

**Der mühsame Weg zu den
eigenen Bedürfnissen:**

Beratung von Männern am

Beispiel einer

städtischen

AIDS-Beratungsstelle

Stiehler M, Beier F

Blickpunkt der Mann 2004; 2 (4)

15-19

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Der mühsame Weg zu den eigenen Bedürfnissen: Beratung von Männern am Beispiel einer städtischen AIDS-Beratungsstelle

M. Stiehler^{1,2}, F. Beier¹

Beratungsstellen werden von Männern vergleichsweise selten aufgesucht. Die Ursachen sind vor allem in der männlichen Sozialisation zu suchen. Demgegenüber ist der Anteil der Männer, die die Angebote der AIDS-Beratungsstelle wahrnehmen, vergleichsweise hoch. Dies liegt an der Spezifik des Themas „AIDS“. Es ist wichtig, die sich dadurch bietende Chance zu nutzen und qualitativ hochwertige Beratungen durchzuführen, die über Sachinformationen hinausgehend situations- und lebensgeschichtliche Hintergründe beleuchten.

*Men rarely consult advice centers. The reason for this behavior is mainly due to the male socialization. However, the percentage of men who seek advice in AIDS advice centres is relatively high. This is a result of the specificity of the AIDS problem. Therefore, it is very important to make use of this opportunity and to offer high quality consulting, which beyond providing rational facts elucidates the current situation of the client as well as his biographical background. **Blickpunkt DER MANN 2004; 2 (4): 15–19.***

A. Grundsätzliches: Außenorientierung und Unsicherheit

Matthias Stiehler

Zur Theorie

Ein Grundproblem von Beratungsstellen ist die geringe Inanspruchnahme der Angebote durch Männer. Allgemein läßt sich feststellen, daß Männer vergleichsweise selten Beratungsstellen aufsuchen [1] – und wenn, dann werden sie oft von ihren Frauen dazu ermuntert [2].

Theoretisch lassen sich zwei entgegengesetzte Grundaussagen aus diesem Phänomen herleiten. Zum einen ließe sich annehmen, daß es Männern so gut geht, daß sie psychosoziale Hilfe und Vorsorgeuntersuchungen nicht benötigen. Dieser These entsprächen Untersuchungen subjektiven Krankheitsempfindens, bei denen sich Männer – statistisch gesehen – grundsätzlich gesünder als Frauen fühlen [3]. Dem stehen eindeutig die Mortalitäts- und Morbiditätsraten entgegen. Insbesondere Männer unter fünfundsechzig Jahren, also die Gruppe, die sich besonders gesund fühlt, sterben vergleichsweise oft – und zwar durch Krankheiten, die auf risikovolles Verhalten zurückzuführen sind. An erster Stelle seien Herz-Kreislaufkrankungen genannt, aber auch Unfälle. Hinzu kommt, daß die Selbsttötungsrate der Männer deutlich über jener der Frauen liegt [4]. Es ist daher nicht davon auszugehen, daß Männer auf Grund ihres guten seelischen und körperlichen Befindens wenig Beratung und Vorsorge in Anspruch nehmen. Vielmehr scheint ihre Not mindestens ebenso groß wie jene der Frauen zu sein [5], nur daß Frauen eher bereit sind, Hilfe anzunehmen.

Suchen wir nach den Gründen für diese Situation bzw. Haltung der Männer, finden gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen unterschiedliche Antworten. Zum einen besteht bei Männern eine erhebliche Angst, daß in Beratung oder Vorsorge etwas über sie

selbst offenbar werden kann, das unangenehm ist. Vermutlich ahnen viele Männer, daß ihr Selbstbild fragil ist [6] und daß sie Seiten in sich tragen, die weniger grandios oder auch nur angenehm sind, wie sie sie sich selbst wünschen [7]. Diese Erklärungsebene führt jedoch nicht weit genug. Denn ein beschönigendes Selbstbild und Angst vor unangenehmen Wahrheiten sind nicht nur bei Männern anzutreffen. Zu fragen ist daher, warum Männer dies als derart bedrohlich empfinden, daß sie lieber den Preis eines früheren Todes auf sich nehmen, als sich Wahrheiten auszusetzen.

Die Ursachen hierfür sind in der Sozialisation zu finden: „Sozialisation bezeichnet ... den Prozeß der Konstituierung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von und in kontinuierlicher Auseinandersetzung mit der gesellschaftlich vermittelten, sozialen und dinglich-materiellen Umwelt einerseits und der biophysischen Struktur des Organismus andererseits.“ [8]. Es geht daher um die Persönlichkeitsentwicklung in der frühen Kindheit, die prägend für das weitere Verhalten, für die Beziehung zu sich und zur Umwelt ist. Die Art, wie Erwachsene denken und handeln, wird in ihren Grundzügen durch die ersten Erfahrungen in und mit der Welt bestimmt. Bei aller individuellen Spezifik lassen sich hier kulturell normierte Unterschiede in der Entwicklung von Mädchen und Jungen erkennen.

Nancy Chodorow ging in ihrer Untersuchung „Das Erbe der Mütter“ [9] auf diese Unterschiede ein, die in der besonderen Rolle der Mutter in der frühen Phase der Kindheit begründet liegen. Es „... gibt zunehmend Beweise dafür, daß die grundlegende Einstellung der Mutter und ihre Behandlung der Kinder von Anfang an und immerfort sich nach dem Geschlecht des Kindes unterscheidet“.

Den entscheidenden Unterschied faßt Chodorow in einem Satz zusammen: „Es scheint, als würden Mädchen zum Selbst der mütterlichen Phantasie und nähmen sich auch selbst so wahr, während Knaben zum jeweils Anderen würden“. Mädchen werden in der Identifikation mit der Mutter gehalten, wobei diese Beziehung – gerade auf Grund der Identifikation – von wenig Empathie begleitet ist. Dieses Verhältnis der Mutter zu ihrer Tochter läßt sich in dem Satz zusam-

Aus der ¹Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten, Gesundheitsamt Dresden, und dem ²Dresdner Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft e.V.

Korrespondenzadresse: Dr. Matthias Stiehler, Dresdner Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft e.V., D-01309 Dresden, Augsburger Straße 62, E-Mail: matthias.stiehler@dieg.org

menfassen: „Du bist wie ich. Ich weiß, was du brauchst – nämlich das, was ich brauche.“ Die daraus folgende Identifikation der Tochter mit der Mutter, die die Identität der Tochter bestimmt, kann weitreichende Folgen haben – manchmal bis zur Übernahme von Krankheiten der Mutter durch die Tochter.

Jungen hingegen werden schneller aus der Mutter-Kind-Symbiose entlassen. Sie sollen der Mutter ein Gegenüber sein, der Andere, der die Erwartungen der Mutter, die sie ursprünglich auf ihren Partner (auch im Sinne einer Vater- bzw. Mutterübertragung) richtete, erfüllt. Dabei geht es nicht unbedingt um eine offen sichtbare Konstellation des Partnerersatzes, sondern um die diffizile Erwartung der Mutter an den Sohn, für ihre Bedürfnisse und unerfüllten Sehnsüchte da zu sein. Die häufig vorhandene Empathie der Mutter gegenüber ihrem Sohn/ihren Söhnen ist dabei als das zentrale Druckmittel anzusehen, das sich zugleich gegen den Vater richtet: „Du, mein lieber Sohn, sollst einmal ein besserer Mann sein als dein Vater!“ [10]. In dieser Konditionierung des Sohnes durch die Mutter liegt der Ursprung der Außenorientierung, die für die Identität von Männern so kennzeichnend ist. Die meisten Jungen wachsen in der Erwartung der Mutter auf, sie sollen für sie und ihre Bedürfnisse da sein. Die eigene Zufriedenheit entwickelt sich durch die Zufriedenheit der Mutter – später durch die der sogenannten Übertragungsmütter: Partnerin, Firma, Partei usw. [11].

Aus diesen, hier nur grob skizzierten, frühen geschlechtsspezifischen Prägungen läßt sich die Frage, warum Männer Beratungsstellen nur ungern aufsuchen, neu bzw. differenziert beantworten. Jungen lernen nur unzureichend, auf sich und ihre eigenen Bedürfnisse zu achten. Sie schauen auf die an sie gerichteten äußeren Anforderungen, wenn sie Orientierung für ihr Handeln suchen. Das „Prinzip Externalität“ [12] ist konstituierend für die spezifisch männliche Lebensbewältigung. Doch dieses Prinzip steht der Sorge um die eigene Gesundheit entgegen. Damit gerät die Problematik, warum Männer vergleichsweise selten Beratungsstellen und Vorsorgeuntersuchungen aufsuchen, in einen neuen Blickwinkel. Männer sind nicht darauf aus, sich selbst mutwillig zu schaden oder gar Ärzte und Berater zu ärgern. Es ist vielmehr Ausdruck ihres In-der-Welt-sein, ihrer Sichtweise, ihres anerzogenen Empfindens.

Wenn also der Frage nachgegangen werden soll, auf welche Weise Männer durch Beratungsangebote erreicht werden können, dann muß die angesprochene, zumeist unbewußte Beziehungsdynamik „Mutter-Sohn“, die in ihren Grundprinzipien im erwachsenen Leben der Männer fortgesetzt wird, beachtet und ihr entsprochen werden. Aus unseren Erfahrungen in der AIDS-Beratung möchte ich der Frage nachgehen, ob sich Männer trotzdem von psychosozialen Angeboten ansprechen lassen, durch welche Angebote und auf welche Weise dies geschehen kann.

AIDS-Beratung: Eine gute Chance

Die AIDS-Beratung des Gesundheitsamtes Dresden besteht seit Dezember 1992. Vor mehr als einem Jahr wurde sie mit der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten zusammengelegt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich jedoch auf die spezifi-

schen Erfahrungen, die wir in den über zehn Jahren AIDS-Beratung in bezug auf Männerberatung gewonnen haben. Die durchaus interessanten neuen Aspekte, die sich durch den Zusammenschluß ergeben, werden an dieser Stelle nicht reflektiert.

Das Angebot innerhalb des Sachgebietes „HIV/AIDS“ im Gesundheitsamt Dresden umfaßt Information, Beratung und Test zu HIV/AIDS, Hepatitis und zunehmend auch zu anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Diese Angebote sind anonym und kostenlos. Sie können innerhalb unserer Sprechzeiten ohne Anmeldung in Anspruch genommen werden. Information und Beratung erhalten Ratsuchende nicht nur, indem sie die Beratungsstelle aufsuchen, sondern auch am Telefon. Außer diesem individuellen Angebot hat die Beratungsstelle auch den Auftrag, Präventions- und Weiterbildungsveranstaltungen für Schüler, Studenten und unterschiedliche Berufsgruppen durchzuführen. Neben spezifischen HIV/AIDS-Veranstaltungen sind auch hier die thematischen Angebote übergreifend – von Hepatitis und sexuell übertragbaren Krankheiten über Reisegesundheits bis zu Gesundheitsförderung allgemein. In den vergangenen Jahren wurden jährlich über 1.100 Tests durchgeführt. Mit Beratungen zur Ergebnismitteilung und allgemeinen Beratungswünschen kamen wir 2003 auf insgesamt 2.569 Beratungen (Telefonberatungen nicht mitgerechnet).

Die Geschlechterverteilung der Menschen, die seit 1992 die Beratungsstelle aufsuchten, entspricht nicht den dargestellten allgemeinen Beobachtungen über die geringe Inanspruchnahme von Beratungsstellen durch Männer. 53,2 % aller Beratungen fanden mit Männern statt. 2003 waren es 53,9 %. Die Annahme, daß es sich hierbei in erster Linie um homosexuelle Männer bzw. „Männer, die Sex mit Männern haben“ („MSM“ – wie der gebräuchliche und auch korrektere Fachausdruck lautet) handelt – wie das Thema AIDS nahelegt –, läßt sich nicht erhärten. Deren Anteil entspricht mit 11,2 % der männlichen Klientel nur etwas mehr als dem durchschnittlichen Auftreten in der Bevölkerung [13].

Ein differenziertes Bild ergibt die Unterscheidung zwischen Beratungen mit und ohne HIV-Test. Während im Jahr 2003 56,2 % aller, die in unserer Beratungsstelle einen HIV-Test durchführen ließen, Männer waren, sind es bei denen, die sich informieren und ohne Test beraten lassen, nur 39,6 %. Dies deutet zunächst darauf hin, daß Männer zielgerichteter den HIV-Test anstreben und sich nicht einfach nur beraten lassen möchten. Andererseits ist unsere Beobachtung, daß auch Frauen die Beratungsstelle in erster Linie aufsuchen, um einen Test durchführen zu lassen. Beratungswünsche ohne Testbegehren sind vergleichsweise selten. Beratungsgespräche, die zum Test durchgeführt werden, ergeben dann, daß dieser nicht sinnvoll ist bzw. die Zeit seit dem riskanten Ereignis nicht ausreicht. Die Rubrik „Beratungen ohne Tests“ speist sich daher vor allem aus dem offenen Beratungsangebot zum Test. Daß Männer hier unterdurchschnittlich vertreten sind, könnte auch darauf hindeuten, daß sie informierter bzw. entschlossener den HIV-Test in Angriff nehmen. Eindeutig ist: Das Testangebot ist der Schlüssel für die vergleichsweise gute Inanspruchnahme der Beratungsstelle durch Männer.

Verwundern mag dieser Befund zunächst, da es sich bei dem HIV-Test um eine Vorsorgeuntersuchung handelt, die – wie angesprochen – Männer normalerweise seltener in Anspruch nehmen. Im Fall eines positiven Testergebnisses, also einer Bestätigung der unheilvollen Befürchtung des Klienten, sind die Folgen in das Leben tief eingreifend. Es ist eine Krankheit, die zumeist tödlich endet, die Medikalisierung in Form von stetigen Untersuchungen und unter Umständen langjährigen Medikamenteneinnahmen ist enorm, und das Sexualleben verändert sich grundlegend. AIDS hat individuell und sozial immer noch solch gravierende Folgen, daß die Nichtinanspruchnahme des Testangebotes als Regelfall anzunehmen ist. Dies bestätigt sich auch, wenn die Testzahl von 1.128 für das Jahr 2003 angeschaut wird. So ist aus Beobachtungen unserer Beratungsstelle zu entnehmen, daß ungeschützte sexuelle Kontakte nach wie vor häufig praktiziert werden. Zwar verwenden einer BzGA-Studie zufolge 69 % aller Erwachsenen ohne festen Partner bei Sexualkontakten Kondome, aber eben 31 % nicht [14]. Außerdem beobachten wir häufig das Phänomen, daß zwar meistens ein Kondom verwandt wird, in Einzelsituationen jedoch nicht. Angesichts dessen ist die Testzahl in einer Stadt von über 450.000 Einwohnern eher gering. Interessant ist jedoch, daß die Testhemmung Frauen wie Männer gleichzeitig betrifft. Die Folgen eines HIV-Tests scheuen beide Geschlechter, also auch Frauen, die für andere Vorsorgeuntersuchungen eher offen sind.

Das besondere dieser spezifischen Vorsorgeuntersuchung ist die Selbstverschuldung für die riskante Situation. Wer zu einem HIV-Test geht, bekennt zumeist, daß er – zumindest an dieser Stelle – nicht auf seine Gesundheit geachtet hat. Andere Untersuchungen offenbaren vielleicht schlimme Krankheiten, sie werfen jedoch nicht in gleicher Weise die Frage der eigenen Schuld auf. Und diese Frage scheint für Männer und Frauen gleichermaßen schlimm und unangenehm zu sein. Analog ließe sich dann jedoch auch vermuten, daß die relativ geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch Männer zu einem Teil darin begründet liegt, daß Männer sich häufig selbst als Versacher ihrer Krankheiten ansehen – wenn vielleicht zumeist auch unbewußt. Für diese These spricht, daß Männerkrankheiten oft mit der moralischen Aussage belegt werden, daß Männer auf Grund ihrer ungesunden Lebensweise selbst schuld sind [15].

Es gibt jedoch auch Aspekte des HIV-Tests, die gerade für Männer hilfreich sind und die Inanspruchnahme fördern. Als erstes fällt die Art des Angebotes auf: Es geht um ein klar definiertes technisches Angebot (Test), das auch noch anonym ist. Damit eröffnet sich sowohl die Möglichkeit, die Kontrolle zu behalten, als sich auch nicht zu sehr zeigen zu müssen. Die Anonymität spielt dabei nicht nur die Rolle, daß der Test letztlich im eigenen sozialen Netz geheim bleibt, sie schützt auch vor den Beratern, die zwar zumeist intime Details erfahren, ansonsten aber nicht einmal den Namen kennen. Dies ist ein deutlicher Unterschied zum Arztbesuch.

Ein zweiter Aspekt, der für Männer hilfreich sein mag, ist die Art, wie im Zusammenhang mit dem HIV-Test Sexualität thematisiert wird. Es geht nicht um Potenzschwierigkeiten, sondern eher um „ungezügelter“

Potenz. Es geht also nicht um sexuelles, sondern um moralisches Versagen. Letzteres mag für einen Mann schlimm genug sein, wie der nächste Punkt zeigt, aber es rührt nicht am Selbstverständnis als Mann. Im Gegenteil – die Notwendigkeit eines HIV-Tests ist für manchen Mann eher eine Bestätigung.

Die Frage der Moral spielt für Männer jedoch eine ebenso große Rolle – wenn auch unter anderen Gesichtspunkten. So ist der Gedanke, für verwerfliches Tun bestraft zu werden, für viele Menschen unserer Gesellschaft wichtig. Frauen wie Männer leiden nicht nur unter dem Gedanken, sich falsch verhalten zu haben, sie rechnen auch mit unmittelbaren Folgen. Dabei geht es – wie unsere Beratungsgespräche zeigen – nicht nur um Fremdgehen, also um die reale oder vermeintliche Schädigung eines anderen, sondern auch um Verhaltensweisen, „die man eigentlich nicht tut“. Hierzu zählen im sexuellen Bereich beispielsweise One-Night-Stands und Prostituiertenbesuche. Die Erwartung von schlimmen Folgen läßt sich sowohl psychologisch deuten (im Sinne strafender Eltern) als auch theologisch (Strafe Gottes). Ob es hier signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt, läßt sich mit unseren Daten nicht beurteilen. In jedem Fall gibt es zahlreiche Männer, die aus diesem Grund die Beratungsstelle aufsuchen.

Dies trifft auch für einen letzten wesentlichen Aspekt zu: Der Wille, andere zu schützen. Sehr häufig wird die Testabsicht mit den Worten untermauert: „Für mich ist es eigentlich egal, ob ich infiziert bin, aber ich möchte niemanden anderen anstecken.“ Hier mag die Verdrängung eigener Ängste im Spiel sein und der Fortlauf der Beratung sollte auch das eigene Bedrohsein thematisieren. Die Tatsache jedoch, daß diese Begründung häufig genannt wird, ist gerade bei Männern ein deutliches Zeichen für die eingangs dargestellte Außenorientierung. Es ist einfacher, sich um die Bedürfnisse und Bedrohungen anderer zu kümmern als um die eigenen.

Es finden sich also mehrere Aspekte, die das Aufsuchen der AIDS-Beratungsstelle durch Männer begünstigen. Fassen wir sie zusammen, erhärten sich die Aussagen des Anfangs, insbesondere die Außenorientierung und die Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität. Als besonders positiv wirkt sich das klare und eingegrenzte Angebot aus, das auch in seiner Anonymität den Männern eine gewisse Kontrolle beläßt. Hinzu kommt, daß sich Männer nicht als minderwertig empfinden müssen, wenn sie einen HIV-Test wünschen.

B. Männer und Beratung

Friederike Beier

In unserer Beratungsstelle arbeiteten in den über zehn Jahren, die die AIDS-Beratung im Gesundheitsamt Dresden existierte, zwei Männer und ich als ältere Frau. Es war im Grunde gleich, mit wem die ratsuchenden Männer (und Frauen) sprachen – sie waren trotz manchmal anzutreffender anfänglicher Ablehnung überwiegend froh über die sich bietende Gesprächsmöglichkeit. Männer hatten auch in den seltensten Fällen

Schwierigkeiten, mir als Frau, die je nach deren Alter ihre Partnerin oder ihre Mutter hätte sein können, ihre Unaussprechlichkeiten zu offenbaren.

Beratung als ein fürsorgliches Angebot

In unserer Gesellschaft wird fast jedem Menschen für fast jede Situation von seiner Geburt bis zu seinem Tode von öffentlichen oder privaten Diensten Beratung angeboten. Die flächendeckende Etablierung von Beratungsstellen ist als ein Ergebnis des großen Bedürfnisses des Menschen nach Bemutterung in unserer Gesellschaft zu sehen, in der auf Grund der unzähligen Eindrücke, Angebote und des Verlustes alter Orientierungen (wie Religion, Familienstrukturen, Staatsgefüge) Orientierungs- und Ratlosigkeit herrscht [16]. Traditionelle Räume, in denen Platz und Zeit gegeben war, Wunden zu heilen, sich von Fehlschlägen zu erholen und erlittenes Unheil zu verarbeiten, sind verloren gegangen. Mütter, die in der Vergangenheit im familiären Kontext zumeist diese Räume boten, sind sich oft selbst überlassen und überfordert durch die Verlagerung unserer Lebenskultur vom Heim zur Arbeitswelt. Weil Menschen diesen Raum aber zur Heilung, Reflexion, Diskussion und Integration des Geschehenen brauchen, wurde diese klassische Form der „Bemutterung“ von Beratungsstellen und Psychotherapien übernommen. Eine Gesellschaft wie unsere, die den Individualismus produziert, muß immer mehr für professionalisierte Fürsorge sorgen.

So kommt zum frühkindlich erlebten individuellen Mangel ein gesellschaftlich bedingter hinzu. Aber gerade letzterer kann Männern zur Hilfe werden. Über spezifische Angebote, wie zum Beispiel in unserer Beratungsstelle, können sie bisher kaum erlebte Zuwendung bei der Bewältigung von Konflikten der eigenen Bedürfnisbefriedigung erfahren – die Professionalität der Berater vorausgesetzt. Wie groß der Mangel an verständnisvoller Zuwendung und die dabei entstandene Not ist, zeigt sich oft bereits bei den Gesprächen, wenn Verständnis für das Verhalten der Männer gezeigt wird. Nur das allein vermag mitunter bei ihnen Gefühlsäußerungen auszulösen, die tief berühren. Manchmal folgt danach spontan der Wunsch des Ratsuchenden, seine Anonymität aufgeben zu wollen, nur, weil er sich erkannt und angenommen erlebt hat.

Der Beratungsbedarf ist meist mehrschichtig. Die in Konfliktsituationen vorliegende eingeengte Sichtweise verstellt oft den Blick auf Ressourcen und den Ursprung von Problemen. Hinter einem vordergründig vorgetragenen Wunsch verbergen sich oftmals tiefer reichende – meist unbewusste – Bedürfnisse und Konflikte. Zur Beratung führende Fragen, der Wunsch nach einem Test oder auch schwerwiegende soziale Probleme können ein äußerer Ausdruck verborgener Beziehungsstörungen und intrapsychischer Beziehungskonflikte sein.

Schon das Herausfinden des eigentlichen Anlasses kann Erleichterung bringen. Manchen genügen Sachinformationen zu HIV und AIDS, andere haben ihrem Bedürfnis mit der Testdurchführung Genüge getan. Fast immer aber geht es um Gefährdung bei der „schönsten Sache der Welt“, der Sexualität. Gespräche über Tabuthemen wie Lust, Unvermögen, Treue, Verrat, Sterben, Lebenskonzepte und ähnliches bieten sich an. Das

Gespräch vor dem Test, die eventuell nachfolgende Blutentnahme und die Befundmitteilung nach acht Tagen mit einer – falls erforderlich – eingehenden Beratung, in der sich öfter die in der Zeit des Wartens und Nachdenkens angestauten Gefühle schlagartig Bahn brechen, haben mitunter ein Ausmaß, das Prozessen in einer Psychotherapie gleichen kann. Selbsterfahrung der Berater ist erforderlich, um diesen Gefühlen Raum zu lassen, der Integration Platz zu geben und nicht wegzuwischen.

Besonders in Beratungsstellen, die von Menschen aufgesucht werden, die sich in existentieller Bedrohung befinden oder wähen, ist es notwendig, daß die Not der Ratsuchenden mehrschichtig gesehen werden kann und kompetente Verarbeitung des Angebotenen erfolgt. Dazu gehört neben der notwendigen fachlichen Information ebenso das Erfassen psychischer Aspekte. Bei krankheitswertiger psychischer Konflikthaftigkeit sollten Überweisungen zu einer Psychotherapie oder andere notwendige Schritte folgen, ohne unnötig lange aus Verlegenheit einfach nur irgendwie zu handeln. Berater müssen dazu außer über Sachkenntnis auch über das Wissen um Nähe und Distanz in der Beratungsbeziehung verfügen und eine fundierte Gesprächsführung beherrschen. Der Anteil ausführlicher Beratungen (persönlich und telefonisch) mit psychischer behandlungsbedürftiger Konflikthaftigkeit bewegt sich bei uns jährlich zwischen 11 und 17 %, etwa die Hälfte davon sind Männer.

Psychodynamische Beratung

Wir arbeiten in unserer Einrichtung mit der Methode der psychodynamischen Gesprächsführung, die – von der psychodynamischen Einzeltherapie herkommend [17] – auf Beraterbedingungen von mir gemeinsam mit erfahrenen Kollegen weiterentwickelt wurde. Die Methode ist flexibel anwendbar und wird sowohl der alltäglichen Beratung als auch komplizierteren Situationen gerecht. Ihre Grundlage ist die Problemerkennung mittels Übertragung und Gegenübertragung, wobei das Augenmerk auf dem Erleben des Beraters im Kontakt mit dem Klienten liegt. Erforderlich dafür ist die Wahrnehmung eigener Gefühle. Wir erachten das für notwendig, weil viele Probleme eher atmosphärisch erlebbar sind, als sie verbal mitgeteilt werden können.

Die wesentlichen Aufgaben der psychodynamischen Gesprächsführung sind die empathische Annahme, das Erkennen vorhandener Mehrschichtigkeiten, die Differenzierung möglicher Wurzeln, das Fokussieren des Wesentlichen und der kompetente Umgang mit dem fokussierten Anliegen. Die Methode macht es möglich, die Beratung durch Gesprächsstrukturierung effektiver zu gestalten und dadurch Sicherheit zu vermitteln, einen eventuellen psychogenetischen Anteil der vorgetragenen Problematik zu erkennen, die eigenen Grenzen wahrzunehmen und einen angemessenen Umgang mit ihnen zu entwickeln.

Letztlich kann sie durch das Erlernen eigener Fähigkeiten in der Abgrenzung das „Ausbrennen“ des Beraters verhindern und mehr Spaß an der Arbeit ermöglichen. Diese Kriterien sind bei uns die Grundlage jedes Beratungsgesprächs, mit unterschiedlichen Gewichtungen in Abhängigkeit von der jeweiligen Beratungssituation. Inhaltlich kann der Übergang von einer Beratung

zu einer Therapie fließend sein. Psychotherapeutisches Grundwissen ist ebenso wie Selbsterfahrung nach unserer Ansicht auch für Berater dringend erforderlich, die keinen medizinischen oder psychologischen Beruf ausüben.

Ebenso wichtig sind Einsichten in die Dynamik von Beziehungen – sowohl der persönlichen Beziehungsgestaltung, als auch der der Klienten und mit den Kollegen des Teams. Das in der AIDS-Beratungsstelle vorherrschende Sachthema „Sexualität“ thematisiert dabei in besonderer Weise Partnerbeziehungen. Dabei war es ein großer Vorteil, daß in unserer Beratungsstelle nicht, wie allgemein üblich, nur Frauen als Beraterinnen zur Verfügung standen, sondern auch zwei Männer. Eine grundlegende Erfahrung daraus ist die Erkenntnis, daß unsere Arbeit so gut, so verständlich und so angemessen ist, wie wir selbst Beziehungen als Kollegen, als Männer und als Frau, miteinander zu gestalten vermochten.

Die Aufmerksamkeit für die Mehrschichtigkeit der Beratungsanliegen ist in der vorher beschriebenen gesellschaftlichen Situation allgemeiner Orientierungslosigkeit eine große Chance, über konfliktbehaftete Sachthemen seelischen Befindlichkeiten Raum zu geben. Besonders Männer haben es allgemein nicht leicht, das Untergründige, das sie gleichwohl bewegt, zur Sprache zu bringen. Gelingt es den Beratern, diese Ebenen angemessen anzusprechen, wird dies häufig mit Erleichterung quittiert. Hilfreiche Hinweise sind im Zusammenhang mit dem HIV-Test beispielsweise: Mir fällt auf,

- daß ich Ihre AIDS-Angst und die tatsächlich geschilderte Gefährdung nicht ins Verhältnis bringen kann.
- daß Sie trotz hohem Infektionsrisiko auffallend sorglos sind.
- daß seltene sexuelle Kontakte mit anschließenden auffällig großen Ängsten korrelieren.
- daß durch Ihre Selbstverurteilung das Verhalten der Partnerin in der Beziehung in keiner Weise reflektiert wird.
- daß zwar Angst vor der Ansteckung der Partnerin oder anderer Familienangehöriger, aber keine Angst um Ihr eigenes Leben besteht.

Ich habe es mir zur Pflicht gemacht, solche Wahrnehmungen mit dem nötigen Respekt mitzuteilen. Daraus ergeben sich immer wieder intensive und bewegendere Beratungsgespräche.

Es gibt manchmal auch die Situation, daß der Klient die tiefergehenden Gesprächsangebote nicht akzeptiert und annimmt. Auch dann ist es möglich, auf psychotherapeutische Hilfe hinzuweisen. Ich füge immer hinzu, daß die Betroffenen gern diese Mitteilungen vergessen oder sich hinter den Spiegel stecken können. Aber wenn sie ihnen nicht aus dem Kopfe geht, könnten sie sich bei mir oder anderen Therapeuten melden. Tatsächlich kamen Männer – manchmal nach Jahren – weil sie diese Sätze nicht vergessen hatten und baten um weitere Gespräche oder eine Therapie, um an eigene Gefühle und Wahrnehmungen zu kommen oder um in ihrer Partnerschaft zufriedener und glückvoller leben zu können.

Fazit

Wesentlich für die Inanspruchnahme unserer Beratungsstelle scheint für Männer zu sein, daß sie nicht mit weit gefaßten, allgemeinen Angeboten angesprochen werden. Vielmehr werden sie in ihrer Situation, die in ihrer Geschlechtsspezifität vor allem kulturell geprägt ist, angesprochen. Appelle, die Männer in ihrem Verhalten eher entwerten – wie es in der Diskussion um Männergesundheit oft anzutreffen ist [18] – führen zu keinem Erfolg. Andererseits sind die dargestellten Defizite ernst zu nehmen. Es kann nicht darum gehen, die Not von Männern zu ignorieren. Diese besteht in erster Linie darin, daß sie die eigenen Bedürfnisse und Empfindungen zu wenig beachten und sich Orientierung in Außenanforderungen suchen. Das manchmal auftretende Aufbrechen eigener Bedürfnisse und Empfindungen, wie es sich beispielsweise in riskantem Sex äußern kann, läßt sich nach unseren Beratungserfahrungen eher als ein Beleg für die Mißachtung eigener Gefühle verstehen. Es gilt also, die vergleichsweise günstige Situation, die sich in der AIDS-Beratung zeigt, für tiefergehende Beratung zu nutzen. Sofern der Boden gut vorbereitet ist und Männer nicht mit Moralappellen abgeschreckt werden, ist es möglich, in einer tieferen Weise die Probleme und die Not des jeweiligen Mannes aufzudecken.

Literatur:

1. Bspw.: Ehe-, Familien- und Lebensberatung der evangelischen Dekanate im Wetteraukreis (2002): Jahresbericht 2002. Unter: www.psychologischeberatungsstelle.de/friedbgbjabe2002.htm – und öfter.
2. Nestmann F, Schmerk Ch. Frauen, das hilfreiche Geschlecht. Dienst am Nächsten oder soziales Expertentum? Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1991.
3. Klotz T. Der frühe Tod des starken Geschlechts. Unterschiede im Gesundheit- und Krankheitszustand von Männern und Frauen. Cuvilier, Göttingen, 1998; 93.
4. Bspw.: Landeshauptstadt Dresden. WHO-Projekt „Gesunde Städte“. Stadt-Gesundheitsprofil 2000. Eigenverlag Dresden, 2000.
5. Stiehler M. Geschlechtsspezifische Gesundheitsziele: Die Not der Männer. ProSozial. Schriftenreihe für Hochschule und soziale Praxis 2001; 2: 45–8.
6. Laing RD. Das Selbst und die Anderen. dtv, München, 1989; 85.
7. Jung CG. Bewußtes und Unbewußtes. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt am Main, 1957; 29f.
8. Hurrelmann K. Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. 5. überarbeitete Auflage. Beltz, Weinheim, 1995; 15.
9. Chodorow N. Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Mütter. 4. Auflage. Verlag Frauenoffensive, München, 1994.
10. vgl. Miller A. Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema. Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1983; 355.
11. Maaz H-J. Der Lilith-Komplex und die Gesundheit des Mannes. Blickpunkt Der Mann 2003; 1 (4): 11–4.
12. Böhnisch L, Winter R. Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. 2. korr. Auflage. Juventa, Weinheim, 1994; 129ff.
13. Schmeiser-Rieder A, Kunze M. Wiener Männergesundheitsbericht. Eigenverlag, Wien, 1999; 158.
14. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der repräsentativen Befragung 2003. Eigenverlag, Köln, 2003; 14.
15. Bspw.: Vogt I. Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus, Laaser, Ulrich (Hrsg.). Handbuch der Gesundheitswissenschaften (Neuausgabe). Juventa, Weinheim, 1998; 135.
16. Beck U. Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1986.
17. Maaz H-J. Psychodynamische Einzeltherapie. Pabst Science Publisher, Lengerich, 1997.
18. Bspw. die Leserschrift von Frau Dr. med. Inge Zeller im Ärzteblatt 2003; 100 (17): 883.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)