

Das Verständnis der Symptome kann den Weg zu einem sinnvolleren Leben öffnen

Über die Bedeutung von psychischen Beschwerden

Ich habe einmal eine schwer depressive Frau gesehen, die mir sagte, sie sei depressiv, weil sie sich wegen vier beschämender Dinge in ihrem Leben schuldig fühle:

1. dass sie heiraten musste. Sie erzählte dies ihrer Mutter nach 7 Monaten Schwangerschaft. Ihre Mutter hatte zuvor gesagt: „Wenn mein Kind mir sagen würde, dass es vor der Heirat schwanger ist, würde ich vor Scham sterben.“
2. dass sie geschieden ist
3. dass sie abgetrieben hat
4. und dass sie jetzt unverheiratet mit einem Mann zusammenlebt.

Ihrer Meinung nach waren diese 4 beschämenden Dinge der Grund für ihre Beschwerden und machten es ihr schwer, einen Sinn im Leben zu finden.

Mir fiel auf, dass sie die inzestuöse Beziehung zu ihrem Vater nicht als mögliche Ursache für ihre Probleme erwähnte. Sie erwähnte auch nicht den Alkoholismus und die Untreue ihres Mannes.

Die Menschen sind darauf programmiert, Vermutungen anzustellen und nach Ursachen zu suchen, um irgendwie die Kontrolle über ihr Leben zu erlangen. Diese Ursachen können sich von der Art und Weise unterscheiden, wie Therapeuten ihre Probleme bewerten. Die obige Geschichte ist ein Beispiel.

Wie gehen wir im Gesundheitswesen damit um?

Die Psychiatrie konzentriert sich hauptsächlich auf die Frage: WARUM hat DIESER Patient in diesem Moment DIESE Beschwerden? Bei der Psychotherapie versucht der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten, die Hintergründe der Symptome zu ergründen. Ein Patient ist zum Beispiel depressiv, weil er seinen Partner verloren hat, oder weil er sich von seinem Vater nie akzeptiert fühlte usw.

Aber es gibt noch eine andere mögliche Frage: Worin sieht der Patient das Ziel, den Sinn seiner Existenz? Oder, wie jemand sagte: Hat sein Leben ein Fenster an der Vorderseite, wie bei einem Auto.

Manchmal reicht die Warum-Frage für eine Heilung nicht aus.

Ein Beispiel: Diese Klientin war eine ältere Dame, eine ehemalige Tänzerin. Sie war schwer depressiv und verweigerte Medikamente und Essen. Sie wurde in die Krankenstation des psychiatrischen Krankenhauses verlegt und lag im Bett. Ihr Ehemann hatte genug davon und fühlte sich machtlos. Wir als Pflegekräfte wussten nicht so recht, was wir als nächstes tun sollten.

Die Frau sprach nicht, schien aber aufmerksam zu sein, was um sie herum geschah. Zusammen mit ihrem Ehemann und ihren beiden jungen erwachsenen Kindern saßen wir um ihr Bett herum. Ich stellte ihnen alle möglichen Hypothesen vor, warum sie nicht sprach: „Vielleicht hat sie das Gefühl, dass es nicht mehr wichtig ist, was sie sagt“, „vielleicht sehnt sie sich nach ihrer früheren Existenz als gefeierte Tänzerin“, „vielleicht fühlt sie sich allmählich unsichtbar für andere“, kurz, Fragen, die sich auf ihr zukünftiges Leben und dessen Sinn auswirkten. Die Dame hörte diesem Gespräch zu, das war sichtbar. Nach ein oder zwei solchen Gesprächen begann sie plötzlich, ihre Medikamente zu nehmen und ihre Mahlzeiten zu essen. Ihre Depressionen verschwanden vollständig und sie konnte in gutem Zustand nach Hause gehen.

Wurden ihre Beschwerden in diesen Sitzungen ernst genommen? Hatte sie das Gefühl, dass die Familie ihr mehr Aufmerksamkeit schenkte? Hat sich etwas an der Interaktion in der Familie geändert? Hat ihr Leben wieder einen Sinn bekommen? Alles Hypothesen, aber wie auch immer: es schien, als könne sie wieder durch das Fenster vorne sehen.

Ein anderer Fall - ein psychotischer Junge

Während seiner Psychose hatte dieser Junge große Angst und sah furchterregende Szenen mit Schlangen vor sich. Er wurde mit Medikamenten behandelt. Danach blickten wir gemeinsam mit ihm auf diese Zeit zurück, um zu verstehen, was diese ängstlichen Gedanken für ihn bedeutet haben könnten. Das half ihm, sich mehr mit dieser Zeit seines Lebens zu verbinden, anstatt sie zu vergessen, nach dem Motto: „Damals war ich verrückt“. Diese Zeit in seinem Leben bekam dann einen gewissen Sinn und Zweck.

Wenn Menschen ihre Beschwerden als etwas betrachten können, das zu ihnen gehört, das sie nicht einfach nur so schnell wie möglich vergessen wollen, sondern das ihnen Hinweise bietet, die für ihr Wohlbefinden von Bedeutung sind, dann schafft dies manchmal eine Öffnung für Veränderungen. Vielleicht eröffnen sich alternative Möglichkeiten im Leben, die ihnen mehr Kontrolle geben. Wenn eine Veränderung nicht möglich ist, kann es für die Betroffenen von Vorteil sein, ihre Situation zu akzeptieren.

Letzteres konnten wir bei Frauen beobachten, die in der Vergangenheit schwer traumatisiert worden waren. Die Beschwerden wurden durch ein tieferes Verständnis der Hintergründe erträglicher, auch wenn die Symptome nicht abnahmen oder verschwanden.

Viele Menschen haben das Bedürfnis, dem Leben eine vertikale Dimension zu geben, manchmal in einem spirituellen oder eher religiösen Sinne. Dies kann eine neue Perspektive für ein sinnvolles Leben eröffnen, ein Leben mit Zielen, die Zufriedenheit und Selbstachtung schaffen.

Welche Rolle spielen wir als Fachleute in diesem Prozess?

Wie beeinflussen wir bewusst oder vielleicht unbewusst die Art und Weise, wie unsere Klienten ihre Symptome verstehen?

Einige Hintergrundinformationen:

Die Bedeutung, die Fachleute den Symptomen beimessen, hat sich im letzten Jahrhundert verändert. Es ist noch nicht lange her, dass wir als Fachleute Hysterie als eine Persönlichkeitsstörung diagnostizierten, die mit einer „schwebenden Gebärmutter“ in Verbindung gebracht wurde, oder

dass wir Beschwerden auf ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen Körpersäften zurückführten: schwarze Galle, rotes Blut usw.

Erst mit Freud und der Psychoanalyse haben wir uns mit einer möglichen intrapsychischen Bedeutung der Beschwerden befasst. Dies führte zu neuen Erkenntnissen. Die Vergangenheit spielte möglicherweise eine Rolle bei den aktuellen Beschwerden, und der Patient wurde aufgefordert, seine eigene Erfahrungswelt zu befragen.

Nicht lange danach begann die Systemtheorie, dem Einfluss der (direkten) Umgebung des Klienten Aufmerksamkeit zu schenken. Wir begannen zu erkennen, dass eine kranke Person manchmal dazu beiträgt, dass ein Familiensystem intakt bleibt. Die kranke Person kann zum Mittelpunkt der Familie werden und die anderen, möglicherweise größeren Probleme und Differenzen werden beiseite geschoben.

Später wurde uns klar, dass Normen und Werte in unserer multikulturellen Gesellschaft eine Rolle bei der Bedeutung von Symptomen und Beschwerden spielen können. Unsere persönlichen Normen und Werte können die Punkte beeinflussen, die in der Behandlung angesprochen werden. Sind wir uns unserer eigenen verinnerlichten Normen und Werte, Meinungen und Vorurteile ausreichend bewusst?

Ich möchte dies an einem Beispiel verdeutlichen.

Ein Beispiel für die Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Es gibt Literatur, die besagt, dass der „durchschnittliche“ Therapeut einen anderen Gesundheitsstandard für Männer und Frauen in Bezug auf Einstellung und Erwartungen verwendet. Die Therapeuten (sowohl Frauen als auch Männer) wurden gebeten, anhand einer Liste von Merkmalen anzugeben, welche Merkmale für einen gesunden Mann, welche für eine gesunde Frau und welche für einen gesunden Erwachsenen angemessen sind. Dabei zeigte sich, dass das Profil eines gesunden Mannes und eines gesunden Erwachsenen übereinstimmte, das Profil einer gesunden Frau jedoch anders aussah.

Eine gesunde Frau wurde als emotionaler, mehr auf ihr Äußeres bedacht, weniger objektiv, weniger unabhängig, weniger unternehmungslustig und leichter beeinflussbar angesehen. Eine gesunde Frau sei auch weniger wettbewerbsorientiert und habe eine geringere Vorliebe für Mathematik und Naturwissenschaften. Diese Einschätzung der Therapeuten spiegelt die stereotypen Bilder von Männern und Frauen und den Wert, der ihnen in der Gesellschaft zugeschrieben wird, wider.

Das bedeutet, dass eine Frau nicht als gesunde Erwachsene gilt, wenn sie dem erwarteten Rollenmuster einer gesunden Frau entspricht. Sie gilt aber auch nicht als gesunde Frau, wenn sie zu sehr dem entspricht, was von einer gesunden Erwachsenen erwartet wird. Anders formuliert: Es ist nicht möglich, dem erwarteten Rollenmuster einer gesunden Frau zu entsprechen und gleichzeitig das eines gesunden Erwachsenen zu erfüllen.

Im obigen Fall könnte das bedeuten, dass Frauen häufiger als ungesund diagnostiziert werden, weil eine Frau aus dieser Sicht entweder nicht reif oder nicht weiblich genug ist.

Unsere eigenen verinnerlichten Werte und Normen spielen also eine Rolle dabei, wie wir unsere Klienten sehen.

Aber sind diese verinnerlichten Werte und Normen überall und in verschiedenen Epochen gleich?

Kulturanthropologen haben einige Dinge über soziokulturelle Normen gesagt.

In vielen nicht-westlichen Kulturen ist das „Selbst“ nicht klar von der Umwelt abgegrenzt. Man spricht manchmal von einem „kollateralen Selbst“, einem „diffusen Selbst“ oder einem „nicht-individualisierten Selbst“. Aus westlicher Sicht, in der Individualisierung, Differenzierung, Autonomie

und Unabhängigkeit positiv bewertet werden, wird dies als ein unreifes Selbst betrachtet. In diesen anderen Kulturen hingegen wird eine Person, die zu autonom agiert, als abweichend angesehen. Wenn Menschen sich in verschiedenen Kulturen unterschiedlich definieren, gibt es auch große kulturelle Unterschiede in der Prävalenz psychischer Erkrankungen.

In anthropologischen Beschreibungen werden so genannte „kulturgebundene Syndrome“ beschrieben. Die Beschwerden und Symptome einer Person sind ausdrücklich mit der Kultur verbunden, in der sie auftreten. Jemand, der an einem kulturgebundenen Syndrom leidet, nimmt in der Regel eine Randposition in der betreffenden Gesellschaft ein. Während der „Krankheitsepisode“ zeigt die „kranke“ Person Verhaltensweisen oder Symptome, die eine direkte Umkehrung oder Übertreibung des Verhaltens darstellen, das normalerweise von einer Person in ihrer Position in dieser Kultur erwartet wird.

Die „Besessenheit“ tritt beispielsweise vor allem bei Frauen in nordafrikanischen Gesellschaften auf. Es handelt sich dabei um einen Geisteszustand mit extremen Wutanfällen und Schreien, der häufig als legitimer Weg für Frauen interpretiert wird, ihre Frustrationen, Ängste, Forderungen und Kritik in männerdominierten Gesellschaften auszudrücken.

Wird ein und derselbe Geisteszustand nicht in verschiedenen Kulturen unterschiedlich bewertet? Ist ein internationaler Standard für „normal“ möglich?

Kulturanthropologen beschreiben auch kulturgebundene Syndrome in der westlichen Kultur.

Diese kommen vor allem bei Frauen vor. So gilt beispielsweise die „multiple Persönlichkeit“ eher als kulturgebundenes Syndrom denn als universelle Geisteskrankheit. Wie geistige Besessenheit ist sie in die Umstände von Zeit, Ort und Kultur eingebettet. Dies gilt auch für Hysterie und Konversion, die im 19. Jahrhundert besonders häufig bei Frauen auftraten, sowie für Agoraphobie, Bulimie, Anorexia nervosa, Depression und Drogenmissbrauch, wie sie bei Frauen im 21. Jahrhundert auftreten.

Nach dieser Theorie nehmen Frauen in der Gesellschaft eine eher marginale Stellung ein, und ihre Krankheit stellt daher eine Umkehrung oder Übertreibung des von ihnen erwarteten Verhaltens dar. Die Frau erhält zwar Aufmerksamkeit (Medizin, Psychiatrie), aber strukturell ändert sich nichts. Eine Form des legitimen Widerstands vielleicht?

Die kulturgebundenen Syndrome, die Kulturanthropologen in der westlichen Kultur beschreiben, treten vor allem bei Frauen auf. Sie sagen, dass Frauen und Nichteuropäer in einem ähnlichen Verhältnis zu den herrschenden Normen der westlichen Kultur stehen.

Kulturanthropologen stellen daher die Frage nach der internationalen Anwendbarkeit des DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Wie alle Klassifizierungssysteme ist das DSM ein Konzept, das an Zeit und Ort gebunden ist.

Marcie Kaplan argumentiert in einem Artikel mit dem Titel „A woman's view of DSM“, dass im DSM implizite Normen über menschliches, männliches und weibliches Verhalten vorhanden sind.

Sie zeigt, dass sich in den Kriterien für die histrionische, die Borderline- und die abhängige Persönlichkeitsstörung mehrere Kriterien mit dem überschneiden, was sich in Brovermans Studie als Merkmale für eine „normale Frau“ herauskristallisiert hat: abhängig, emotional, auf das Äußere bedacht, beeinflussbar. Sie beschreibt eine „unabhängige Persönlichkeitsstörung“, die, wenn sie im DSM vorhanden wäre, häufiger bei Männern auftreten würde. Dies ist im DSM nicht der Fall. Dies könnte zu einer Überdiagnose bei Frauen führen.

Wenn wir mit unseren Klienten auf der Suche nach dem Sinn ihrer Beschwerden und Symptome zusammenarbeiten, spielen unsere eigenen verinnerlichten Vorstellungen über männliche/weibliche Unterschiede und Rollen eine Rolle. Das Gleiche gilt für kulturelle Unterschiede in unserer multikulturellen Gesellschaft. Wir haben es mit der Brille zu tun, die wir tragen.

Es ist wichtig, dass wir uns über unsere eigenen impliziten Vorstellungen im Klaren sind. Im Kontakt mit unseren Klienten ist es ein Unterschied, ob wir sie (vielleicht unbewusst) dazu anregen, sich bestimmten Rollenmustern anzupassen, oder ob wir ihnen helfen, andere Alternativen zu erkunden.

Ich möchte hier als Beispiel die traditionellen weiblichen Werte erläutern

Die Literatur bringt die traditionellen weiblichen Werte in der westlichen Gesellschaft zum Ausdruck. Ihre Opfer und Vorteile werden herausgearbeitet.

1. Abhängigkeit

Vertrauen in einen Mann, der für Unterhalt und Status sorgt.

Vorteile für Frauen: wirtschaftliche Sicherheit, weniger Leistungsdruck.

Folgen für Frauen: Unterordnung unter den Mann, weniger Autonomie als der Mann.

Der Vorteil, sich auf einen Mann zu verlassen, liegt auf der Hand: Es bietet Sicherheit, aber die Abhängigkeit von einem Mann bedeutet möglicherweise, dass eine Frau weniger Fähigkeiten entwickelt, um im Leben zu bestehen. Als alleinstehende Frau ist es wichtig, dass sie diese Fähigkeiten besitzt. Der traditionell weibliche Wert kostet sie also mehr, als er ihr bringt.

2. Ein weiterer traditionell weiblicher Wert ist: für und durch andere leben (z. B. Ehemann und Kinder), für sie sorgen.

Vorteile für Frauen: Emotionale Sicherheit, Sinn und Zweck des Lebens, Entwicklung positiver weiblicher Aktivitäten wie Wärme, Mitgefühl, Fürsorgefunktion usw.

Folgen für Frauen: Verlust der persönlichen Identität, emotionale Abhängigkeit, Depression und Hilflosigkeit, wenn es niemanden mehr gibt, für den sie sorgen können.

Die Bilanz kann für die Frau negativ ausfallen, d. h. sie kostet mehr, als sie ihr nützt.

3. Ein weiterer traditionell weiblicher Wert ist: Tabuisierung von Durchsetzungsvermögen, Aggressivität und Machtstreben.

Vorteile für Frauen: Sie werden von Männern umsorgt und geschützt, sie werden von der Angst vor Inkompetenz und Risikobereitschaft verschont.

Folgen für Frauen: Gefühle der Ohnmacht, Abhängigkeit von der Ehrlichkeit anderer.

4. Betonung der körperlichen Attraktivität und der erotischen Qualitäten

Vorteile für Frauen: Versteckte persönliche Macht über Männer

Folgen für Frauen: Krise beim Altern, eingeschränkte persönliche Entwicklung, Minderwertigkeitsgefühle aufgrund unrealistischer stereotyper Normen für Schönheit und Sexualität.

Bei Frauen ist das Selbstwertgefühl stark mit dem Aussehen verbunden

Auch die traditionellen Werte für Männer können auf diese Weise mit Vor- und Nachteilen ausgearbeitet werden.

Ein Beispiel für einen traditionellen Wert für Männer ist „Ich darf mich nicht von Emotionen mitreißen lassen, ich stehe darüber. Wenn mich Gefühle berühren, verstecke ich sie. Ich zeige keine Gefühle der Traurigkeit, bin aber frei, Wut zu zeigen“.

Traditionelle Werte für beide Geschlechter sind im Wandel begriffen. Sie können auch alternative Werte mit Vor- und Nachteilen ausarbeiten. In der Anlage finden Sie Diagramme zu den traditionellen Werten für Männer und zu den sich verändernden Werten für Frauen.

Im Hinblick auf die Unterschiede zwischen Männern und Frauen kann es für die Klienten hilfreich sein, im Rahmen ihrer Behandlung an einer geschlechtshomogenen Gruppe, einer Männer- oder Frauengruppe, teilzunehmen.

Ein Beispiel aus meiner eigenen Erfahrung: eine Frauengruppe.

Eine Frauengruppe:

Auf einer Aufnahmestation arbeiteten wir mit einer Frauengruppe, die sich einmal pro Woche traf. Daran nahmen Frauen teil, die nicht mehr akut psychotisch oder so depressiv waren, dass sie sich komplett verschlossen hatten. Jedes Treffen hatte ein Thema. Die Themen, die diskutiert wurden, waren traditionelle weibliche Werte, wie oben beschrieben.

Die Frauen erkannten viel ineinander, und es wurde eine lebendige Gruppe. Frauen, die in anderen Situationen oft schwiegen, verschafften sich Gehör. Sie erkannten insbesondere, dass sie negative Gedanken über sich selbst haben, nicht durchsetzungsfähig sind und keinen Einfluss auf ihre Beschwerden haben. Zusammengefasst als das Erleben, wertlos, hilflos und machtlos zu sein.

Während der Treffen entwickelte sich schnell ein gewisser Gruppenzusammenhalt. Die Frauen fühlten sich weniger allein und nahmen auch außerhalb der Gruppe Kontakt zueinander auf.

Aufgrund des entstandenen Vertrauens wurden Themen, die mit Intimität zu tun hatten, besprochen. Dies wird auch in der Literatur erwähnt. Ein Mitglied sagte: „Ich fühle mich weniger gehemmt als in einer Gruppe mit Männern“ und eine andere: „In dieser Gruppe fühle ich mich sicher, über meine guten und schlechten Eigenschaften zu sprechen.“

Nach dem Erkennen der gemeinsamen Probleme wurde häufig die Beziehung dieser Probleme zu den gesellschaftlichen Erwartungen entdeckt: „Ich war überrascht, dass wir so viel Ähnlichkeit in unseren Vorstellungen vom idealen Bild einer Frau zeigten“. „Früher habe ich all diese Erwartungen als normal angesehen, aber jetzt nicht mehr“.

Wir kamen zu dem Schluss, dass dieser Ansatz Frauen dazu befähigen kann, ihr wahres Selbst anzunehmen und zu verstehen, und die Entwicklung ihrer Kenntnisse und Talente jenseits der traditionellen Geschlechterrollen ermöglicht. Er hilft Frauen, die gemeinsamen Herausforderungen zu erkennen, denen sie sich mit anderen stellen müssen und die in soziokulturellen Werten und Normen verwurzelt sind, und fördert so ein größeres Bewusstsein und Solidarität.

Frauen können lernen, ihre soziale Isolation zu durchbrechen und solidarisch an der Veränderung ihrer Einstellung zu sich selbst und zu anderen zu arbeiten. In gemischten Gruppen wird die Intimität zwischen Frauen manchmal durch die gegenseitige Rivalität im Umgang mit Männern und durch die geringe Meinung, die sie von sich selbst und anderen Frauen haben, eingeschränkt.

Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass Frauen ihre Aufmerksamkeit schneller von den anfänglichen Beschwerden auf mögliche zugrunde liegende Probleme lenken können, um letztlich einen Sinn zu finden. Die Sicherheit in der Gruppe, das Gefühl, nicht allein zu sein, und die Erkenntnis, dass „nicht alles meine Schuld ist“, können bei diesem Prozess eine Rolle spielen. Indem Sie die Gemeinsamkeiten in den Problemen der Frauen als ersten Punkt der Aufmerksamkeit wählen und diese weiter erforschen, bieten Sie den Frauen ein Modell, mit dem sie zumindest einen Teil ihrer Schwierigkeiten angehen können. Für die Frauen, die dazu neigen, die Position „Ich bin an allem schuld“ zu wählen, kann dieser Ansatz eine positive Wirkung haben.

Fazit

Die Suche nach dem Sinn bestimmter Beschwerden kann für einen Klienten sehr fruchtbar sein. Beschwerden oder Symptome werden in der Regel als etwas erlebt, das man loswerden muss. Wenn ein Klient seine Symptome als etwas begreifen kann, das zu seiner Identität gehört, kann dies eine Öffnung für ein besseres Verständnis des Warum, der Ursache des Leidens schaffen. Es kann sogar zu einer sinnvolleren Existenz führen.

Wir als Therapeuten sind geschickt darin, gemeinsam mit unseren Klienten nach der Ursache ihrer Beschwerden zu suchen, aber weniger geschickt darin, nach einer sinnvolleren Lebensweise zu suchen. Gleichzeitig haben viele Menschen das Bedürfnis, dem Leben eine vertikale Dimension zu geben. Manchmal in einem spirituellen oder eher religiösen Sinne. Manchmal eröffnet der spirituelle Bereich die Perspektive eines sinnvollen Lebens, mit Lebenszielen, die Zufriedenheit und Selbstachtung schaffen.

In diesem Prozess der Suche mit dem Klienten ist es möglich, dass wir bewusst oder unbewusst Einfluss darauf nehmen, wie unsere Klienten ihre Symptome verstehen. Insbesondere unsere eigenen verinnerlichten Normen und Werte können dabei eine Rolle spielen. Wir haben es mit der Brille zu tun, die wir tragen.

Normen und Werte sind nicht universell. Wir veranschaulichen dies, indem wir auf männliche/weibliche Vorstellungen und Normen achten. Es hat sich gezeigt, dass Therapeuten, Männer und Frauen, andere Normen für eine gesunde Frau haben als für einen gesunden Mann. Gleichzeitig beschreiben Kulturanthropologen unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Teilen der Welt sowie psychiatrische Syndrome in bestimmten Regionen der Welt. Sie nennen dies: kulturell gebundene Syndrome, die vor allem bei Frauen auftreten.

Traditionelle weibliche Werte in der westlichen Gesellschaft und ihre Auswirkungen auf Frauen werden zusammen mit der Art und Weise erörtert, wie dies als therapeutisches Instrument in einer Frauentherapiegruppe genutzt wurde.

Es wird aufgezeigt, wie wichtig es ist, diesen Normen und Werten Aufmerksamkeit zu schenken, da sie den Beschwerden einen Sinn geben und letztendlich eine Wahlmöglichkeit schaffen können.

Das Gleiche gilt für traditionelle männliche Werte, für die sich verändernden Normen und Werte in der modernen Gesellschaft und für kulturelle Unterschiede in unserer multikulturellen Gesellschaft. Indem wir auf verinnerlichte soziokulturelle Normen achten, wie z. B. männliche/weibliche Vorstellungen und Normen aus anderen Kulturen (und diese auch selbst kennen), helfen wir dem

Klienten, seinen Beschwerden einen Sinn zu geben, der zu Wahlmöglichkeiten führen kann. Es ist wichtig, sich über unsere eigenen impliziten Vorstellungen klar zu werden.

Im Kontakt mit unseren Klienten ist es ein Unterschied, ob wir sie (vielleicht unbewusst) dazu anregen, sich bestimmten Rollenmustern anzupassen, oder ob wir ihnen helfen, andere Alternativen zu erkunden.