schlüsselwörter: Personzentrierte Psychotherapie, Intersektionalität, Gender, Diskriminierung, Geschlechtersensibilität

Gender matters: The gender factor and its significance for person-centered psychotherapy theory and practice. The person becomes visible in different social contexts spanning the respective gender group, social origin, religious affiliation, sexual orientation, age, and ethnicity. These seemingly natural characteristics are socially linked to expectations, requirements, assignments, and behavioral practices that often prevent people from adequately expressing their own authentic experiences. Experiences of discrimination, social disadvantage and exclusion based on these criteria cause states of suffering that become visible in our practices. Psychotherapists – especially in the person-centered approach – therefore have a responsibility to reflect on social structures and to consider them in their theoretical and practical work. The person-centered approach is a cultural philosophy and, as such, is called upon to examine and critically question the cultural expression of human beings. A gender-sensitive attitude should not only refer to the client's world of experience, but should also include and constantly reflect on the therapeutic interaction and our profession itself as well as our actions as therapists socialized as female or male.

Keywords: person-centered psychotherapy, intersectionality, gender, discrimination, gender sensitivity

<https://doi.org/10.24989/person.v28i2.1>

Einleitung

Die Person wird in unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhängen sichtbar: entlang sozialer Herkunft, religiöser

Karin Macke, Mag^a, hat Germanistik und Anglistik sowie Gender Studies studiert und ist Psychotherapeutin, psychosoziale Beraterin sowie Familienberaterin bei Frauen* beraten Frauen*. Sie arbeitet als Ausbilderin für Personzentrierte Psychotherapie und lehrt an der Universität sowie an der Sigmund Freud Privatuniversität in Wien. Ihre Forschungsschwerpunkte sind feministische Beratung und Psychotherapie, Schreiben als Medium in der Beratung und Psychotherapie sowie ethische Fragestellungen.

Bekenntnisse bzw. Weltanschauung, Alter, Hautfarbe, körperlicher sowie geistiger Verfasstheit, ethnischer Zugehörigkeit, aber auch entlang geschlechtlicher Identität und sexueller Orientierung. All diese Merkmale sind jeweils verknüpft mit Vorstellungen, Erwartungen, Anforderungen, Zuweisungen, Zuschreibungen, Verhaltenspraktiken und Zwängen, die oft verhindern, dass eigene authentische Erfahrungen adäquat zum Ausdruck kommen können. Solche kollektiven Bewertungsbedingungen sind höchst wirksam und können intrapersonell so eingeschrieben sein, dass das organismische Erleben zugunsten einer

Anpassung an diese Bewertungsbedingungen bis zur Krankheitswertigkeit verdrängt und die Aktualisierungstendenz gehemmt oder blockiert wird und sich auf verzerrte oder wirre Weise äußert (Rogers, 1959a/2020, S. 50 f.).

Diskriminierungserfahrungen sowie Ausschlüsse entlang dieser Diversitätskriterien bedingen Leidenszustände, die in unseren Praxen sichtbar werden – insbesondere, wenn sich mehrere überlagern. „Intersektionalität“ bezeichnet die Verflechtung verschiedener gesellschaftlicher Diskriminierungsformen aufgrund zusammenwirkender Merkmale, z. B. von Geschlecht und Hautfarbe, sexueller Orientierung und sozialer Herkunft (Überblick bei Kurz, 2022; Winker & Degele, 2009). Diese Mechanismen sind immer und überall wirksam und verweisen Individuen auf bestimmte Plätze im hierarchischen patriarchalen Gefüge, das auf Privilegierung versus Unterdrückung aufgebaut ist (Erel et al., 2007). Mehrfach diskriminierte Personen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken und erhalten seltener adäquate Hilfestellung. Nach Schigl (2012/2018, S. 53 f.) modifiziert Geschlecht andere intersektionale Parameter und bildet nach wie vor die Basis für gesellschaftliche Diskriminierung.

Die Geschlechterforschung beschäftigt sich mit der zentralen Bedeutung von Geschlecht in allen gesellschaftlichen Zusammenhängen, analysiert damit verbundene Macht- und Herrschaftsverhältnisse, beschreibt und hinterfragt Ungleichbehandlung und Verzerrungseffekte. Geschlecht wird als soziale Kategorie betrachtet, „die auf vielschichtige Weise in gesellschaftsstrukturelle Verhältnisse, symbolische Wertordnungen und subjektive Identitäten eingewoben ist“ (Pimlinger, 2019, S. 52). Inzwischen hat die Geschlechterforschung in allen Disziplinen Einzug gehalten, um spezielle Genderfragen zu untersuchen. So erforscht z. B. das Fachgebiet Gendermedizin den Einfluss von Geschlecht und Gender auf Gesundheit, Erkrankung, medizinische Diagnostik, Behandlung, Forschung sowie Prävention und ist damit „integrativer Bestandteil der personalisierten Medizin der Zukunft“ (Kautzky-Willer, 2014, S. 1022), da sich Geschlechterrollen neben der biologischen Ausstattung als wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit erwiesen haben (ebd.; vgl. auch Regitz-Zagrosek, 2018).

Wo genau spielt Geschlecht eine Rolle für die psychische Gesundheit? Inwiefern ist dieser Aspekt in der Behandlung zu berücksichtigen? In welchen Zusammenhängen müssen wir in der personenzentrierten Psychotherapie Gender reflektieren, und was bedeutet genderkompetentes Handeln? Diesen Fragen wird im Artikel nach einer ersten Bestandsaufnahme der Geschlechterverhältnisse und deren Auswirkungen auf psychische Vorgänge und seelische Gesundheit nachgegangen.

Gender matters

Auswirkungen geschlechtsspezifischer Benachteiligung zeigen sich beispielsweise „am Arbeitsmarkt, bei der Wohnungssuche, beim Zugang zu Gütern und Dienstleistungen sowie in der (Nicht-)Teilhabe an wirtschaftlicher und politischer Macht“ (Antidiskriminierungsstelle Steiermark, o. J., o. S.) und am Zugang zu Angeboten der Gesundheitsversorgung (Altgeld et al., 2017). Frauen und nicht-binäre Personen erfahren im medizinischen System ungleiche Behandlung, wie die Gendermedizin deutlich zeigt (Sittner, 2022).

Die Vorherrschaft der Männer hat sich nach Bourdieu (1998/2012) „in der sozialen Welt niedergeschlagen und ist in den Einstellungen aller, dem Habitus, präsent: als ein universelles Prinzip des Sehens, ein System von Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungskategorien. Dies erklärt, warum eine solche Macht akzeptiert wird, denn sie beruht nicht auf einer freiwilligen Entscheidung, sondern auf der unmittelbaren Unterwerfung der sozialisierten Frauen“ (S. 2). „Frauen sind besonders stark von struktureller Gewalt betroffen und in ihren Entwicklungs- und Lebenschancen eingeschränkt“ (BFF, o. J., o. S.).

Gewalterfahrungen, Marginalisierung, gesellschaftlicher Druck, Beschleunigung, prekäre Arbeitsverhältnisse und andere negative Folgen der konkurrenzorientierten Konsumgesellschaft erzeugen unterschiedliche Leidensbilder und Krankheitsphänomene. Als Frauen und Männer typisierend sozialisierte Personen sowie queere Personen sind davon in unterschiedlicher Weise betroffen. So ist die Rate psychischer Erkrankungen und Suizid(versuch)e unter Menschen varianter geschlechtlicher Identitäten und sexueller Orientierungen aufgrund von Diskriminierung und anderen Gewalterfahrungen besonders hoch (Clark et al., 2020; Giacomo et al., 2018; Pfister, 2024). Angsterkrankungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Erschöpfungszustände und posttraumatische Belastungszustände sind bei Frauen, die zumeist Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind, häufiger zu finden als bei männlich sozialisierten Personen (Gesundheitsberichterstattung, 2023). Männer erkranken häufiger an ADHS, antisozialen Persönlichkeitsstörungen, Paraphilien und Drogenmissbrauch (WHO, 2018; Stiftung Männergesundheit, 2022).

„Jene Männlichkeitsvorstellungen, die ein dominantes Auftreten, Übergriffe und Gewalt fördern[,] ... fügt Frauen und Kindern [sowie nicht-binären Personen; Erg. v. Verf.], aber auch Männern, die den Normen nicht entsprechen, körperliche und seelische Schäden zu. Sie schadet auch heteronormativen Cis-Männern, da sie emotionale Instabilität, Vereinsamung und Depression fördert wie auch destruktive Verhaltensweisen gegen sich selbst“ (Scheibelhofer & Wiesböck, 2019, o. S.; vgl. auch Neumann & Süfke, 2004, S. 23–38). Die

„Mannwerdung“ ist mit dem schmerzlichen „Verlust der bedingungslosen, warmen, echten“ (Winkler, 1992, S. 197), akzeptierenden und einführenden Zuwendung der zumeist weiblichen ersten Bezugsperson des Jungen verbunden, sobald „er seine Andersgeschlechtlichkeit wahrnimmt und zur Annahme seiner Geschlechterrolle gedrängt wird“ (ebd.). Seine Geschlechtsidentität ist also mit Negation, Abgrenzung und Herabsetzung der Frau bzw. Mutter verbunden. Die Trauer darüber, die er nicht ausdrücken darf, „senkt er in die tieferen Schichten seines Selbst ab“ (ebd.).

Genderkonstruktionen sind zwar fluider geworden, doch leben wir immer noch in einer dichotom strukturierten patriarchalen Gesellschaft, in der Berücksichtigung und Reflexion der Strukturkategorie Geschlecht von großer Bedeutung bleiben sowie Gender und Bilder von Weiblichkeiten und Männlichkeiten sehr präsent sind. Unsere Gesellschaft beruht auf Vorstellungen von Heteronormativität und einer binären Geschlechterideologie, wobei ein „natürliches Geschlecht“ angenommen wird (Überblick bei Fritzsche et al., 2007). Der heterosexuelle Cis-Mann gilt als Norm, Frauen und andere Geschlechtsidentitäten bzw. andere sexuelle Orientierungen gelten als Abweichung und werden systematisch abgewertet und sanktioniert. Die Kategorie Geschlecht fungiert weiterhin als soziales Ordnungsprinzip. Dieser Mechanismus ist in allen gesellschaftlichen Bereichen wirksam, sodass es keinen geschlechtsneutralen Ort gibt. In der psychotherapeutischen Arbeit mit trans*, nicht-binären, queeren Personen (Günther et al., 2021) zeigt die Erfahrung, dass zumeist eine Sozialisation im zuerst zugewiesenen Geschlecht stattgefunden hat, die großen Einfluss auf Gewordensein, Verhaltensweisen und Inkongruenzen hat.

Geschlecht und Gesundheitsversorgung

Laut Gendermedizin erleiden Männer weit häufiger Herzerkrankungen oder Schlaganfälle, allerdings ist die Sterblichkeit bei Frauen höher (Gadebusch Bondio & Katsari, 2014; Novartis, 2020). Frauen leben länger, verbringen aber weniger Lebensjahre bei guter Gesundheit. Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden trotz ihrer Häufigkeit als Todesursache bei Frauen weiterhin als typisch männliches Problem angesehen (ebd.).

Grund für diese Widersprüche ist nicht nur, dass Symptome geschlechtsspezifisch anders ausgeprägt sein und auf Therapien andere Reaktionen erfolgen können, sondern dass Frauen Überempfindlichkeit und übertriebenes Verhalten zugeschrieben und sie folglich nicht genügend untersucht werden (Hurrelmann & Kolip, 2002). Der Gendergap zeigt sich u. a. daran, dass Krankheitsbilder, die vorwiegend Frauen betreffen (z. B. Endometriose oder Long Covid) zu wenig untersucht sind (BMSGPK, 2023a, S. 28, 128) und Medikamente zumeist

nur an männlichen Probanden getestet werden (z. B. Tertilt, 2021).

Sozioökonomische Bedingungen sind für Personen unterschiedlicher Geschlechter verschieden, sie zeigen unterschiedliche Symptome, sind unterschiedlich krank, werden unterschiedlich diagnostiziert und unterschiedlich behandelt.

Folgen für die psychische Gesundheit

Die Psychotherapie ist in ein gesundheitspolitisches System eingebettet, das Ungleichheiten fortschreibt, wobei die psychische Versorgung ein besonders benachteiligtes Gebiet darstellt. Die Psyche gilt als weiblich und Gefühle stereotypisch als nicht-männlich (Helfrich, 2001). Empfindungen, deren Ausdruck und daraus folgende Verhaltensweisen von Frauen und queeren Personen erfahren quasi per se eine Abwertung und werden weniger ernst genommen (Landweer, 2019).

Therapeut:innen sollten diese Ungleichheiten kennen und reflektieren, um die Leiden und möglichen Auswirkungen auf individuelle Problemlagen von Klient:innen besser verstehen und einordnen zu können, aber auch, um eigenem ungerechten oder Ungerechtigkeiten unterstützenden Verhalten entgegenzuwirken, das durch unreflektierte geschlechtstypische Verhaltensmuster reproduziert werden könnte.

Der Gendermedizin „liegt die Annahme zugrunde, dass psychische Gesundheit nicht allein durch individuelle Dispositionen beeinflusst wird, sondern auch durch Lebensbedingungen und Umwelten ..., emotionale und soziale Kompetenzen und Verhaltensweisen ..., soziale[] Anforderungen oder gesellschaftliche[] Normen“ (Cohrdes et al., 2021, S. 20; unter Bezug auf WHO, 2012). Geschlecht spielt also auch im Bereich der psychischen Gesundheit eine entscheidende Rolle: in der Genese von psychischen Problemen, deren Diagnostik sowie Behandlung. Beispielhaft soll dies nachfolgend an der Diagnose Depression erläutert werden.

Weltweit nehmen Depressionen zu, wobei mehr Frauen und Menschen varianter geschlechtlicher Identitäten diese Diagnose erhalten (Riecher-Rössler, 2008), jedoch mehr Männer Suizid begehen (Riffer et al., 2021, S. 515). Dieses „Geschlechterparadox“ (Möller-Leimkühler, 2016, S. 77) hängt zusammen mit geschlechtsspezifisch unterschiedlich ausgeprägten Symptomen (ebd., S. 77–81) und damit, dass Frauen eher als psychisch labil angesehen werden, z. B. wegen ihres Hormonhaushalts (Riecher-Rössler, 2016, S. 22). Depressionen bei Frauen sind oft mit Gewalterfahrungen im sozialen Nahraum und sexuellen Übergriffen assoziiert (Mossaheb, 2024, S. 171). Auch der gesellschaftliche Druck, traditionellen Weiblichkeitsvorstellungen zu entsprechen, begünstigt das Auftreten von Depressionen (Friedel et al., 2024, S. 300 f.). Geschlechternormen manifestieren sich also sowohl in Belastungen und „gesellschaftliche[n]

Zumutungen“ (Teuber, 2011, S. 13), unter denen Frauen leiden, als auch in der höheren Bereitschaft von Ärzt:innen, Depression bei Frauen (ebd., S. 38–40) und queeren Personen (Friedel et al., 2024, S. 304) zu diagnostizieren. Interessant ist, dass als „typisch weiblich“ bewertete Eigenschaften wie passiv, sensibel, hilflos, schwach, abhängig, leidend, ambitionslos sich nur graduell von klassisch depressiven Symptomen unterscheiden (Redfield Jamison, 1997, S. 122 f.; vgl. auch Teuber, 2011, S. 32 f.). „Frauen sind einem doppelt so hohen Depressionsrisiko ausgesetzt wie Männer. Weiblichkeitsstereotype erscheinen als Ausdruck depressiver Symptome“ (Teuber, 2018, S. 19).

Geschlechtsspezifische Krankheitsformen können das „Leiden an Geschlechternormen“ (Zehetner, 2017, o. S.) aufzeigen und ein widerständiges Potenzial enthalten (ebd.). „Krankheit als Verweigerung von Anpassung kann dagegen ein Zeichen psychischer Gesundheit sein“ (ebd., o. S.).

Aggressionen zu internalisieren, gegen sich selbst zu richten und in Form von Depressionen, Ängsten und Essstörungen auszudrücken, ist vor dem Hintergrund traditioneller Geschlechterrollen für Frauen gesellschaftlich eher „erlaubt“, als sich lautstark durchzusetzen (vgl. bereits Nolen-Hoeksema, 1987). Sind Symptome so stark ausgeprägt, dass sich eine Frau quasi selbst lahmlegt, kann sie die erwartete Sorgetätigkeit nicht mehr ausführen, die Symptomatik erscheint als verstecktes Auflehnen gegen die Zumutung, keine eigenen Bedürfnisse zeigen zu dürfen (Zehetner, 2012, bes. S. 163 f.). Was „im Krankheitsbild der Depression verborgen ist, könnte einfühlsam auch als Widerstand, Protest, Überlebensstrategie, Konfliktbewältigung, Flucht, Entlastung oder Aggressionsabfuhr verstanden werden“ (Winkler, 1992, S. 199), als Lösungsversuch, um sich aus Bedingungen zu befreien, die – psychologisch gesehen – krank machen müssen. „Voraussetzung dafür ist die Erweiterung des therapeutischen Blicks auf die gesellschaftlichen Bedingungen, innerhalb derer diese geschlechtsspezifischen Inkongruenzen entstehen“ (ebd.).

Bei Männern wird eine Depression aufgrund anders gelagerter Symptomatik oft nicht erkannt, da sie sich entsprechend der Geschlechterstereotypie eher in Form von Gereiztheit, Feindseligkeit, aggressiven oder risikoreichen Verhaltensweisen, sozialem Rückzug, Irritabilität, Alkohol- oder anderem Substanz-Abusus äußert (Möller-Leimkühler, 2022, 2023; vertiefend Levant & Wong, 2017; Luck, 2021). Häufige Auslöser für Depressionen bei Männern sind Verlust der Partnerin oder des Arbeitsplatzes (Teuber, 2018), denn der Beruf ist oft identitätsstiftend und der Arbeitskontext Ort sozialer Einbindung. Da die Pflege von Beziehungen und sozialen Aktivitäten bei traditioneller Rollenverteilung eher bei Frauen als Männern liegt (Belz & Riecher-Rössler, 2017, S. 554, 556), fehlt Männern der Ort, an dem Beziehung passiert und wo sie Probleme ansprechen können, wenn einer der Bereiche Partnerschaft oder

Arbeit durch Trennung, Tod, Arbeitsplatzverlust oder Pensionierung wegbricht. Sich „schwach“ zu zeigen und Hilfe in Anspruch zu nehmen, erscheint oft im Gegensatz zur Selbstmedikation in Form von Suchtverhalten oder Gewaltanwendung als Lösungsansatz keine Option zu sein. Wenn Behandelnde nicht sensibilisiert sind, kann dieser Gender-Bias also für Männer tödlich sein (Möller-Leimkühler, 2010, S. 14).

Leidende Personen kommunizieren durch Symptome, dass ihr Prozess des Strebens nach Authentizität misslungen oder steckengeblieben ist. Wenn Betroffene ihre Symptome verstehen und lernen, ihre Wut auf ungerechte Verhältnisse, ihr Ringen um Autonomie und Emanzipation anders auszudrücken, können sie weniger schädigende Verhaltensweisen entwickeln (vgl. Zehetner, 2012, bes. S. 161 f.).

Psychische Folgen geschlechtsspezifischer Gewalterfahrungen

Gewalt gilt als eines der größten Gesundheitsrisiken, denen Frauen und Mädchen überall auf der Welt ausgesetzt sind. In Europa handelt es sich vorwiegend um Gewalt in der Privatsphäre und sexualisierte Gewalt in Form psychischer, physischer und ökonomischer Gewalt. Laut Statistik Austria (Enachescu & Hinsch, 2022) zu geschlechtsspezifischer Gewalt war 2021 jede dritte Frau in Österreich ab ihrem 15. Lebensjahr mindestens einmal in ihrem Leben von körperlicher und/oder sexueller Gewalt betroffen (S. 10), das gilt ebenfalls europaweit (FRA, 2014, S. 17) und weltweit (WHO, 2024, o. S.). Knapp 37 % der Österreicherinnen erfuhren 2021 körperliche Gewalt in der Partnerschaft (Enachescu & Hinsch, 2022, S. 27), jede vierte Frau erlebte sexuelle Belästigung im Job (S. 25), jede fünfte war von Stalking betroffen (S. 38). In 84 % der Fälle ging die Gefährdung von Männern aus (S. 34). „2023 wurden 15.115 Betretungs- und Annäherungsverbote von der Polizei verhängt“ (AÖF, 2024, o. S.) und „von den Gewaltschutzzentren 24.805 Opfer familiärer Gewalt betreut. Rund 79 % der unterstützten Klient*innen waren Frauen und Mädchen“ (ebd.), in autonomen Frauenhäusern „571 Frauen und 577 Kinder“ (ebd.). Für das Jahr 2023 wurden 27 Morde an Frauen (an Männern: 6) verzeichnet gegenüber 21 im Jahr 2022 (BK, 2024, S. 49). „Beim überwiegenden Teil der Morde an Frauen besteht ein Beziehungs- oder familiäres Verhältnis (z. B. Partner oder Ex-Partner oder Familienmitglied) zwischen Täter und Opfer“ (AÖF, 2024, o. S.). Als gefährlichster Ort ist daher der soziale Nahraum anzusehen. Gewalt gegen Frauen und diverse Personen bleibt dennoch zum Großteil unsichtbar.

Wenn sich Frauen und nicht-binäre Personen gegen gesellschaftliche Zwänge, Zumutungen, Verletzungen auflehnen, laufen sie Gefahr, abgewertet oder pathologisiert zu werden. Frauen für psychisch labil zu erklären, ist bis heute eine

Strategie, um sie über ihre Gewalterlebnisse zum Schweigen zu bringen (Schöndorfer, 2018).

„Alle Formen von Gewalt können schwerwiegende Folgen für die Gesundheit, das Selbstvertrauen und Wohlbefinden der betroffenen Personen haben. Gewalt wirkt häufig traumatisierend und löst psychische Folgeerkrankungen aus“ (NbF, o. J., o. S.), aber auch körperliche Symptome. Es ist also essenziell bei Frauen und Menschen varianter geschlechtlicher Identitäten im Fall von „Posttraumatische[r] Belastungsstörung, Depressionen, Essstörungen, Suchterkrankungen, Symptome[n] wie Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, verminderte[r] Leistungsfähigkeit, Ängste[n], Schuld- und Schamgefühle[n], verminderte[m] Selbstwertgefühl, Niedergeschlagenheit, Selbstmordgedanken, selbstverletzende[m] Verhalten, und erhöhte[m] Konsum von Suchtmitteln und Psychopharmaka“ (ebd.) an geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen als mögliche Ursache zu denken, ebenso bei medizinisch abgeklärten psychosomatisch verorteten Symptomen wie Unterleibsschmerzen, starken Kopfschmerzen, Atemwegsbeschwerden, Magenbeschwerden und Erschöpfungszuständen (ebd.).

Negative Dynamiken in heterosexuellen Paarbeziehungen können für Frauen nachweislich ein Faktor in der Entstehung von psychischen Erkrankungen sein (Frasl, 2022, S. 192; unter Bezug auf Ussher, 2013, S. 42). „Psychische Belastungen können sich auf der Ebene des organismischen Erlebens als Symptom erleben ausdrücken, wie das körperliche Erleben von Schmerzen oder die unerträglichen körperlich belastenden Empfindungen in einer akuten Krisensituation oder die körperlich spürbaren Belastungen, die mit einer schweren Depression einhergehen“ (Keil, 2011, S. 133). Das Narrativ, psychische Erkrankungen hätten rein biologische Ursachen, verschleiert gesellschaftliche, politische und ökonomische Zusammenhänge und schiebt die Verantwortung den einzelnen Individuen zu (Macke, 2020, S. 187; Frasl, 2022, S. 65 f.).

„Frauen können also entweder versuchen, das Konzept zu erfüllen, das jemand anderer für sie entwirft. Dies führt zu einem Gefühl permanenter Inkongruenz und in der Folge zu intrapsychischen Konflikten, die ihren sichtbaren Ausdruck in ‚Symptomen‘ und ‚Störungen‘ finden. Oder sie können versuchen, das ‚Selbst zu sein, das sie in Wahrheit sind‘ (Kierkegaard) und ihr eigenes Konzept von sich erfüllen. Die Verhaltens- und Handlungsstrategien für die dann anstehende Konfliktaustragung mit der sie umgebenden patriarchalen Normenwelt wurden ihnen jedoch schon früh mittels weiblicher Sozialisation abtrainiert“ (Winkler, 1992, S. 198). Vor dem Hintergrund menschlicher Beziehungsangewiesenheit bedeutet das, oft nur Antwort auf die Fassade bzw. die erfüllte Rolle statt auf die Person dahinter zu erhalten, sodass ihr eigentliches Selbst verschwindet bzw. versteckt oder totgeschwiegen wird. Sie hört auf zu existieren,

da es kein Echo in der Außenwelt gibt, sie wird ausgehungert oder hungert sich selbst aus. Die Aktualisierungstendenz bahnt sich im weiblichen Körper als autoaggressivem Austragungsort verschiedenster Konflikte oft ihren Weg, um die entstandenen Inkongruenzen auszudrücken. Eine so pathogen erscheinende Lebensweise kann aus personenzentrierter Sicht insofern als gesund betrachtet werden, als sie die gefühlten Dissonanzen ausdrückt (Schigl, 2012/2018, S. 166). Die Inkongruenz findet Ausdruck in Symptomen, die zeigen, dass etwas nicht stimmt, wir könnten die Klientin als kongruent in ihrer Inkongruenz verstehen. Als psychisch gesund wird gemeinhin aber eine Person bezeichnet, die sich, ihre Gefühle, Interessen und ihr Verhalten entlang der Geschlechterstereotype beschreibt, obwohl stark an traditionellen Vorstellungen orientiertes Verhalten nicht gesundheitsförderlich ist, nonkonformes Verhalten hingegen befreiend und gesundheitsfördernd wirken kann (ebd., S. 113).

Wir können in unseren Praxen davon ausgehen, dass jede Klientin* Gewalterfahrungen hat und in irgendeiner Weise an deren Auswirkungen leidet. Trotz aller Errungenschaften der Emanzipation leben wir nach wie vor in einer männerdominierten Gesellschaft, in der jedoch eine weitgehende Gleichheit der Geschlechter behauptet und die tatsächlichen Hierarchien und daraus resultierenden Folgen verschwiegen werden (Zehetner, 2020, S. 132). Argumentiert wird mit immer flexibleren Geschlechterrollen, Faktum sind aber eine konservative Geschlechterordnung und Machtverteilung. An Frauen werden neue Ansprüche gestellt, „aber gleichzeitig wird stillschweigend vorausgesetzt, dass Frauen weiterhin die unbezahlte Sorgearbeit übernehmen“ (ebd.).

Männer, die sich nicht geschlechtstypisch verhalten oder nicht heterosexuell orientiert leben, laufen Gefahr, ebenfalls abgewertet zu werden und Gewalt durch ihre Geschlechtsgegnossen zu erfahren (Neumann & Süfke, 2004, S. 28). Männer, die sich mit der Vorstellung von hegemonialer Männlichkeit identifizieren, reiben sich im Konkurrenzverhalten auf, sind oft abgetrennt von ihren Gefühlen und ihrer Lebendigkeit und wehren Versagensängste und innere Spannungen ab, indem sie rationalisieren, Gewalt ausüben oder Zerstörung verursachen, um das Gefühl von Macht und Kontrolle wieder herzustellen (ebd., bes. S. 25–29). Die Männerforschung spricht von „Alleinsein, Einsamkeit und emotionale[r] Isolation“ (Cremers, 2007, S. 47) sowie „Stummheit“ (Böhnisch, 2013, S. 234): der „Unfähigkeit, das eigene Innenleben emotional zu versprachlichen“ (Paulick & Werner, 2021, o. S.; vgl. auch Neumann & Süfke, 2004, S. 35).

Gahleitner hielt 2008 fest, dass es für Männer, die Überlebende sexueller Gewalt sind, aufgrund ihrer Sozialisation sehr schwierig ist, das Erlebte als Missbrauch wahrzunehmen und ihren Opferstatus anzuerkennen. Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht müssen abgewehrt werden (ebd.). Ihre

Bewältigungsversuche zeigen sich tendenziell in externalen, aggressiven Ausdrucksformen sowie in „einer destruktiven Überbetonung der Männerrolle“ (ebd., S. 19; z. B. Homophobie). In der therapeutischen Arbeit mit Männern ist es zentral, empathisches Verstehen und Selbstempathie zu entwickeln (zum Zusammenhang von empathischem Verstehen und Selbstempathie vgl. Kriz, 2017), denn es wirkt befreiend, Gefühle zuzulassen, wahrzunehmen sowie adäquat auszudrücken (Neumann & Sufke, 2004, S. 23 f., 38–40) und geschlechtsspezifisch einengende Verhaltensweisen zu überschreiten.

Es zeigt sich, dass enge Genderrollen allen Geschlechtern Schaden zufügen (Browne, 2019, S. 19; Harrington et al., 2022; Mayor, 2015; Thiele, 2002).

Folgen für die psychotherapeutische Praxis

Weder Medizin noch Psychologie oder Psychotherapie sind objektive Wissenschaften. Symptome und deren Bewertungen sind nicht genderneutral, Geschlecht als wertende Kategorie ist immer und überall wirksam. Die RISK-Studie der Donau-Universität Krems (Leitner et al., 2012) zeigt, dass Geschlechterannahmen alle Zusammenhänge von Psychotherapie beeinflussen: Überweisungskontext, Selbstwahl, Geschlechterdyaden, Bearbeitung bestimmter Themen, Erstkontakt, Kommunikation, Therapieprozesse, Behandlungserfolge sowie Handlungs- und Sprechweisen oder Diagnosen (Schigl, 2016). „In der Psychotherapie ist die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte ... eine wichtige Variable für das Gelingen des therapeutischen Prozesses und das Therapieergebnis“ (Belz & Riecher-Rössler, 2017, S. 553). Es gilt, gesellschaftliche Gegebenheiten zu reflektieren und sich dabei nicht nur auf den Bezugsrahmen der Klient:innen zu beschränken, sondern auch die therapeutische Interaktion sowie Therapeut:innen und ihr Handeln miteinzubeziehen (Winkler, 1992, S. 196, 204; Schigl, 2012/2018, S. 174–182).

Als Psychotherapeut:innen begegnen wir mit unserem eigenen geschlechtlichen Gewordensein (Winkler, 1992, S. 195 f.), als „gendered individuals“ (Schigl, 2016), anderen Frauen*, Männern*, queeren Personen, die an Inkongruenzen leiden, die sich auch als Folge von einschränkenden Geschlechterverhältnissen einstellen. „Wir entwickeln unser Selbst in einer Gesellschaft, die patriarchal ist, deren Wertesystem auf der Durchsetzung von Macht- und Herrschaftsansprüchen beruht und deren Norm es ist, Frauen und Männer nach dem Prinzip von Unterdrückung und Unterwerfung zu sozialisieren. Wir leben in einer zweigeschlechtlichen Gesellschaft, haben jedoch nur ein Wertesystem“ (Winkler, 2002, S. 71). „Dieses patriarchale Wertesystem bestimmt unsere persönlichen, sozialen, materiellen und politischen Beziehungen. Es stellt den Maßstab für

Erwachsensein und Normalität. Es bereitet jedoch häufig den Nährboden für Selbstverleugnung, Inkongruenz und psychisches Leiden von Frauen und Männern. Therapeutisch arbeiten verpflichtet dazu, darüber Standpunkt zu beziehen und Farbe zu bekennen“ (Winkler, 1992, S. 193). Es gilt also, Geschlechter- und Machtverhältnisse in der Therapie anzusprechen und zu reflektieren, um eine bewusste und personale Auseinandersetzung zu ermöglichen.

Im Überweisungskontext und in der Selbstwahl spielen bewusste und unbewusste Genderannahmen eine Rolle, z. B. für welches Thema oder für welches Therapieziel Therapeut:innen welchen Geschlechts besser geeignet wären (Schigl, 2016, S. 232; Überblick bei Schigl, 2012/2018, S. 67–88). Bei der Diagnose Essstörungen wird eher an weibliche Therapeutinnen gedacht, bei Alkoholsucht an männliche (Schigl, 2012/2018, S. 154), bei intimen Problemen an weibliche (S. 157), bei Studien- oder Berufsproblemen an männliche (ebd.). Von Therapeutinnen wird allgemein eher Empathie und Zugewandtheit erwartet, Einfühlsamkeit, Geduld, Sensibilität und Fürsorglichkeit, also Beziehungsorientierung, von männlichen Beratenden eher Klarheit und Konfrontationsfähigkeit, Pragmatismus, Distanziertheit und Entschlossenheit im Sinne von Problemlösungsorientierung (vgl. ebd., S. 158; zu Erwartungen von Männern an Therapeuten vgl. Neumann & Sufke, 2004, S. 131–133). Insgesamt wird eher zu gleichgeschlechtlichen Therapeut:innen überwiesen (Schigl, 2012/2018, S. 94). Auch in der Selbstwahl ist die gleichgeschlechtliche Dyade beliebter (S. 95). Besonders im Bereich sensibler Themen wie Sexualität bzw. Intimität fühlen sich Klient:innen bei gleichgeschlechtlichen Therapeut:innen wohler (S. 96). Untersuchungen zufolge sind diese Konstellationen auch wirksamer (S. 142 f.; unter Bezug auf Ogradniczuk & Staats, 2002; Rudolf, 1991, 2002). Im Erstkontakt werden geschlechtsspezifische Vorurteile und Doing Gender entlang von Geschlechterklischees aufgrund der spezifischen Situation besonders aktiviert, also das unbewusste aktive und interaktionistische Verhalten, das Gendervorstellungen ständig herstellt und reinszeniert (Schigl, 2012/2018, S. 96 f.). Eine Einordnung geschieht meist ohne bewusste Kontrolle in den allerersten Momenten – z. B. „Klein für einen Mann“, „Fester Händedruck für eine Frau“ (S. 99) – und entfaltet große Wirkung. Wenn wir das Geschlecht des Gegenübers nicht gleich zuordnen können, entsteht zumeist Verunsicherung. Zu empfehlen ist, sich solche Phänomene bewusst zu machen, um Stereotypen entgegenwirken zu können und offen für das Gegenüber zu bleiben. Eine Begrüßung könnte so aussehen, dass sich die Therapeutenperson so vorstellt, dass erkennbar ist, welchem Gender sie sich zuordnet, und die Klient:innen fragt, wie sie angesprochen werden wollen.

In Österreich arbeiten mehr als doppelt so viele weibliche* wie männliche* Therapeut:innen, Tendenz steigend, was nach

Jaeggi (2015) mit geschlechterspezifischen Zuschreibungen zusammenhängt: Frauen seien für Beziehungen und emotionale Themen zuständig (S. 89 f.). Es sind auch mehr Klientinnen in psychotherapeutischer Behandlung (S. 91). Frauen fällt es aufgrund ihrer Sozialisation leichter, sich als hilfsbedürftig zu verstehen, und sie neigen dazu, Problemlagen zu internalisieren, im Gegensatz zu Männern, die diese tendenziell externalisieren (Gahleitner, 2008; Neumann & Süfke, 2004, S. 38–43). Frauen bekommen aufgrund des Diagnose-Gaps öfter Psychotherapie verschrieben (Schigl, 2012/2018, S. 156 f.). Untersuchungen zufolge fällt es Frauen leichter, Niedergeschlagenheit, Trauer, Angst und Sorge auszudrücken (ebd., S. 46; unter Bezug auf Brody, 2000; Lozo, 2010; Maccoby, 1988/2000), Männer hingegen eher Zugang zu ihren aggressiven Gefühlen haben (Schigl, 2012/2018, S. 110). Therapeut:innen reagieren nach eigenen Angaben auch geschlechtsspezifisch auf Gefühlsäußerungen, so kann Weinen von männlichen Klienten besonderes Mitgefühl erzeugen, von Frauen den Verdacht auf Manipulation aufkommen lassen (ebd.). Typisierend weiblich sozialisierte Personen profitieren mehr von Psychotherapie, speziell von Gruppenangeboten (ebd., S. 130). Mögliche Erklärung dafür ist eine größere Bindung, da Frauen generell dazu erzogen werden, gute Beziehungen herzustellen und zu erhalten (ebd.). „Sie beginnen Therapien eher, beenden diese auch eher erfolgreich und nehmen in ihren Prozessen mehr Stunden in Anspruch“ (ebd.).

In der Therapie mit heterosexuellen Paaren ist reflektiertes Genderwissen der Therapeut:innen von besonderer Bedeutung, da sonst die Gefahr besteht, dass Kommunikationsprobleme nicht auf die je unterschiedliche Sozialisation zurückgeführt und adäquat damit umgegangen werden kann, also dass dem Umstand der unterschiedlichen Ausdrucksweisen nicht Rechnung getragen wird (Kirschenhofer, 2019). Typisierend weiblich sozialisierte Personen pflegen zumeist einen auf Beziehung bezogenen Kommunikationsstil und suchen die Bestätigung im Gegenüber, während typisierend männlich erzogene oft einen lösungsorientierten Stil pflegen (Schigl, 2012/2018, S. 48). Das kann zu Schwierigkeiten führen: Erzählt z. B. eine Frau in einer heterosexuellen Beziehung von einem Problem, so sucht sie möglicherweise nach Mitgefühl und Verständnis, erhält von ihrem Partner aber einen Ratschlag oder Lösungsvorschlag. Eine andere Gefahr besteht darin, dass unreflektiert den Äußerungen des Manns mehr Gewicht beigemessen wird (Trömel-Plötz, 1982, S. 27). Als Beispiel in der Praxis könnte den Autonomie-wünschen eines jungen Vaters mehr Platz gegeben werden als denen seiner Partnerin oder deren Beziehungswünschen.

Um sich solcher Genderfärbungen gewahr werden zu können, bedarf es regelmäßiger Auseinandersetzung mit dem Einfluss von Gendervorstellungen. Therapeut:innen, die genderreflektiert arbeiten, versuchen sich bewusst zu machen, dass sie gendertypische Vorannahmen haben bzw. welche sie haben,

mit welchen Leidenszuständen sie diese verbinden und mit welchen Dynamiken, die aufgrund der Geschlechterverhältnisse in der psychotherapeutischen Beziehung entstehen können. Sie bedenken diese bei eigenen Fällen und in der Supervision. Sie beschäftigen sich damit, dass es „gendertypische“ Häufungen von Diagnosen gibt, in denen sich gesellschaftliche Strukturen widerspiegeln. Besonders in schwierigen und verunsichernden Therapiesituationen versuchen sie, auf das eigene Doing Gender zu achten, und reflektieren ihr Tun immer wieder hinsichtlich des Einflussfaktors Geschlecht. Sie fragen sich, wo sie besonders empfindlich oder verführbar reagieren und was das mit der eigenen geschlechtsspezifischen Sozialisation zu tun hat (Schigl, 2012/2018, S. 182–193).

Zwei Negativbeispiele aus der Praxis sollen verdeutlichen, wie nicht reflektierte Rollenzuschreibungen wirksam sein und Entwicklung behindern können. (1) Eine junge Frau entscheidet sich für ein Leben ohne eigene Kinder und möchte diese Entscheidung mit ihrem Psychotherapeuten reflektieren. Seine Reaktion: „Sie werden sehen, es muss nur der Richtige kommen.“ (2) Die Tochter einer alleinerziehenden Mutter hat Schulprobleme. Die Therapeutin führt das darauf zurück, dass die Mutter zu wenig Zeit mit ihrem Kind verbringt. Ein kurz darauf durchgeführter Schulwechsel führt zu einer raschen Verbesserung des Problems.

Gendersensiblen Therapeut:innen ist bewusst, dass Machtverhältnisse sich auch in der Sprache als wichtigem Instrument in der Psychotherapie abbilden und wie wichtig eine genderinklusive Sprache und die Entwicklung von Sprachsensibilität sind (Macke, 2010, bes. S. 35–37, 81–85), einem Bereich, der bisher leider trotz seiner großen Bedeutsamkeit keinen fixen Platz in der Psychotherapieausbildung bekommen hat. „In der Therapie ist Sprache die Vermöglichung des Werdens“ (Fehring, 1992, S. 368). „Geschlechterverhältnisse sind auch Machtverhältnisse – sprachlicher Sexismus ist daher als eine Form von Gewalt durch Sprache zu verstehen. Da die Sprache nachweislich das Denken und die Wahrnehmung einer Gemeinschaft beeinflusst, ist es wichtig, zu erkennen, wie Frauen [und andere Geschlechter; Erg. v. Verf.] in der Sprache ausgeschlossen und machtlos, unsichtbar und peripher, benachteiligt und degradiert werden ... Sprachliche Unsichtbarkeit kann auch dazu führen, dass sich Frauen [und andere marginalisierte Gruppen; Erg. v. Verf.] mit ihrer Sprache nicht identifizieren, was zu psychischen und sozialen ... Problemen führen kann, da es für Menschen existentiell wichtig ist, von anderen wahrgenommen und in ihrer Identität bestätigt zu werden“ (Macke, 2010, S. 78). Im psychotherapeutischen Setting ist es daher besonders wichtig, sprachsensibel zu sein und beim Zuhören wie beim Sprechen Augenmerk darauf zu legen. Als Expert:innen für Kommunikation sollten Therapeut:innen auf dieser Ebene wachsam bleiben und sich selbst, aber auch gesellschaftliche

Diskurse hinterfragen. Kritische Diskursanalyse wäre meiner Meinung nach ein wichtiger Lehrinhalt in der Therapieausbildung, um Sprachsensibilität zu fördern.

In allen Settings spielt Gender eine Rolle (Schigl, 2012/2018). Die RISK-Studie der Donau-Universität Krems am Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit 2007 bis 2012 (Leitner et al., 2012, 2014) kam zum Ergebnis, dass in binär deklarierten Settings die Dyade aus einem männlichen Therapeuten und einer weiblichen Klientin aus Klientinnen-sicht signifikant am wenigsten erfolgreich ist bzw. das höchste Risiko für Nebenwirkungen aufweist (Schigl, 2014, S. 58–60). Diese Aussagen „lassen sich vor dem Hintergrund eines patriarchalen Mann-Frau-Verhältnisses interpretieren: In dieser Gender-Kombination verstärken sich berufliche und soziale[] Rollenzuschreibungen – eine leidende Frau sucht Unterstützung bei einem ‚rettenden‘ Mann“ (Schigl, 2012/2018, S. 179), samt dem Umstand, dass die psychotherapeutische Beziehung dadurch noch asymmetrischer erscheint. Diese Dyade scheint demnach nicht immer gesundheitsförderlich. Andere Dyaden bergen andere Risiken. Die geschlechtshomogene weibliche Dyade kann zu „Verschwesterung“ und Nähegefühlen verleiten (ebd.), in der geschlechtshomogenen männlichen Dyade sind oft Rivalitäts- und Konkurrenzgefühle im Vordergrund, ein Kampf um die Machtposition kann entstehen (S. 110). Die Dyade aus weiblicher Therapeutin und männlichem Klient kann „mütterliche“ Gefühle bei der Therapeutin auslösen oder zu Bemühungen, sich geschlechtlich zu „neutralisieren“ bzw. mehr Distanz herzustellen (S. 111 f.). Manche Therapeutinnen fühlen sich in dieser Konstellation nicht ernst genommen oder in ihrer Autorität nicht anerkannt bzw. sogar abgewertet oder bedroht (S. 112). Es ist wichtig, die jeweiligen Interaktionsmuster zu reflektieren, sich zu fragen, was hier verhandelt wird und ob diese Muster der Entwicklung der Klient:innen zuträglich sind. Die Geschlechterkonstellation spielt eine zentrale Rolle für die Verständigung zwischen Klient:in und Therapeut:in. Untersuchungen anderer Geschlechterdyaden sind noch ausständig.

Die RISK-Studie (Leitner et al., 2012, 2014) hat jedoch ebenso wie die Resilienzforschung (z. B. Wink, 2016) auch gezeigt, dass Therapeut:innen in gleichgeschlechtlichen Dyaden Vorbildwirkung haben können und Klient:innen am meisten profitieren, wenn Therapeut:innen gendertypische Verhaltensweisen überschreiten, also ihre eigenen internalisierten Genderannahmen und patriarchalen Verstrickungen so reflektieren, dass sie sich selbst in Bezug auf die eigene Geschlechtlichkeit kennen und damit Klient:innen kongruent begegnen (für die Psychotherapieforschung: Schigl, 2012/2018, S. 200; für die Resilienzforschung: Richter-Kornweitz, 2011, S. 268–270; Bröckling, 2016). Die psychotherapeutische Beziehung kann als korrigierende Erfahrung eine Veränderung von einengenden Rollenbildern fördern, die zuvor geschlechtsspezifische Inkongruenzen

mitverursacht haben (Schigl, 2012/2018, bes. S. 160–166). So können verschüttete Potenziale bewusst werden, und Psychotherapie kann ein Entwicklungsraum für Identitäts- und Selbstwertentwicklung sein (ebd., S. 193). Die personenzentrierte Psychotherapie mit ihrem emanzipatorischen Ansatz ist dafür prädestiniert, festgefahrene Konstrukte zu hinterfragen und in Bewegung zu bringen sowie Klient:innen dabei zu unterstützen, ihre (Handlungs-)Freiheit zu erweitern (vgl. Winkler, 1992, S. 204). Personenzentrierte Psychotherapie sollte immer die Förderung von Emanzipation, Entwicklung und Freiheit sein.

Weitere Auswirkungen auf Personenzentrierte Psychotherapie in Theorie und Praxis

Die personenzentrierte Psychotherapie hat einen Vater, aber keine Mutter. Sie wurde wie alle grundlegenden psychotherapeutischen Schulen von einem Mann gegründet. Frauen arbeiteten jeweils im Hintergrund, unterstützten und regten zur Theoriebildung an, u. a. als Klientinnen, Mitarbeiterinnen, Ehefrauen, Freundinnen. Entsprechend der patriarchalen Gesellschaftsordnung blieb die Leistung der Frauen zumeist im Verborgenen, während die Männer sichtbar im Vordergrund standen und stehen.

Carl R. Rogers hat seine Theorien vor dem Hintergrund seiner Sozialisation als weißer Cis-Mann ab den 1940er-Jahren in den USA entwickelt und formuliert. 2010 habe ich in meiner Abschlussarbeit „Ist die Person auch weiblich?“ (Macke, 2010) zwei seiner Hauptwerke „On becoming a person“ (Rogers, 1961a/1973b) und „Client-centered therapy“ (Rogers, 1951a/1973a) nach feministisch-linguistischen Kriterien dahingehend untersucht, ob der zentrale geschlechtsneutral wirkende Begriff Person tatsächlich geschlechtergerecht verwendet wird, wie auf ihn referiert wird und wie bzw. in welchen Rollen Frauen und Männer dargestellt und mit welchen Eigenschaften sie versehen werden. Die empirische Untersuchung ergab, dass diesem Begriff bzw. seiner Theorie ein androzentrisches Weltbild zugrunde liegt (Macke, 2010, S. 61).

Es scheint also nur so, als würden Geschlecht und Geschlechtlichkeit keine Rolle spielen, in Wahrheit wird das Männliche als das Allgemeine benannt und damit eine Hierarchie zwischen den Geschlechtern impliziert. Sobald Rogers vom Einzelfall auf das Allgemeingültige schließt, benutzt er die männliche Form, „auch wenn er seine Schlussfolgerungen aus einer Begegnung mit einer Frau zieht“ ... Stillschweigend wird dabei Mensch als Mann und die männliche Sicht der Dinge als die Allgemeingültige [sic] angenommen“ (ebd.). „Frauen dürfen als Beispiele dem Erkenntnisgewinn von Rogers dienen, werden aber ... aus seinen vorgeblich allgemein gehaltenen Texten ausgeschlossen und dadurch unsichtbar gemacht ... Derart

erscheint das Männliche ... als Norm, das Weibliche als sekundär, als nicht erwähnenswerte Abweichung“ (ebd., S. 65). Der Personbegriff ist bei Rogers zu verstehen „als Synthese eines individualistischen Personbegriffs, wie ihn Sören Kierkegaard vertritt und eines relationalen Personbegriffs, wie ihn beispielsweise Martin Buber repräsentiert“ (Kucera, 1999, S. 41; unter Bezug auf Zottl, 1980; vgl. auch Kierkegaard, 1849/2023; Buber, 1923/2021; Schmid, 1995). „Der Mensch ist also nach Rogers Auffassung ... eine selbstverantwortliche, einzigartige Person, die zugleich ... auf andere angewiesen ist und sich daher nur in Gemeinschaft zu dieser Person entwickeln kann oder anders gesagt, die Fähigkeit zur Entwicklung [und Autonomie; Erg. v. Verf.] ist in der Person ... angelegt, kann sich aber nur in Beziehung entfalten“ (Macke, 2010, S. 9; unter Bezug u. a. auf Schmid, 1997). Dieses Menschenbild bezieht sich in der Idealvorstellung auf alle Menschen ungeachtet jeglicher Diversitätskriterien.

Die Werkanalyse (Macke, 2010) ergab, dass Rogers in der Arbeit mit männlichen Klienten entlang der Geschlechterklischees hauptsächlich auf den Aspekt der Autonomie Bezug nimmt (ebd., S. 66 f.), bei weiblichen auf Beziehungen (S. 55) und die Klient:innen jeweils in diesen Bereichen besonders fördert und auch so beschreibt. Dieser Gender-Bias ist vor dem Hintergrund eines autonomen männlichen Subjektverständnisses als Ideal in der westlichen Gesellschaft auch nicht verwunderlich. Und es beweist, dass jeder Mensch Bilder von Geschlechterrollen im Kopf hat und wir einander nicht geschlechtsneutral begegnen können. Rogers' Texte sozialisieren auch heute noch Psychotherapeut:innen. Es wird also wichtig sein, sich auch in Zukunft weiterhin kritisch mit deren impliziten Inhalten bezüglich Gender zu befassen. Rogers (1942a/1985) hat seine Theorie nie als abgeschlossen betrachtet und war der Meinung, dass Psychotherapie immer wieder kritische und zeitgemäße Reflexion ihres Tuns, ihrer Annahmen und Menschenbilder benötigt und aufgrund von Erfahrung und Forschung zu revidieren bzw. weiterzuentwickeln ist.

Nicht nur beim Personbegriff zeigt sich ein Geschlechter-Bias, auch die Variablen, die für alle Personen gleichermaßen gelten sollen, um sich zu entfalten und kongruenter zu werden, erscheinen aus Geschlechterperspektive nicht mehr neutral. Die von Rogers „geforderten Grundvariablen therapeutischen Handelns, Einfühlung, Echtheit und Wertschätzung ... sollten uns nicht vergessen lassen, dass diese Tugenden sich je nach Geschlecht unterscheiden, dass wir geschlechtsspezifischen Rollenzwängen unterworfen sind, dass wir gesellschaftliche Normen zu erfüllen angehalten sind, dass wir unsere Rolle aus dem Angebot auswählen, welches die Gesellschaft für uns bereithält“ (Winkler, 1992, S. 196).

Sowohl in Heiltherapien als auch im Ausbildungskontext ist zu beobachten, dass männlich sozialisierte Personen im

Allgemeinen leichter Zugriff zu ihrer Autonomie und Selbstbehauptung haben und weiblich sozialisierte empathisches Verstehen und Wertschätzung für ihre Mitmenschen aufbringen, ihnen Selbstempathie und Selbstwertschätzung jedoch viel schwerer fallen und sie auch äußere Konflikte eher meiden. Frauen haben „ein ‚Beziehungs-Selbst‘ ausgebildet, während Männer eher ein Selbstgefühl entwickelten, das auf Getrenntheit und Autonomie Wert legt“ (Gissrau, 1989, S. 391 f.; unter Bezug auf Kaplan, 1985, S. 113; vgl. bereits Gilligan, 1982/1999, S. 27), bestätigt auch Winkler (1992, S. 199). Für die Sozialisation zum Therapeut:innen-Beruf scheint die weiblich erworbene Beziehungsfähigkeit zumindest ein Vorteil zu sein. In der Praxis bedeutet das oft, dass es Klientinnen gegenüber ganz besonders viel Wertschätzung, Zugewandtheit und Respekt braucht, um die Entwicklung ihrer Selbstachtung wie Selbstakzeptanz und Selbstverantwortlichkeit bzw. -bestimmung zu unterstützen. Wichtige Therapieziele für männlich sozialisierte Personen „sind die Verbesserung der Wahrnehmung und das Ausdrücken von Gefühlen, die Steigerung von emotionalem Austausch, Annahme von fremder Hilfe, aber auch von Kritik, ... Entwicklung sozialer Sensibilität und Teamfähigkeit, Übernahme von mehr sozialer Verantwortung, das Äußern von Zweifel und das Eingestehen von Fehlern“ (Belz & Riecher-Rössler, 2017, S. 562).

Auch die Aktualisierungstendenz als grundlegendes Axiom des Personzentrierten Ansatzes ist somit nicht geschlechtsneutral zu verstehen, sie hat eine soziale Dimension und entfaltet sich nicht außerhalb der Gesellschaft. Sich selbst zu verstehen und das eigene Selbstkonzept konstruktiv zu verändern, ist nach Rogers (1959a/2020, S. 34) nur unter ganz bestimmten förderlichen Bedingungen möglich (vgl. auch Macke, 2010, S. 97). Die Tendenz zur Aktualisierung ist demnach ein Potenzial, das einer Person zwar innewohnt, aber nur in Beziehung, in der Gemeinschaft mit anderen wirksam werden kann.

Um geschlechtergerecht zu handeln, bedarf es unterschiedlicher Förderung von Klient:innen, eine vornehmliche Gleichbehandlung führt nicht zu mehr Gerechtigkeit. So hat Kunert 2013 eindrücklich dargestellt, mit welchen Schwierigkeiten, Diskriminierungen und Zweifeln Trans*Personen in unserer Gesellschaft zu kämpfen haben, um die eigene organismische Erfahrung zulassen und ein authentisches Selbst entwickeln zu können. Und wie viel radikaler Offenheit und empathischen Verstehenwollens für das je eigene Gewordensein in Bezug auf die Geschlechtlichkeit es vonseiten der Therapeut:innen bedarf, um Selbstverstehen und Selbstaneignung zu fördern und der entstandenen Selbstentfremdung entgegenzuwirken.

Trotz der Maxime, es sei im Personzentrierten Ansatz State of the Art, Geschlecht als Kategorie mitzudenken „und sich der nach wie vor männerdominierten Sichtweise und Praxis im Verhalten bei den meisten von uns bewusst zu sein, um

sie Schritt für Schritt zu überwinden“ (Schmid, 1998, S. 17; unter Bezug auf Winkler, 1992; O’Hara, 1997), wird das Thema kaum in der neueren personenzentrierten Fachliteratur behandelt. Übernimmt Therapie unhinterfragt die Vorurteile und Begrenzungen des patriarchalen Systems, werden Menschen jeglichen Geschlechts in ihren Lebensäußerungen nicht verstanden. Wenn wir versuchen, Empathie, Wertschätzung und Kongruenz auszudrücken, sich dahinter aber eine stereotypisierende Bewertung verbirgt, besteht die Gefahr, dass die Haltung zur Technik mutiert und keine echte Begegnung und korrigierende Erfahrung stattfinden können, die zur Weiterentwicklung und Befreiung der Klient:innen beitragen.

Für weiblich sozialisierte Personen ist es oft sehr schwierig, eigene Wünsche und Standpunkte herauszufinden, da sie aufgrund ihrer Sozialisation, für Beziehungen verantwortlich zu sein, Care-Arbeit zu übernehmen und die eigenen Bedürfnisse hintanzustellen, sich Letztere sukzessive abtrainieren. Das gilt besonders für Mütter, die sich dem gängigen Mutterideal entsprechend als geschlechtliche und eigenständige Personen aufgeben und in ihrer Rolle aufgehen sollen. Das führt zu Versagensgefühlen, Überforderung und Inkongruenzen, was aus personenzentrierter Sicht vollkommen verständlich ist. Erwachsene werden den Bedürfnissen von Kindern nie ganz gerecht werden können, selbst wenn sie sehr einfühlsam und kongruent sind: „Das Kind nimmt seine *Erfahrung* als Realität wahr; seine *Erfahrung* ist seine Realität. Es besitzt somit ein potentiell größeres *Gewahrsein* über seine eigene Realität als irgendjemand sonst, weil niemand völlig seinen *inneren Bezugsrahmen* einnehmen kann“ (Rogers, 1959a/2020, S. 56; Hervorh. i. Orig.).

Das Menschenbild der personenzentrierten Psychotherapie geht von einem substanziellen und relationalen Personverständnis aus (Schmid, 2003, S. 226). Beide sind „gleich bedeutsam und in einzigartiger Weise miteinander ... verbunden: Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Autonomie und Beziehungsangewiesenheit, Solidarität und Engagement“ (ebd.). Daher ist das Wissen um und die kritische Auseinandersetzung mit sozialen Strukturen und Mechanismen in der personenzentrierten Arbeit von essenzieller Bedeutung. Psychotherapeut:innen haben daher die Verantwortung, soziale Strukturen und deren Konsequenzen für die psychische Gesundheit von unterschiedlich sozialisierten und unter verschiedenen Bedingungen lebenden Menschen zu reflektieren und in Theorie und Praxis ihrer Arbeit mitzudenken (Macke & Hasler, 2012).

Unser „Anliegen muss es also sein, im therapeutischen Prozess die Verwobenheit von gesellschaftlichen Verhältnissen“ (Macke, 2010, S. 94) und individuellen Lebenszusammenhängen von Klient:innen zu entschlüsseln. So soll der Prozess der Authentizität gefördert, und „Autonomie und Wachstumsmöglichkeiten in einer widersprüchlichen Realität“ (ebd.) sollen unterstützt werden. „Nicht normative Vorgaben ... stehen

im Vordergrund, sondern ..., den je eigenen Weg zu finden“ (ebd.), der einer Person welchen Geschlechts auch immer gut tut. Es gilt, personenzentrierte „Emanzipation und Widerständigkeit statt Anpassung an angebliche Notwendigkeiten des Status Quo, aufzuwecken statt zu befrieden. ... (Selbst-)Reflexion, Erkenntnis und Selbst-Bewusstsein bilden die Basis für die Veränderung von Denk- und Handlungsweisen in Richtung mehr Selbstbestimmung, autonomes Denken und eigenverantwortliches Entscheiden. Psychotherapie als alternativer Raum“ (ebd.), in dem geschlechtsspezifische Copingstrategien hinterfragt werden, in dem aus *Doing Gender Undoing Gender* folgen kann (Butler, 1991/2023a, 2004/2023b), Klient:innen „sich neu entwerfen, neue [kongruente; Erg. v. Verf.] Formen des Selbstausdrucks finden und erproben“ (Macke, 2010, S. 94) dürfen. Psychotherapie als „Praxis der Freiheit“ (Grubner, 2018, S. 21; unter Bezug auf Foucault, 1984/2007). „Therapie als ‚Kulturkritik‘ ist ... nicht nur eine Reparaturwerkstatt für akute Störungen und Fehler, nicht ein punktuell Krisenprogramm; denn das *ganze* Leben ist akut gestört. ... Therapien wollen so auch nicht nur Fürsorgestationen seelischen Elends sein, sondern Aufklärungsräume, Gegenentwürfe, Kritikentwürfe“ (Thürmer-Rohr, 1986, S. 113; Hervorh. i. Orig.). „Personsein heißt, den Prozess der Authentizität zu leben“ (Schmid, 2008, S. 9).

Der Therapieprozess wie auch die Werthaltung von personenzentrierten Therapeut:innen sollen für Klient:innen transparent sein und ihre Selbstbestimmung sowie Unabhängigkeit – auch von ihren Therapeut:innen – gefördert werden (Macke, 2010, S. 94). Das Machtgefälle in der therapeutischen Arbeitsbeziehung soll angesprochen und bearbeitet bzw. Macht an Klient:innen abgegeben werden. Solidaritätserfahrungen in der therapeutischen Beziehung tragen zur Nivellierung von Hierarchien bei.

„Empathie, Kongruenz und Wertschätzung als therapeutische Voraussetzungen sind nicht kognitiv zu erlernen. Sie entstehen aufgrund differenzierter Auseinandersetzung mit der je eigenen Verwobenheit in die gesellschaftlichen, geschlechtsspezifischen und kulturellen Gegebenheiten und den Gefühlen, die diese in uns erweckt. Den von Rogers formulierten ‚notwendigen und hinreichenden Bedingungen‘ für eine erfolgreiche Therapie füge ich die Bewußtheit seitens uns Therapeutinnen und Therapeuten über verschüttete Potentiale, über die eigene Geschlechtlichkeit und das eigene Eingebettetsein in krank- oder angstmachende Strukturen hinzu“ (Winkler, 1992, S. 204; unter Bezug auf Rogers, 1957a/1991). Um die Freisetzung von Potenzialen zu unterstützen und die Kraft der Aktualisierungstendenz nicht zu behindern, sollten sich Therapeut:innen „vorstellen können, worin das Potenzial einer Klientin oder eines Klienten besteht, und ... entscheiden, wie ihre Selbstverwirklichung am besten gefördert werden kann“ (Winkler, 2002, S. 75). Dazu können Genderwissen und dessen gemeinsame Reflexion beitragen.

Was Schmid 2008 zu Diagnosewissen formulierte (s. o.), lässt sich auf Genderwissen übertragen: „Therapie [ist] Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung“ (Schmid, 2005, S. 9; vgl. bereits APG, 1984), und personale Begegnung braucht gemeinsame Reflexion (Schmid, 2005, S. 11). Im Modus der Reflexion verwenden wir Konzepte, Kategorien und Theorien, die explizit gemacht werden, falsifiziert werden können und immer wieder wissenschaftlich reflektiert werden müssen. „Verständnis beruht immer auf Wissen“ (Schmid, 2008, S. 39): „Relevantes Wissen ist erfahrungsbezogen, beziehungsbezogen und kontextbasiert. Erkennen und Wissen dient dem Anerkennen. Wissen in-formiert die Empathie. Wissen ist ein notwendiger Teil der Realisierung der Grundhaltungen“ (ebd., S. 39 f.). In der Reflexionsphase ist es die „Aufgabe . . ., die Dichotomie von Nicht-Wissen & Wissen, Anerkennung & Erkennen . . . professionell zu handhaben. Personaler Gebrauch von Konzepten und Theorien verhindert Erfahrung nicht, sondern fördert sie“ (ebd., S. 41).

Personenzentrierte Encountergruppen und Gendersensibilität

„Die Erkenntnis, dass die eigenen Probleme auch gesellschaftlich mitverursacht sind, wirkt sehr entlastend und setzt dem Gefühl von persönlichem Versagen etwas entgegen“ (Zehetner, 2017, o. S.), und sie kann der erste Schritt zur Überwindung eines Leidenszustands sein. Sich mit Gleichgesinnten zu verbünden, ist hilfreich. Hier liegt ein großes Potenzial der personenzentrierten Encountergruppen, sie können besondere Orte der Emanzipation für alle Geschlechter darstellen, wie sie das ja von Beginn an auch waren. Encountergruppen als Orte des Spürens, des Reflektierens, Bewusstmachens, Thematisierens von ungerechten, ungesunden einschränkenden geschlechterspezifischen Vorstellungen, von patriarchalen Grenzen in Bezug auf Wachstumsmöglichkeiten, derer Teilnehmende sich gemeinsam gewahr werden können, um sich davon zu emanzipieren und Handlungsspielräume zu erobern, gleichzeitig reale Beschränkungen zu akzeptieren. Und gemeinsam den Mut aufzubringen, „sich von bisher Wert gebenden, aber häufig unterdrückerten und ausgrenzenden Traditionen, Regeln und Dogmen zu befreien, um zu selbstverantwortlichen und stimmigen Entscheidungen zu kommen“ (Winkler, 2010, S. 188).

Rogers (1970/1974) bezeichnete die Gruppe als „die vermutlich potenteste soziale Erfindung des 20. Jahrhunderts“ (S. 9), und das könnte auch für das 21. Jahrhundert gelten, in dem neoliberale Konkurrenzverhältnisse zu Vereinzelung und Entsolidarisierung führen (Han, 2016, S. 46). „Wem es erlaubt wird, sich jeglicher Fremdherrschaft zu widersetzen, die persönliche Entfaltung und die Selbstbestimmung zu verwirklichen, der oder die (oder they, Anm. d. Aut.) wird in der Lage sein, sich

selbst zu behaupten, Widerstand zu leisten, sich zu verweigern und Auseinandersetzung und Konfrontation nicht zu scheuen. Die Entfremdung des Menschen von seinen richtungweisenden Prozessen ist demnach kein unvermeidlicher Teil unserer menschlichen Natur, sondern etwas Erlerntes“ (Winkler, 2010, S. 187 f.).

In Gruppensettings ist es wichtig, neben Doing-Gender-Wissen auch geschlechterspezifische Diskursdynamiken zu kennen und zu beachten, um als Facilitator eine für alle förderliche Umgebung zu ermöglichen. Die Art und Weise, wie Menschen miteinander kommunizieren, kann stark von Geschlechterstereotypen beeinflusst sein. Dies wirkt sich auf Wortwahl, Körpersprache sowie Ausdruck und Interpretation von Emotionen aus (Hochreiter, 2023). Machtverhältnisse bilden sich auch in der Sprache ab (ebd., S. 676 f.). Sprache dient nicht nur der Verständigung, sondern vermittelt auch Werte und Normen. Sie ist Abbild unserer sozialen Realität und schafft gleichzeitig Wirklichkeiten (kritischer Überblick bei Ayaß, 2008; Kotthof & Nübling, 2018). Geschlechtergerechte Anwendung der Sprache ist ein Gegenmittel gegen die Fortführung der Benachteiligung von Frauen und queeren Menschen und daher wichtig für Therapeut:innen im Allgemeinen und Facilitator im Speziellen, um eine gerechte und wachstumsfördernde Atmosphäre zu kreieren (En et al., 2023).

Kritische Gesprächsanalysen haben ergeben, dass in gemischtgeschlechtlichen Gruppen männlich sozialisierte Personen das Geschehen beherrschen (Trömel-Plötz, 1982, S. 79–90; Pusch, 1984, S. 46–68). Sie „geben den Ton an, sobald sie in ein Gespräch eintreten, sie erklären sich für fast jedes Thema zuständig, sie erwarten und bekommen Aufmerksamkeit und Unterstützung von ihren Gesprächspartnerinnen, sie erwarten und bekommen Raum, ihre Themen und sich selbst darzustellen“ (Trömel-Plötz, 1982, S. 284), und auf ihre Wortmeldungen wird eher Bezug genommen. Sie trachten im Allgemeinen danach, in Gesprächen ihren Status und ihre Dominanz zu etablieren (ebd., S. 57). Frauen werden „regelmäßig und oft ganz beiläufig in Konversationen zum Schweigen gebracht . . .: [durch; Erg. v. Verf.] Unterbrechung und Nicht-Reaktion“ (ebd., S. 39; Überblick aktuell z. B. Hofmann, 2015; Spieß & Reisigl, 2017a,b; vgl. bereits Zimmerman & West, 1975). Das Gesprächsverhalten spiegelt nicht nur unsere androzentrische Kultur wider, sondern verfestigt und bestätigt diese (Schmid, 2004, S. 181; vgl. auch Hasler & Macke, 2019). Diese Phänomene wurden schon im Zusammenhang mit heterosexueller Paartherapie erwähnt (Peichl, 2008/2021, bes. S. 108–116). In Nordamerika waren Feminist:innen schon viel früher damit befasst als in Europa und fanden heraus, dass für Männer Doing Gender auch Doing Dominance und für Frauen Doing Deference bedeutet (West & Zimmerman, 1987, S. 146; unter Bezug auf Goffman, 1956/1971). Rogers, so O’Hara (2004), habe solche

Erkenntnisse seiner Kolleg:innen ernst genommen und in Encounter-Gruppen in entsprechende Handlungen umgesetzt: „If four or five men had spoken in a row in a group, the next person that he would turn to, and look to see if they would say anything, would be a woman. ... If she did let herself get interrupted, he would go back and would say, ‚I see you kind of got shut down there‘“ (S. 61 f.).

Diese Interventionen von Rogers als Facilitator halte ich für überaus wichtig, nicht nur im Zusammenhang mit der Funktion als für den Prozess förderliche Person, die selbst aktives und engagiertes Gruppenmitglied sein und ein konstruktives Gruppenklima etablieren möchte, in dem alle Teilnehmer:innen gleichberechtigt sind, sondern auch hinsichtlich der Aufgabe als „Platzhalter:in“ für die Gruppenleitung (Wüntsche, 2012, S. 188). Denn nach Rogers soll die gemeinschaftsorientierte Leitungsperson verhindern, dass Gruppenmitglieder eine Vormachtstellung an sich reißen (ebd., S. 187 f.). Um diesen Anspruch erfüllen zu können, ist es wichtig, sich mit Machtverhältnissen und deren Ausdrucksformen auseinanderzusetzen (ebd., S. 189 f.). Auch Schmid (1996, S. 131–133, 140 f.) betont, dass die Kunst des Leitens durch Erfahrung und theoretische Reflexion gelernt wird. Dazu kann sicher auch die Auseinandersetzung mit der kritischen feministischen Diskursanalyse gezählt werden. „We have to understand the importance and relevance of gender-topics and gender-related forms of discrimination that might be at play in encounter groups in order to deliberately uncover those mechanisms and create places enabling freedom for any human being“ (Hasler & Macke, 2019, S. 366). „A feminist approach, in which there is a commitment to facilitating equality and personal power between women and men [and any genders; Erg. v. Verf.], is helpful in establishing a constructive and facilitating supervisory style“ (Taylor, 1994, S. 319; Degges-White et al., 2013, S. 96). Als Facilitator sollte eine Person sich ihrer eigenen verzerrten Wahrnehmungen und der strukturellen Ungleichheiten in der Gesellschaft bewusst sein (Hasler & Macke, 2019, S. 366).

Gendersensibilität von Therapeut:innen und gesellschaftliche Verantwortung

Die Psychotherapie kann als Seismograf für gesellschaftliche Problematiken (Luger & Fehrmann, 2022, S. 103; unter Bezug auf Keupp, 2010) betrachtet werden, denn sie zeigt an, worunter Menschen leiden. Sie arbeitet an den Krisen der Subjekte und deren fehlenden Ressourcen, sie zu bewältigen. „Die Häufung spezifischer Krisen und Störungsbilder verweist aber über das einzelne Subjekt hinaus und macht es erforderlich, den kulturell-gesellschaftlichen Hintergrund zu beleuchten und zu benennen, der diese Krisen fördert. Die in den letzten Jahrzehnten

registrierte Zunahme von Depressionen, Burnouterfahrungen, Borderline- und Essstörungen sind Beispiele für die Notwendigkeit, neben einer psychodiagnostischen auch eine gesellschaftsdiagnostische Einordnung vorzunehmen. Bei vielen der aktuell bedeutsamer werdenden Störungsbilder handelt es sich um Identitätskrisen, die auf veränderte gesellschaftliche Lebensbedingungen im globalisierten Netzwerkkapitalismus verweisen“ (Keupp, 2013, S. 24). Seit Beginn der COVID-Krise sehen wir z. B. eine rasant steigende Zahl von Depressionen, Suizidversuchen und Essstörungen bei Kindern, besonders betroffen sind Mädchen (Witte et al., 2023, S. VII). Multiple Krisen wie Kriege, Klimakatastrophe, Wirtschaftskrisen belasten junge Menschen zusätzlich (Schnetzer et al., 2024) und führen in Österreich zu einer Verdreifachung der Suizidrate bei Kindern seit 2018 (Kölch et al., 2023; ÖGKJP, 2023). „Psychische Befindlichkeiten, als Spiegel historischer Machtverhältnisse gelesen, können ... im psychotherapeutischen Kontext zu einer politischen Mobilisierung transformiert werden“ (Grubner, 2017, S. 335). In diesem Sinne gilt es, die Gesellschaft zu therapieren (ebd., S. 336–343). Insbesondere humanistische Psychotherapie sollte Gesellschaftsdiagnostik betreiben, Gewalt benennen und auch öffentlich Stellung beziehen. „Als ... Psychotherapeut:innen müssen wir uns die Frage stellen: Wollen wir mit unserer täglichen Arbeit beitragen zum ‚Zwang zur Freiheit, sich selbst zu optimieren‘ ... oder wollen wir kritisch sein gegenüber Verhaltenszuminungen, Normen ... in Frage stellen, kleine und große Grenzüberschreitungen fördern und uns auf die Möglichkeiten eines guten Lebens konzentrieren“ (Russo & Zehetner, 2017, S. 142; unter Bezug auf Duttweiler, 2013) und auf „Psychotherapie ... als Praxis der Freiheit“ (Russo & Zehetner, 2017, S. 142)?

Zu einem kritischen Bewusstsein zählt auch Wissen über geschlechterreflexive Psychotherapie und Sensibilität für Unterschiede, um Klient:innen zu verstehen und nicht selbst Gefahr zu laufen, die Verhältnisse zu verfestigen und in der therapeutischen Situation zu reproduzieren, und dies in noch subtilerer Form, statt einem personenzentrierten emanzipatorischen Anspruch zu folgen. Es gilt also auch, eigene festgefahrene Konstrukte zu hinterfragen und in Bewegung zu bringen, die therapeutische Interaktion und den eigenen Berufsstand sowie therapeutisches Handeln miteinzubeziehen und Klient:innen dabei zu unterstützen, ihre Handlungsfreiheit zu erweitern. Es gilt, sich über die „eigenen Verstrickung[en] in das patriarchale System klar zu werden und zu den eigenen Ängsten, Abhängigkeiten und Ansprüchen zu stehen, eigene die Geschlechterrollen betreffende Einstellungen und Bewertungen bewusst zu machen“ (Macke & Hasler, 2012, S. 19). „Might the therapist, however inadvertently and unconsciously, repeat behaviours and views that have negatively impacted upon the client previously? These questions, and many more, have great consequences, in practice, for the outcomes for the client. There

is a constant danger that the client will be exposed yet again to all the discriminatory mechanisms which they may be so familiar with and deeply hurt by“ (Lago & Hirai, 2007, S. 439). In allen Bereichen sind eine gendersensible Haltung, Solidarisierung und Engagement von Psychotherapeut:innen gefragt: in der Ausbildung, in der Einzelarbeit (mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen), in der Gruppe, in der Supervision, in der Selbstreflexion und in der Öffentlichkeit.

Vision einer geschlechtergerechten Gesellschaft

Ziel personenzentrierter Psychotherapie ist es, Inkongruenzen zu verringern, die zum Teil von gesellschaftlichen Bewertungsbedingungen mit verursacht sind. Daher müssen wir uns mit diesen Strukturen auseinandersetzen und dazu beitragen, sie konstruktiv zu verändern: Lebensbedingungen für alle Geschlechter verbessern, die Pluralität von Geschlecht ernst nehmen und widerständiger reagieren, Perspektiven erweitern, Möglichkeiten (er)finden, sich neu entwerfen dürfen, um Herrschaftsverhältnisse aufzubrechen. Ein Bewusstsein dafür, dass wir nicht ein Geschlecht „haben“, sondern „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ permanent herstellen, eröffnet Handlungsmöglichkeiten, da Doing Gender selbstbestimmter denkbar wird und in Undoing Gender und Dekonstruktion münden kann (Butler, 2004/2023b).

Schmid (2013) betont, dass der Personenzentrierte Ansatz „von seiner Natur her ein sozialkritischer und also ein sozialpolitischer ist“ (S. 51) und sich zu einer Kulturphilosophie entwickelt hat (Schmid, 2008, S. 125). Er war und ist revolutionär (ebd., S. 128) mit seiner gesellschaftskritischen Position (S. 129), Autoritäten, Expert:inentum, herrschende Hierarchien und einengende Regeln infrage zu stellen (Schmid, 2013, S. 55) und in seiner Radikalität der Einstellung zu Selbstermächtigung und Veränderung (S. 48), in seinem kompromisslosen Engagement (S. 57) zur Humanisierung aller Lebensbereiche (S. 48). Die personenzentrierte Haltung ist per se gesellschaftskritisch (S. 50 f.) und entspringt einem Menschenbild, nach dem zu handeln bedeutet, sich nicht nur mit sich selbst auseinanderzusetzen, sondern auch mit anderen, Verantwortung zu übernehmen für das Zusammenleben in der Gemeinschaft und für die gemeinsame Umwelt (S. 56). Menschen als Person zu fördern heißt, ihre Autonomie *und* Solidarität zu fördern (S. 52). Insofern sind personenzentrierte Persönlichkeitsentwicklung und Gesellschaftsentwicklung untrennbar miteinander verbunden (S. 53 f.). Personenzentrierte Psychotherapeut:innen sollten „sich als Konsequenz aus den Erfahrungen in der Therapie aktiv gesellschaftspolitisch engagieren“ (S. 48).

Wenn wir uns die Verhältnisse bewusst machen und uns klar ist, dass wir die Macht haben, zur Verbesserung beizutragen,

entsteht daraus Mitverantwortung. „Es geht nicht darum, dass dieser Ansatz der Person Macht verleiht; er nimmt sie ihr niemals weg“ (Rogers, 1977a/1992, S. 8). Rogers „hat sich für politische Arbeit ... interessiert, sich in der Friedensarbeit engagiert und interkulturelle Workshops, besonders solche zur Konfliktlösung, initiiert“ (Macke, 2010, S. 43; unter Bezug auf Rogers, 1977a/1992, 1980a). „Psychotherapie ist Politik oder sie ist nicht Psychotherapie“, so Schmid (2013, S. 56), „der Psychotherapie nicht als ‚bloße Heilkunst‘ versteht, sondern als ‚umfassende Kulturkritik‘ und dafür plädiert (öffentlich) Stellung zu beziehen und sich in den gesellschaftspolitischen Diskurs einzumischen“ (Macke, 2010, S. 44; unter Bezug auf Schmid, 2007). „Therapie hat ... wesentlich damit zu tun, dass die Herrschaft bestehender Ordnungen zu Leid führen kann“ (Schmid, 2009, S. 157). „Alles Persönliche ist auch politisch. Alles Individuelle hat seine Wurzeln in der Gesellschaft und den ihr innewohnenden Machtverhältnissen“ (Winkler, 1992, S. 193). Als Psychotherapeut:innen sollten wir beharrlich auf Verbesserung von strukturellen Verhältnissen zugunsten von Menschlichkeit und Solidarität pochen, auf das Recht, als Mensch jeglichen Geschlechts ein gutes und gelingendes Leben nach eigenen Vorstellungen führen zu dürfen, uns für Menschen, deren Stimmen nicht wahrgenommen werden, einsetzen und uns mit denjenigen öffentlich solidarisieren, die nicht über dieselbe gesellschaftliche Macht verfügen wie unsere Berufsgruppe. „Emanzipatorische[] Psychotherapie“ (Grubner, 2018, S. 21) ist gefordert, Konzepte zu entwickeln (ebd., S. 19), die Möglichkeitsräume jenseits des hegemonialen Mainstreams heterosexueller Zweigeschlechtlichkeit öffnen (Grubner, 2014, bes. S. 81–83; Schigl, 2012/2018, S. 2).

Butlers (2003/2020, 2018) Idee einer Ethik, die auf geteilter Verletzlichkeit, Bedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere gründet, könnte Grundlage für Weiterentwicklungen sein und trifft sich mit der personenzentrierten Annahme von Beziehungsangewiesenheit, die in aktuellen neoliberalen Diskursen ausgeblendet wird. Butlers (2003) Ethik-Idee umfasst, „dass man sich diesem primären Ausgesetztsein vor dem Anderen nicht verschließt, dass man nicht versucht, das Ungewollte in Gewolltes zu überführen, sondern statt dessen die Unerträglichkeit des Ausgesetztseins als Zeichen einer geteilten Verletzlichkeit, einer gemeinsamen Körperlichkeit, eines geteilten Risikos begreift“ (S. 100; vgl. auch Russo & Zehetner, 2017, S. 145). Die Frauenbewegungen haben einen Aufklärungsprozess bewirkt, der Rollenänderungen hervorgerufen und gezeigt hat, dass man sich Verhältnissen nicht unterwerfen muss, sondern dass man/frau* Initiative ergreifen, handeln und die Gesellschaft verändern kann.

„Zielführend erscheint es, ein Wissen zu positionieren ..., das die gesellschaftlichen Verhältnisse als krankmachende Bedingungen in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt und nicht

das vermeintlich individuelle Versagen oftmals benachteiligter Personengruppen“ (Grubner, 2017, S. 340). Zentrales Anliegen dabei ist, jegliche Begrifflichkeit offenzuhalten, um Denkoptionen zu ermöglichen, die keinen Wahrheitsanspruch erheben. Wir sind weiterhin aufgerufen, die „Vision von einer humanen Gesellschaft“ (Steenbruck, 2005, S. 81) zu verfolgen. In einem wertschätzenden, empathischen und kongruenten Umfeld, in dem echter Dialog stattfindet, könnte friedliches, wachstumsförderndes und gleichberechtigtes Zusammenleben stattfinden. „Die Unterstützung der Emanzipation der Person in der Gesellschaft und ihrer Befreiung aus der Entfremdung ... bleibt eine permanente solidarische Aufgabe und ethische Herausforderung“ (Schmid, 2000, S. 25).

Literatur

- Altgeld, T., Maschewsky-Schneider, U. & Köster, M. (2017). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i022-1.0>.
- Antidiskriminierungsstelle Steiermark (o. J.). *Hand in Hand*. Antidiskriminierungsstelle Steiermark. <https://www.antidiskriminierungsstelle.steiermark.at/cms/ziel/105627177/DE>
- Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (APG) (Hrsg.) (1984). *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft*. Wien: Deuticke.
- Autonome Österreichische Frauenhäuser (AÖF) (2024). *Zahlen und Daten. Gewalt an Frauen in Österreich*. AÖF. <https://www.aof.at/index.php/zahlen-und-daten>
- Ayaß, R. (2008). *Kommunikation und Geschlecht. Eine Einführung*. Kohlhammer.
- Belz, M. & Riecher-Rössler, A. (2017). Geschlechtsspezifische Aspekte. In S. Herpertz, F. Caspar & K. Lieb (Hrsg.), *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (S. 553–565). Urban & Fischer. <https://doi.org/10.1016/B978-3-437-23731-7.00034-X>
- BFF – Frauen gegen Gewalt (o. J.). *Strukturelle Gewalt. Merkmale und Tatsachen*. BFF. <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/infothek/strukturelle-gewalt/merkmale-und-tatsachen.html>
- Böhnisch, L. (2013). *Männliche Sozialisation. Eine Einführung* (Geschlechterforschung; 2., überarb. Aufl.). Beltz Juventa.
- Bourdieu, P. (2012). *Die männliche Herrschaft* [La domination masculine] (J. Bolder, Übers.). Suhrkamp (französisches Original erschienen 1998).
- Brody, L. R. (2000). The socialisation of gender differences in emotional expression: display rules, infant temperament and differentiation. In A.H. Fischer (Hrsg.), *Gender and emotion. Social psychological perspective* (S. 24–47). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511628191.003>
- Bröckling, U. (2016). Gut angepasst? Belastbar? Widerstandsfähig? Resilienz und Geschlecht. In R. Anhorn & M. Balzereit (Hrsg.), *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit* (Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, Bd. 23; S. 391–408). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10870-0_10
- Browne, E. (2019). *Gender norms, LGBTQI issues and development: a topic guide*. ALiGN. https://alignplatform.org/sites/default/files/2021-08/gender_norms_and_lgbtqi_issues.pdf
- Buber, M. (2021). *Ich und Du* (unveränd. Nachdr.). Reclam (Original erschienen 1923).
- Bundeskriminalamt (BK) (2024). *Polizeiliche Kriminalstatistik*. BK. https://www.bundeskriminalamt.at/501/files/PKS_Broschuere_2023.pdf
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2023). *Frauengesundheitsbericht 2022*. BMSGPK. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7157d267-ef16-4a8b-8861-56e9cbf54089/Frauengesundheitsbericht_2022_FINAL.pdf
- Butler, J. (2003). *Kritik der ethischen Gewalt* [Giving an account of oneself] (R. Ansén & M. Adrian, Übers.; Adorno-Vorlesungen). Suhrkamp.
- Butler, J. (2018). Politik, Körper, Vulnerabilität. Ein Gespräch. In G. Posselt, T. Schönwälder-Kuntze & S. Seitz (Hrsg.), *Judith Butlers Philosophie des Politischen. Kritische Lektüren* (S. Seitz & G. Posselt, Übers.; Edition Moderne Postmoderne; S. 299–321). Transcript. <https://doi.org/10.14361/9783839438466-014>
- Butler, J. (2020). *Gefährdetes Leben. Politische Essays* [Precarious life] (K. Wördemann, Übers.; 6., unveränd. Aufl.). Suhrkamp (englisches Original erschienen 2003).
- Butler, J. (2023a). *Das Unbehagen der Geschlechter* [Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity] (K. Menke, Übers.; Gender Studies. Vom Unterschied der Geschlechter; 23., unveränd. Aufl.). Suhrkamp (englisches Original erschienen 1991).
- Butler, J. (2023b). *Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen* [Undoing gender] (K. Wördemann & M. Stempfhuber, Übers.; Jubiläumsausg.). Suhrkamp (englisches Original erschienen 2004).
- Clark, K. A., Cochran, S. D., Maiolatesi, A. J. & Pachankis, J. E. (2020). Prevalence of bullying among youth classified as LGBTQ who died by suicide as reported in the National Violent Death Reporting System, 2003–2017. *JAMA Pediatrics*, 174(12), 1211–1213. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0940>
- Cohrdes, C., Hapke, U., Nübel, J. & Thom, J. (2021). *Psychische Gesundheit in Deutschland. Fokus: Depression und kognitive Leistungsfähigkeit* (Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht, Bd. 1). RKI. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf
- Cremers, M. (2007). *Neue Wege für Jungs? Ein geschlechtsbezogener Blick auf die Situation von Jungen im Übergang Schule-Beruf*. BMFSFJ. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94418/d666740ce14dd9af4f5cf-d0a4882692f-neue-wege-fuer-jungs-broschuere-data.pdf>
- Degges-White, S. E., Colon, B. R. & Borzumato-Gainey, C. (2013). Counseling supervision within a feminist framework: Guidelines for intervention. *Journal of Humanistic Counseling*, 52(1), 92–105. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-1939.2013.00035.x>
- Duttweiler, S. (2013). Beratung und Therapie in Zeiten des Neoliberalismus – oder: Vom Zwang zur Freiheit, sich selbst zu optimieren. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 15(2), 93–105.
- En, B., Humer, T., Petričević, M., Ponzer, T., Rauch, C. & Spiel, K. (2023). *Geschlechtersensible Sprache – Dialog auf Augenhöhe. Leitfaden*. Gleichbehandlungsanwaltschaft.
- Erel, U., Haritaworn, J., Gutiérrez Rodríguez, E. & Klesse, C. (2007). Intersektionalität oder Simultaneität?! – Zur Verschränkung und Gleichzeitigkeit mehrfacher Machtverhältnisse – Eine Einführung. In B. Fritzsche, K. Hackmann, J. Hartmann, C. Klesse & P. Wagenknecht (Hrsg.), *Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht* (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, Bd. 10; S. 239–250). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90274-6_16
- Enachescu, J. & Hinsch, S. (2022). *Geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen in Österreich. Prävalenzstudie beauftragt durch Eurostat und das Bundeskanzleramt*. Statistik Austria. https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Geschlechtsspezifische-Gewalt-gegen-Frauen_2021_barrierefrei.pdf

- Fehringer, C. (1992). Mein Kopf weiß oft nicht, was mein Mund spricht. Therapeutische Beziehung als Sprachgeschehen. In P. Frenzel, P.F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie* (S. 366–380). EHP.
- Foucault, M. (2007). Die Ethik der Sorge um sich als Praxis der Freiheit. In M. Foucault, *Ästhetik der Existenz. Schriften zur Lebenskunst* (H. Kocyba, Übers.; S. 253–279). Suhrkamp (französisches Original erschienen 1984).
- FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014). *Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick*. FRA. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance_de_o.pdf.
- Frasl, B. (2022). *Patriarchale Belastungsstörung. Geschlecht, Klasse und Psyche*. Haymon.
- Friedel, E., Abels, I., Henze, G.-I., Haering, S., Buspavanich, P. & Stadler, T. (2024). Die Depression im Spannungsfeld der Geschlechterrollen. *Der Nervenarzt*, 95(4), 298–307. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01616-6>
- Fritzsche, B., Hackmann, K., Hartmann, J., Klesse, C. & Wagenknecht, P. (Hrsg.) (2007). *Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht* (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, Bd. 10). VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90274-6>
- Gadebusch Bondio, M. & Katsari, E. (Hrsg.). (2014). *„Gender-Medizin“. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin* (Gender Studies). Transcript. <https://doi.org/10.1515/transcript.9783839421314>
- Gahleitner, S. B. (2008). Sexualisierte Gewalt und ihre Bewältigung bei Frauen und Männern. *Quer – denken, lesen, schreiben*, 9(1 [Nr. 15]), 16–22. https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Einrichtungen/Frauenbeauftragte/Quer/15_2008_Gender_und_Herrschaftsverh%C3%A4ltnisse.pdf
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2023). *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick*. RKI. <https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/F/Frauengesundheit/GBE-Broschuere.pdf>
- Giacomo, E. D., Krausz, M., Colmegna, F., Aspesi, F., Clerici & Massimo (2018). Estimating the risk of attempted suicide among sexual minority youths. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(12), 1145–1152. <https://doi.org/10.1001%2Fjamapediatrics.2018.2731>
- Gilligan, C. (1999). *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau* [In a different voice] (B. Stein, Übers.; 5., unveränd. Aufl.). DTV (englisches Original erschienen 1982).
- Gissrau, B. (1989). Weibliche Spiegelungen. Zur besonderen Dynamik von therapeutischen Frauengruppen. *Gruppendynamik*, 21(4), 389–405.
- Goffman, E. (1971). Über Ehrerbietung und Benehmen [The nature of deference and demeanor]. In E. Goffman, *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation* (R. Bergsträsser & S. Bosse, Übers.; S. 54–105). Suhrkamp (englisches Original erschienen 1956).
- Grubner, A. (2014). *Geschlecht therapieren. Andere Erzählungen im Kontext narrativer systemischer Therapie* (Systemische Forschung). Carl-Auer.
- Grubner, A. (2017). *Die Macht der Psychotherapie im Neoliberalismus. Eine Streitschrift* (Kritik & Utopie). Mandelbaum.
- Günther, M., Teren, K. & Wolf, G. (2021). *Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen. Handbuch für die Gesundheitsversorgung* (2., aktual. Aufl.). Reinhardt.
- Han, B.-C. (2016). *Die Austreibung des Anderen. Gesellschaft, Wahrnehmung und Kommunikation heute*. Fischer.
- Harrington, A. G., Overall, N.C. & Maxwell, J.A. (2022). Feminine gender role discrepancy strain and women's self-esteem in daily and weekly life: A person x context perspective. *Sex Roles*, 87(1–2), 35–51. <https://doi.org/10.1007/s11199-022-01305-1>
- Hasler, G. & Macke, K. (2019). Why should person-centered facilitating be gender-sensitive? *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 18(4), 360–366. <http://dx.doi.org/10.1080/14779757.2019.1650810>
- Helfrich, H. (2001). Ist das Gefühl weiblich? In H. Helfrich (Hrsg.), *Patriarchat der Vernunft – Matriarchat des Gefühls? Geschlechterdifferenzen im Denken und Fühlen* (S. 185–215). Daedalus.
- Hochreiter, S. (2023). Kommunikation, Sprache und Geschlecht. In J. Dorer, B. Geiger, B. Hipfl & V. Ratkovic (Hrsg.), *Handbuch Medien und Geschlecht. Perspektiven und Befunde der feministischen Kommunikations- und Medienforschung* (S. 671–687). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20707-6_77
- Hofmann, M. (Hrsg.) (2015). Sprache – Macht – Geschlecht [Themenheft]. *Genderstudies*, 14(1 [Nr. 26]). https://www.izfg.unibe.ch/unibe/portal/center_generell/c_title_fak_zen/izfg/content/e85925/e85991/e90007/e90089/zeitschrift_Nr.26_ger.pdf
- Hurrelmann, K. & Kolip, P. (Hrsg.). (2002). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (Handbuch der Gesundheitswissenschaften). Huber.
- Jaeggi, E. (2015). „Weil Frauen ja so emotional sind ...“: die Feminisierung des Berufes PsychotherapeutIn. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 4(2), 87–95. <https://psychotherapie-wissenschaft.info/article/view/147>
- Kaplan, A. G. (1985). Female or male therapists for women patients: new formulations. *Psychiatry*, 48(2), 111–121. <https://doi.org/10.1080/00332747.1985.11024274>
- Kautzky-Willer, A. (2014). Gendermedizin. Geschlechtsspezifische Aspekte in der klinischen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57(9), 1022–1030. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-2011-7>
- Keil, S. (2011). Wie zeigen sich „Selbst“ und „Inkongruenz“ in der Psychotherapie? – Essenzen aus einer qualitativen Studie zum Thema Selbst/Inkongruenz. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 42(3), 129–137. https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/shopdownloads/GPB_03_2011_keil.pdf
- Keupp, H. (2010). Prekäre Verortungen in der Spätmoderne: Zum Patchwork Personaler und Kollektiver Identitäten. *Integrative Therapie*, 36(1), 7–29. <https://www.fpi-publikation.de/download/23273/>
- Keupp, H. (2013). Wider die soziale Amnesie der Psychotherapie und zur (Wieder-)Gewinnung ihres gesellschaftsdiagnostischen Potentials. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 45(1), 17–32.
- Kierkegaard, S. (2023). *Die Krankheit zum Tode* [Sygdommen til døden] (G. Perlet, Übers.; durchges. Ausg.). Reclam (dänisches Original erschienen 1849).
- Kirschenhofer, S. (2019). Geschlechtergerechte Paartherapie mit heterosexuellen Paaren: Reflexionen zu einem utopischen Unterfangen. *Psychotherapie Forum*, 23(1), 25–30. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-0107-0>
- Kölch, M. G., Reis, O., Ulbrich, L. & Schepker, R. (2023). COVID-19 und psychische Störungen bei Minderjährigen: Veränderungen der Behandlungen nach der Krankenhausstatistik. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 51(4), 295–309. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000935>
- Kotthoff, H. & Nübling, D. (2018). *Genderlinguistik. Eine Einführung in Sprache, Gespräch und Geschlecht* (Narr Studienbücher). Narr.
- Kriz, J. (2017). Entwicklung zur Empathie aus Sicht der Personenzentrierten Systemtheorie. In S. K.D. Sulz & T. Bronisch (Hrsg.), *Entwicklung zur Empathiefähigkeit. Von der Selbstbezogenheit zur Beziehungsfähigkeit* (S. 7–23). CIP-Medien.
- Kucera, A. (1999). *Computer-Mediated-Communication. Sozio-kommunikationstheoretische Darstellung, psychotherapeutische Perspektiven und philosophisch-anthropologische Fokussierungen* (Kosmophilosophie, Bd. 5). Junghans.
- Kunert, C. (2013). Werden wollen, wer man wirklich ist. Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz – ein personenzentrierter Standpunkt. *Person*, 17(1), 34–46. <https://doi.org/10.24989/person.1711.2604>

- Kurz, E. (2022). *Intersektionalität in feministischer Praxis. Differenzkonzepte und ihre Umsetzung in feministischen Gruppen* (Gender Studies). Transcript. <https://doi.org/10.1515/9783839462188>
- Lago, C. & Hirai, T. (2013). Counselling across difference and diversity. In M. Cooper, M. O'Hara, P.F. Schmid & A. C. Bohart (Hrsg.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 436–452). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-1-137-32900-4_29
- Landweer, H. (2019). Gefühle: Von der Geschlechter- und der Emotionsforschung zu den Affect Studies. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (Geschlecht und Gesellschaft, Bd. 65; S. 1083–1092). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12496-0_61
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Liegl, G., Hintenberger, G. & Schigl, B. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie*. Donau-Universität Krems.
- Leitner, A., Schigl, B. & Märtens, M. (Hrsg.). (2014). *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen*. Facultas.
- Levant, R. F. & Wong, Y. J. (Hrsg.). (2017). *The psychology of men and masculinities*. APA. <https://doi.org/10.1037/0000023-000>
- Lozo, L. (2010). Emotionen der Geschlechter: ein fühlbarer Unterschied? In G. Steins (Hrsg.), *Psychologie und Geschlechterforschung* (S. 43–54). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92180-8_3
- Luck, F. (2021). *Männer*, Männlichkeiten, Männer*gesundheit. Wie gehen Männer* mit Gesundheit im Alltag um? Eine Genderperspektive*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86133-000>
- Luger, M. & Fehrmann, E. (2022). Psychotherapie als Gesellschaftspraxis. Integrativtherapeutische und systemische Beiträge zu einer kontextsensitiven Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 26(3–4), 101–107. <https://doi.org/10.1007/s00729-022-00207-7>
- Maccoby, E.E. (2000). *Psychologie der Geschlechter. Sexuelle Identität in den verschiedenen Lebensphasen*. Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1998).
- Macke, K. (2010). *Ist die Person auch weiblich? Ein Plädoyer für mehr Geschlechtersensibilität und genderechte Sprache in der personenzentrierten Theorie und Praxis der Psychotherapie*. IPS. <https://www.kritische-psychotherapie.at/Publikationen/Artikel-Geschlechtersensibilitaet.pdf>
- Macke, K. (2020). (Selbst?)Verordnete Selbstfürsorge. In B. Zehetner & K. Macke (Hrsg.), *Freiheit und Feminismen. Feministische Beratung und Psychotherapie. 40 Jahre Frauen* beraten Frauen** (Therapie & Beratung; S. 185–200). Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837929423-185>
- Macke, K. & Hasler, G. (2012). Braucht Psychotherapie geschlechter-differentes Wissen? *WLP-News*, 20(1), 18–20.
- Mayor, E. (2015). Gender roles and traits in stress and health. *Frontiers in Psychology*, 6, Art. 779. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00779>
- Möller-Leimkühler, A.M. (2016). *Vom Dauerstress zur Depression. Wie Männer mit psychischen Belastungen umgehen und sie besser bewältigen können*. Fischer & Gann.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2022). Gender und psychische Störungen: Fokus Männer. Ein medizinsoziologischer Forschungsschwerpunkt an einer Psychiatrischen Universitätsklinik. In J. Siegrist, U. Stöfel & A. Trojan (Hrsg.), *Medizinische Soziologie in Deutschland. Entstehung und Entwicklungen* (Gesundheit und Gesellschaft; S. 257–271). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37692-5_15
- Möller-Leimkühler, A.M. (2023). Komorbide Depressionen. Bei Frauen bekannt – bei Männern unterdiagnostiziert? *Uro-News*, 27(6), 20–23. <https://doi.org/10.1007/s00092-023-5716-9>
- Mossaheb, N. (2024). Gewalt gegen Frauen und ihre psychischen Auswirkungen. Warum es wichtig ist, danach zu fragen. *Psychopraxis, Neuropraxis*, 27(3), 169–174. <https://doi.org/10.1007/s00739-024-01004-4>
- Netzwerk der brandenburgischen Frauenhäuser (NbF) (o. J.). *Folgen von Gewalt*. NbF. <https://www.nbfv.de/folgen-von-gewalt/>
- Neumann, W. & Süfke, B. (2004). *Den Mann zur Sprache bringen: Psychotherapie mit Männern* (2., korr. Aufl.). DGVT.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259–282. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.259>
- Novartis Deutschland (Hrsg.). (2020). *Gendermedizin, ist da etwas dran? Gendermedizin oder die Entdeckung der unterschiedlichen weiblichen und männlichen Physiologie*. Schiele & Schön. https://www.novartis.com/de-de/sites/novartis_de/files/2022-04/Novartis_Gender_Broschuer.pdf
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGJKP) (2023). *Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen in Österreich verdreifacht. Pressekonferenz der ÖGJKP anlässlich des Welt-Suizid-Präventionstags*. ÖGJKP. <https://oegkjp.at/parirolf/2023/09/Presstext-PK-OeGJKP-08-09-2023-final.pdf>
- Ogrodniczuk, J. & Staats, H. (2002). Psychotherapie und Geschlechterzugehörigkeit. Brauchen Männer und Frauen unterschiedliche Behandlungen? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(3), 270–285. <https://doi.org/10.13109/zptm.2002.48.3.270>
- O'Hara, M. (1997). *Person-centered and experiential therapies in an age of standardization of treatment. Emancipatory practices in an age of standardization*. Vortrag bei der 4. International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy (ICCEP), 01.07.1997 in Lissabon.
- O'Hara, M. (2004). A pioneer person-centred therapist and feminist reflects on 30 years of process and progress. Interview by Gillian Proctor. In G. Proctor & M.B. Napier (Hrsg.), *Encountering feminism. Intersections between feminism and the person-centred approach* (S. 59–69). PCCS.
- Paulick, C. & Werner, S. (2021). Männlichkeit. *Socialnet Lexikon*, 30.12.2021. <https://www.socialnet.de/lexikon/Maennlichkeit>
- Peichl, J. (2021). *Destruktive Paarbeziehungen. Das Trauma intimer Gewalt* (Leben lernern, Bd. 214; 3., unveränd. Aufl.). Klett-Cotta (Erstaufl. erschienen 2008).
- Pfister, A. (2024). Suizidprävention für LGBTQ+-Jugendliche: Notwendigkeit, Modell und Zugänge. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 19, eFirst. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11553-023-01096-7.pdf>
- Pimminger, I. (2019). Gleichheit – Differenz: die Debatten um Geschlechtergerechtigkeit in der Geschlechterforschung. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 45–54). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12496-0_156
- Pusch, L. F. (1984). *Das Deutsche als Männersprache. Aufsätze und Glossen zur feministischen Linguistik*. Suhrkamp.
- Redfield Jamison, K. (1997). *An unquiet mind. A memoir of moods and madness*. Vintage.
- Regitz-Zagrosek, V. (2018). Gesundheit, Krankheit und Geschlecht. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 68(24), 19–24. https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/APuZ_2018-24-online.pdf
- Richter-Kornweitz, A. (2011). Gleichheit und Differenz – die Relation zwischen Resilienz, Geschlecht und Gesundheit. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 240–274). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92775-6_11
- Riecher-Rössler, A. (2008). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Störungen. *Neurologie & Psychiatrie*, 6(3), 6–9.
- Riecher-Rössler, A. (2016). Weibliche Rollen und psychische Gesundheit. In B. Wimmer-Puchinger, K. Gutiérrez-Lobos & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben. Hilfestellung für die Praxis* (S. 19–34). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48436-4_2

- Riffer, F., Knopp, M., Burghardt, J. & Sprung, M. (2021). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung. Aktuelle Daten aus Österreich. *Psychotherapeut*, 66(3), 511–517. <http://dx.doi.org/10.1007/s00278-021-00523-4>
- Rogers, C.R. (1973a). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie* [Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory] (E. Nösbüsch, Übers.). Kindler (englisches Original erschienen 1951a).
- Rogers, C.R. (1973b). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* [On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy] (J. Giere, Übers.; Konzepte der Humanwissenschaften). Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1961a).
- Rogers, C.R. (1974). *Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung* [On encounter groups] (E. Nösbüsch, Übers.). Kindler (englisches Original erschienen 1970).
- Rogers, C.R. (1980a). *A way of being* (Sentry edition, Bd. 88). Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1985). *Die nicht direktive Beratung* [Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice] (E. Nösbüsch, Übers.; 6., unveränd. Aufl. d. ungek. Ausg.). Fischer (englisches Original erschienen 1942a).
- Rogers, C.R. (1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C.R. Rogers & P.F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (M. Werkmeister & P.F. Schmid, Übers.; Edition Psychologie und Pädagogik; S. 165–184). Grünewald (englisches Original erschienen 1957a).
- Rogers, C.R. (1992). *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung* [On personal power. Inner strength and its revolutionary impact] (B. Stein, Übers.; Geist und Psyche; ungek. Ausg.). Fischer (englisches Original erschienen 1977a).
- Rogers, C.R. (2020). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* [A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework] (G. Höhner & R. Brüseke, Übers.; Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 8; 3., unveränd. Aufl.). Reinhardt (englisches Original erschienen 1959a).
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-76115-7>
- Rudolf, G. (2002). Gibt es nachweisbare Einflüsse der Geschlechtszugehörigkeit auf die Psychotherapie? In Schweizer Charta für Psychotherapie (Hrsg.), *Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Interaktion?* (S. 75–95). Diskord.
- Russo, K. & Zehetner, B. (2017). Psychotherapie und gesellschaftlicher Wandel: Fit fürs Hamsterrad? *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 16(Suppl. 1), 139–153. <https://doi.org/10.1007/s11620-017-0420-y>
- Scheibelhofer, P. & Wiesböck, L. (2019). Das privilegierte Geschlecht. *Der Standard*, 07.03.2019. <https://www.derstandard.at/story/2000099069563/toxische-maennlichkeit-das-privilegierte-geschlecht>
- Schigl, B. (2014). Gendered Risk: Risikofaktor Geschlecht? In A. Leitner, B. Schigl & M. Märtens (Hrsg.), *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für PatientInnen und TherapeutInnen* (S. 51–65). Facultas.
- Schigl, B. (2016). Wenn gendered individuals einander begegnen. Von der Notwendigkeit genderkompetenter Psychotherapie und Beratung. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 15(Suppl. 2), 7–19. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-16549-9_1
- Schigl, B. (2018). *Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess?* (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung; 2., überarb. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-20471-6>
- Schmid, P.F. (1995). Souveränität und Engagement. Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person“. In C.R. Rogers & P.F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 15–152). Grünewald.
- Schmid, P.F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch, Bd. 2: Die Kunst der Begegnung*. Junfermann.
- Schmid, P.F. (1997). Vom Individuum zur Person: Zur Anthropologie in der Psychotherapie und zu den philosophischen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes. *Psychotherapie Forum*, 5(4), 191–202.
- Schmid, P.F. (1998). State of the art personzentrierten Handelns als Vermächtnis und Herausforderung. *Person*, 2(1), 15–23. <https://doi.org/10.24989/person.v2i1.3052>
- Schmid, P.F. (2000). Begegnung und Reflexion. Personzentrierte Supervision als Förderung der Person im Spannungsfeld zwischen Persönlichkeitsentwicklung und Organisation. *Person*, 4(2), 15–27. <https://doi.org/10.24989/person.v4i2.3001>
- Schmid, P.F. (2003). Person. In G. Stumm, J. Wiltschko & W.W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (Leben lernen, Bd. 155; S. 226–227). Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Schmid, P.F. (2004). New men? – A new image of man? Person-centred challenges to gender dialogue. In G. Proctor & M.B. Napler (Hrsg.), *Encountering feminism. Intersections between feminism and the person-centred approach* (S. 179–190). PCCS.
- Schmid, P.F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftlichen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes. *Person*, 9(1), 5–21. <https://doi.org/10.24989/person.v9i1.2879>
- Schmid, P.F. (2007). *Psychotherapie ist Politik oder sie ist nicht Psychotherapie: Herausforderungen des Personzentrierten Ansatzes an die Psychotherapie*. Vortrag beim Symposium „Identitätsentwicklung durch Begegnung“, Wien.
- Schmid, P.F. (2008). *Diagnose durch Dialog. Anthropologische, ethische und gesellschaftspolitische Perspektiven zu Psychopathologie und Diagnostik*. Vortrag beim IPS-Theorie-Workshop, 26.04.2008.
- Schmid, P.F. (2009). „Hier bin ich“. Zu einem dialogischen Verständnis des Personzentrierten Ansatzes. *Person*, 13(2), 155–165. <https://doi.org/10.24989/person.v13i2.2754>
- Schmid, P.F. (2013). The most personal ist the most political. Der Therapeut als Politiker – Eine Analyse, ein personzentriertes Plädoyer und eine Konfliktanzeige. *Person*, 17(1), 47–59. <https://doi.org/10.24989/person.v17i1.2605>
- Schnetzer, S., Hampel, K. & Hurrelmann, K. (2024). *Trendstudie Jugend in Deutschland 2024. Verantwortung für die Zukunft? Ja, aber*. Datajockey.
- Schöndorfer, N. (2018). Das Bild der „verrückten Frau“ verschleiert bis heute Gewalt. *Der Standard*, 25.11.2018. <https://www.derstandard.de/story/2000092092172/das-bild-der-verrueckten-frau-verschleiert-bis-heute-gewalt>
- Sittner, M. (2022). Gendermedizin: Zeit für gute Neuigkeiten. *Deutsches Ärzteblatt*, 119(8), A324. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=223590>
- Spieß, C. & Reisl, M. (2017a). *Sprache und Geschlecht. Bd. 1: Sprachpolitiken und Grammatik* (Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie, Bd. 90). Universitätsverlag Rhein-Ruhr.
- Spieß, C. & Reisl, M. (2017b). *Sprache und Geschlecht. Bd. 2: Empirische Analysen* (Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie, Bd. 91). Universitätsverlag Rhein-Ruhr.
- Steenbuck, G. (2005). Zur Aktualität Personzentrierter Begleitung und Beratung. Der Personzentrierte Ansatz – ein Klassiker im 21. Jahrhundert. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 36(2), 81–86. Stiftung Männergesundheit (Hrsg.). (2022). *Junge Männer und ihre Gesundheit. Fünfter Deutscher Männergesundheitsbericht* (Forschung Psychosozial). Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837978957>

- Taylor, M. (1994). Gender and power in counselling and supervision. *British Journal of Guidance & Counselling*, 22(3), 319–326. <https://doi.org/10.1080/03069889408253677>
- Teiltl, M. (2021). Warum Frauen medizinisch benachteiligt sind. *Quarks.de*, 13.01.2021. <https://www.quarks.de/gesundheit/medizin/warum-frauen-medizinisch-benachteiligt-sind/>
- Teuber, N. (2011). *Das Geschlecht der Depression. „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ in der Konzeptualisierung depressiver Störungen* (Gender Studies). Transcript. <https://doi.org/10.1515/transcript.9783839417539.intro>
- Teuber, N. (2018). Geschlecht und Depression. „Weiblichkeit“, „Männlichkeit“ und Verlust. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 48(1), 19–22. <https://doi.org/10.5771/0171-4538-2018-1-19>
- Thiele, A. (2002). Männlicher Geschlechterrollenstress über die Lebensspanne. In T. Steffen (Hrsg.), *Masculinities – Maskulinitäten. Mythos – Realität – Repräsentation – Rollendruck* (Gender Studies; S. 259–268). Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-02875-4_17
- Thürmer-Rohr, C. (1986). Die Gewohnheit des falschen Echos. *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis*, 9(1 [Nr. 17]), 113–120.
- Trömel-Plötz, S. (1982). *Frauensprache. Sprache der Veränderung*. Frauenoffensive.
- Ussher, J. M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism and Psychology*, 23(1), 63–69. <http://dx.doi.org/10.1177/0959353512467968>
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 1(2), 125–151. <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>
- Wink, R. (Hrsg.). (2016). *Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienz-forschung* (Studien zur Resilienzforschung). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-09623-6>
- Winker, G. & Degele, N. (2009). *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten* (Sozialtheorie – Intro). Transcript. <https://doi.org/10.1515/9783839411490>
- Winkler, M. (1992). Du Tarzan – ich Jane. Geschlechterdifferenz in der therapeutischen Interaktion. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 193–205). EHP.¹
- Winkler, M. (2002). Das Private ist politisch. Aspekte Personzentrierter Feministischer Therapie. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-, klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. Festschrift zum Jubiläums-Symposium, 25. bis 27. Februar 2000 in Salzburg* (S. 66–78). GWG.
- Winkler, M. (2010). Feminismus und Personzentrierte Psychotherapie. In T. Ebermann, J. Fritz, K. Macke & B. Zehetner (Hrsg.), *In Anerkennung der Differenz. Feministische Beratung und Psychotherapie* (Therapie & Beratung; S. 187–198). Psychosozial-Verlag.
- Witte, J., Zeitler, A., Hasemann, L. & Diekmannshemke, J. (2023). *DAK-Kinder- und Jugendreport 2023. Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie Datenzeitraum: 2017–2022* (Report). Vandage. <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/45534/data/b14be3bodb47242833904ba75c5239cb/dak-kinder-und-jugendreport-2023-report.pdf>
- World Health Organization (WHO) (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors* (WHO Discussion Paper). WHO. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/risks_to_mental_health_en_27_08_12.pdf
- World Health Organization (WHO) (2018). *Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region*. WHO Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349308/WHO-EURO-2018-4209-43968-61973-eng.pdf>
- World Health Organization (WHO) (2024). *Violence against women*. WHO. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- Wütsch, O. (2012). Group-Centered Leadership – Die Personzentrierte Führungskraft als Facilitator. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 43(4), 184–191.
- Zehetner, B. (2012). *Krankheit und Geschlecht. Feministische Philosophie und psychosoziale Beratung*. Turia + Kant.
- Zehetner, B. (2017). Das Leiden an Geschlechternormen. Interview geführt von Lea Susemichel. *An.schläge. Das feministische Magazin*, 32(6), Art. 1. <https://anschlaege.at/das-leiden-an-geschlechternormen/>
- Zehetner, B. (2020). “There is a Pussy Riot inside you!” Freiheit und feministische Beratung. In B. Zehetner & K. Macke (Hrsg.), *Freiheit und Feminismen. Feministische Beratung und Psychotherapie. 40 Jahre Frauen* beraten Frauen** (Therapie & Beratung; S. 131–153). Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837929423-129>
- Zimmerman, D. H. & West, C. (1975). Sex roles, interruptions and silences in conversation. In B. Thorne & N. Henley (Hrsg.), *Language and sex. Difference and dominance* (S. 105–129). Newbury House.
- Zottl, A. (1989). *Erfahrung und Gegenwärtigkeit. Dialogische Folien über die Anthropologie von Carl Rogers*. Vandenhoeck & Ruprecht.

1 © für Marietta Winkler: 1992 EHP – Verlag Andreas Kohlhaage. Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch den Verlag. All Rights reserved.