

Frauengesundheitsforschung

Die Frauengesundheitsforschung¹ begreift Gesundheit als dynamischen Prozess, dem eine Vielzahl von Einflüssen unterliegt. Im Kern der Betrachtungen stehen unter anderem Belastungen, Benachteiligungen und Widersprüchlichkeiten weiblicher Lebenskonstruktionen, anders ausgedrückt: im Kern der Betrachtungen stehen reale Lebensbedingungen von Frauen. Explizit festgelegte und implizit wirkende Normen und Werte legen fest, innerhalb welcher Grenzen das Verhalten von Frauen als erwartbar und normal gilt. Bei Überschreitung dieser werden dafür bestimmte Institutionen eingesetzt, beispielsweise Psychiatrien, die oftmals auch eine Einschränkung der subjektiven Handlungsfähigkeit mit sich führen. Im historischen Vergleich ist im aktuellen Verständnis einzelner Lebensentwürfe von einer größeren Toleranz im Handlungsspektrum auszugehen, die in Verbindung mit einem Verschwinden von klaren Orientierungsmarken und traditionellen Gesellschaften steht. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass das Gefühl des Scheiterns nach innen verlagert wird. Wird der normative Anspruch der aktiven und erfolgreichen Passungsarbeit nicht erfüllt, wird dieses als individuelles Versagen erlebt und verarbeitet. Studien² untermauern diese signifikanten Untersuchungen anhand des Beispiels von arbeitslosen Frauen und Männern. Hierbei wurde das Gebiet der arbeitsbezogenen Teilidentität genauer betrachtet, der Zustand der Arbeitslosigkeit wird häufig als subjektiv verschuldetes Scheitern empfunden. Ein Scheitern in einzelnen Bereichen wird auf der Ebene des Identitätsgefühls als generelles Scheitern verarbeitet. In Prozessen der Selbstevaluation bewertet sich Frau so, wie sie es erfahren hat, von ihrer Umwelt bewertet zu werden. Hier wird oftmals in Frage gestellt, ob die gesellschaftliche und kulturelle Basis von dem Prinzip der Gleichwertigkeit der Geschlechter gekennzeichnet ist [Vgl.³].

Aktuelle Studien belegen, dass Frauen häufiger von psychosomatischen und psychischen Erkrankungen betroffen sind. Frauen sind doppelt so häufig von

¹ Womens'Health Research. Helfferich (1996) und Vogt (1998) führen an, dass „Frauengesundheitsforschung explizit auf die weibliche Bevölkerung ausgerichtet ist. Sie nimmt das Geschlechterverhältnis zum Bezugspunkt ihrer Forschungsschwerpunkte und hat ihren Ausgangspunkt in der Frage nach den zu beobachtenden Unterschieden in der Morbidität und Mortalität zwischen Frauen und Männern sowie nach den Faktoren, die diese Unterschiede bedingen bzw. beeinflussen“ [Bargfrede, A., Pauli, A., Hornberg, C. (2004). *Gesundheit: Zur gesundheitlichen Situation von Frauen*. In: Becker, R., Kortendiek, B. (2004). *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.]

² BMFSFJ 2003, Maschewsky-Schneider et al, 2001

³ Bargfrede, A., Pauli, A., Hornberg, C. (2004). *Gesundheit: Zur gesundheitlichen Situation von Frauen*. In: Becker, R., Kortendiek, B. (2004). *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

Besonderheiten der weiblichen Identitätsbildung.

Mai 2010

Michaela Zolles

psychiatrischen Diagnosen betroffen wie Männer und erhalten in Folge häufiger Psychopharmaka, Schmerz- und Schlafmittel [Vgl. Kuhlmann, E. (2002)]. Mögliche Folgeerscheinungen der Mehrfachbelastung von Frauen im Zuge der gewandelten sozialen Rahmenbedingungen und widersprüchlichen Lebensentwürfe [Vgl. Richter, A. (2002)] führen häufig zu Erschöpfungszuständen und Erkrankungen. Diese signifikanten Daten sind bekannt, dennoch wird großteils von zu therapierenden psychosomatischen Problemen der Frauen ausgegangen, ohne Veränderungen auf struktureller und psychosozialer Ebene herbeizuführen. In der Gesundheitsvorsorge, inklusive den Bereich der therapeutischen Interventionen, ist ein nahezu durchgängiger Gender-bias festzustellen, der als Folge Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen in ihren höchst unterschiedlichen und speziellen Lebenssituationen mit sich führt. Beispielsweise werden bei klinischen Studien häufig ausschließlich Männer als entsprechende Referenzpopulation herangezogen, Frauen sind dabei oft unterrepräsentiert oder ausgeschlossen. Aufgrund fehlender geschlechterdifferenzierter Datenerhebungen sind folglich Therapien und Medikamente häufig auf männliche Verhaltensweisen und männliche Körper ausgerichtet, diese kommen jedoch an der Gesamtpopulation - Männer und Frauen - zum Einsatz. Mögliche Folgeerscheinungen für Frauen auf Grund nicht adäquater Basisannahmen sind erst seit jüngster Zeit Gegenstand differenzierter gesundheitswissenschaftlicher Untersuchungen.

Das „Berliner Zentrum Public Health“⁴ setzt wissenschaftliche Forschungsschwerpunkte, die unter anderem in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung sowie Gesundheitssystemforschung angesiedelt sind. Margrit Eichler (2002)⁵ führt in ihrem übersetzten Handbuch aus, dass unterschiedliche Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern Auswirkungen auf Krankheitsverläufe haben oder zu spezifischen Krankheiten führen können. *„Forschungskonzepte, die diese Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialen Faktoren nicht ernst nehmen, neigen dazu, Geschlechterdifferenzen zu biologisieren. Mit Gendermainstreaming stellt sich die Frage, wie in der Forschung*

⁴ Das Berliner Zentrum Public Health ist eine universitätsübergreifende Arbeitsgruppe und gilt als Kompetenzzentrum für die gesundheitswissenschaftliche Forschung, Lehre und Praxis. Das BZPH befindet sich in Trägerschaft von Technischer Universität Berlin, Humboldt-Universität Berlin und Freier Universität Berlin.

<http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/klinische Psychotherapie> Wien am 10. Mai 2010

⁵ Deutsche Überarbeitung eines vom kanadischen Gesundheitsministerium erarbeiteten Handbuch („Moving Toward Equality: Improving the Health of Canada's People, Recognising and Eliminating Gender Bias in Health“, 1999). Eichler, M., Fuchs, J., Maschewsky-Schneider, U. (2002). *Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung*. Berlin: Berliner Zentrum für Public Health. Band 2002-04.

Besonderheiten der weiblichen Identitätsbildung.

Mai 2010

Michaela Zolles

und in der Praxis im Umgang mit Krankheit Gender als zentrale Analysekatgorie zur Geltung kommen kann“ [Vgl. ⁶].

Im Zuge der Erstellung des oben erwähnten Handbuches und der damit verbundenen Forschungen konnten drei Komponenten extrahiert werden, die im Bereich der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung explizit und durchgängig festzustellen sind: *Androzentrismus*, *Geschlechtsinsensibilität* und *doppelte Bewertungsmaßstäbe*.

Androzentrismus liegt dann vor, wenn eine männliche Perspektive angenommen wird. Beispielsweise werden Schlüsse anhand einer empirischen Basis gezogen, die auf Ausschluss und Unterrepräsentation von Frauen beruht. Eine unzulässige Generalisierung (Übergeneralisierung) und eine gesetzte männliche Norm werden hierbei als Hauptkritikpunkte angeführt. Hier kommt auch das weiter oben beschriebene subjektiv erlebte und nach innen verlagerte Gefühl des Scheiterns zum Tragen. Der normative Anspruch an aktive und erfolgreiche Passungsarbeit im Identitätsfindungsprozess kann auf Grund unadäquater Grundannahmen und Vorgaben oftmals nicht erfüllt werden. Frau erlebt sich in einzelnen Bereichen - oftmals auf der Handlungsebene - als Scheiternde, begleitet von einem diesen Bewertungen entsprechendem Identitätsgefühl. Hier sei darauf hingewiesen, dass wir es in der psychotherapeutischen Arbeit als Notwendigkeit erachten zu hinterfragen, welche vorgegebene Passung als zu erreichende von wem vorgesehen ist, ob diese für die jeweilige Lebenswelt als adäquat anzusehen ist und ob auf entsprechende Strategien zur Erreichung zurückgegriffen werden kann. Der Umgang mit aggressiven Ausformungen kommt in diesem Zusammenhang zum Tragen, für nähere Ausführungen dazu wird auf die folgenden Kapitel dieser vorliegenden Arbeit verwiesen.

„Ein besonderer Aspekt des Androzentrismus ist der paradoxe Gynozentrismus. Hier werden Männer in Bereichen ausgeschlossen, die Frauen zugeschrieben werden, im besonderen in Fragen zur Familie, Haushalt und Fortpflanzung. ... Diese Subform

⁶ Deutsche Überarbeitung eines vom kanadischen Gesundheitsministerium erarbeiteten Handbuch („Moving Toward Equality: Improving the Health of Canada's People, Recognising and Eliminating Gender Bias in Health“, 1999). Eichler, M., Fuchs, J., Maschewsky-Schneider, U. (2002). *Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung*. Berlin: Berliner Zentrum für Public Health. Band 2002-04.

Das kanadische Gesundheitsministerium geht von zwölf die Gesundheit beeinflussenden Determinanten aus: Einkommen und sozialer Status, Bildung, Beschäftigung, soziale Unterstützung, soziale Umwelt, physikalische Umwelt, persönliches Gesundheitsverhalten und Bewältigungsfähigkeiten, frühkindliche Entwicklung, Gesundheitsversorgung, biologische und genetische Ausstattung, Kultur und Geschlecht.

Besonderheiten der weiblichen Identitätsbildung.

Mai 2010

Michaela Zolles

baut auf der Annahme getrennter Bereiche auf, in denen Frauen tendenziell auf das „Private“ und Männer auf alles andere festgelegt werden“ [Vgl.⁵¹].

Geschlechtsinsensibilität liegt dann vor, wenn sowohl das biologische als auch das soziale Geschlecht nicht in dem dafür relevanten Kontext wahrgenommen und diese als wichtige Variablen ignoriert werden. In diesem Zusammenhang ist Geschlechtsinsensibilität gleich zu setzen mit den Begriffen „Geschlechterneutralität“ und „Geschlechterblindheit“. Diese Vorgehensweise gilt als Hauptkritikpunkt im Personzentrierten Psychotherapieansatz, differenzierte Ausführungen dazu sind im entsprechenden Kapitel dieser Arbeit nachzulesen.

„Eine Unterform der Geschlechtsinsensibilität ist die Dekontextualisierung, bei der verkannt wird, dass scheinbar ähnliche oder identische Situationen unterschiedliche Einflüsse auf die Geschlechter haben können. Dabei wird nicht beachtet, in welchem Kontext bestimmte Probleme stehen“ [Vgl.⁵¹].

Doppelte Bewertungsmaßstäbe treten entweder offenkundig oder versteckt auf. Von offenen doppelten Bewertungsmaßstäben wird dann gesprochen, wenn Frauen und Männer in identischen Situationen oder gleichartigen Eigenschaften und Verhaltensweisen unterschiedlich beurteilt und behandelt werden, wobei dies zu einer Benachteiligung von Frauen führt. Versteckte doppelte Bewertungsmaßstäbe treten vor allem auf der Ebene der theoretischen Konzeptualisierungen auf. *„Um einen versteckten doppelten Bewertungsmaßstab aufzudecken, kann es notwendig werden, neue theoretische Ansätze zu entwickeln, die die Aufmerksamkeit auf Phänomene lenken, die scheinbar bei Frauen und Männern unterschiedlich sind, wobei es aber gerade darum geht, zu bemerken, dass dem nicht so ist“ [Vgl.⁵¹].* Im nachfolgenden Kapitel 5.1. werden am Beispiel der „Aggression“ Ausdrucksformen aufgezeigt, die allen Menschen inne wohnen und die entlang der Geschlechter unterschiedlich bewertet, tradiert und in Folge dem jeweiligen Geschlecht entsprechend zugeschrieben wurden.

Studien⁷ zeigen, dass von einem deutlichen Geschlechtsunterschied im Bereich des Gesundheitsverhaltens auszugehen ist. Beispielsweise schätzen Frauen ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Männern subjektiv schlechter ein, medizinische

⁷ BMFSFJ 2002: „Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland“, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend.

Besonderheiten der weiblichen Identitätsbildung.

Mai 2010

Michaela Zolles

Hilfestellungen werden eher in Anspruch genommen und folglich ist ein höherer Medikamentenkonsum seitens der Frauen feststellbar [Vgl. Bargfrede, A., Pauli, A., Hornberg, C. (2004)]⁸. „ ... *Die Bereitschaft und die Art über gesundheitliches Befinden Auskunft zu geben, ist geprägt durch geschlechtsspezifische soziale Erfahrungen, die die unterschiedlichen Gesundheitskonzepte von Männern und Frauen erklären. Frauen berichten erfahrungsgemäß extrovertierter und bereitwilliger über Symptome und Befindlichkeiten, wobei offen bleiben muss, ob die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Wahrnehmung der Beschwerden oder in der Bereitschaft, darüber zu berichten, begründet sind (vgl. Kolip 1998)*“ [Vgl. ⁵³]. An den Ausgangsüberlegungen der vorliegenden Arbeit anknüpfend, wird Entstehung von gesundheitlichen Belastungen und der Umgang damit auch als Ergebnis geschlechtsspezifischer Sozialisation verstanden. Es kann auch eine unterschiedliche Bereitschaft in der Anspruchnahme von Präventionsangeboten abgeleitet werden, ohne ausschließlich eine determinierte biologische Geschlechterdifferenz als Erklärungsmodell heranzuziehen.

Im Bereich der Gesundheit tritt unter anderem zunehmend das ganzheitliche Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1998) ins Zentrum von Untersuchungsansätzen, bei dem der Einfluss des Geschlechts als Determinante von Gesundheit erklärt werden kann. Für die Entwicklung der Frauengesundheitsforschung ist der Paradigmenwechsel vom naturwissenschaftlich orientierten Risikofaktorenmodell hin zum Lebensstilkonzept von größter Bedeutung [Vgl. Abholz, H. et al. (1982). Blaxter, M. (1990)]. Dabei stehen wesentliche Faktoren im Fokus der Betrachtungen, die gesundheitserhaltendes und gesundheitsförderndes Potential in sich tragen und die Möglichkeiten darstellen, das Gefühl der subjektiv erlebten Handlungsfähigkeit zu erweitern. Weiters rückt der Zusammenhang von individuellen Lebensstilen und sozialen Bedingungen der Lebenswelt in den Mittelpunkt. Zusammengefasst wird ein „*positives Selbstgefühl*“ als individuelle Ressource beschrieben, die auch als Ansatzpunkt in der therapeutischen Arbeit hauptsächlich herangezogen werden kann. Der Zustand eines positiven Selbstgefühls entsteht auf Basis verschiedener Teilbereiche:

⁸ Vgl. Bargfrede, A., Pauli, A., Hornberg, C. (2004): *Gesundheit: Zur gesundheitlichen Situation von Frauen*. In: Becker, R., Kortendiek, B. (2004): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*, S. 519ff.

Besonderheiten der weiblichen Identitätsbildung.

Mai 2010

Michaela Zolles

- 1) Ressourcen: Nutzung der zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen als Kompensationsmöglichkeit von Belastungen. Von deren Verfügbarkeit hängt es ab, wie stark das Kohärenzgefühl und damit die Überzeugung ausgeprägt ist, die vielfältigen Herausforderungen des Alltag bewältigen und selbstgesetzte Ziele erreichen zu können [Vgl. Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (2001)].
- 2) Authentizität: Erleben eines Gefühls von Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit (*meaningfulness*) mit dem Ziel des Erlebens von authentischen Erfahrungen.
- 3) Zustimmung und Autonomie: Erleben eines Gefühls von Verstehbarkeit (*comprehensibility*), das geprägt ist von Erfahrungen, dass die Realisierung von Prozessen Außeneinflüssen unterliegt, letztlich aber selbst bestimmt ist.
- 4) Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit: Erleben eines Gefühls von Machbarkeit/Handhabbarkeit (*manageability*), das Entwürfe von sich selbst und deren Realisierung impliziert.

Wieder auf das Konzept des narrativen Ansatzes Bezug nehmend ist in allen relevanten Bereichen der individuellen Kernnarrationen genau zu hinterfragen, zu welchen Ressourcen frau Zugang hat, ob ihr individuelles Erleben vom jeweiligen sozialen Kontext als bedeutungsvoll wertgeschätzt wird, ob selbst bestimmter Lebensraum möglich ist und ob sie von anderen und letztlich von sich selbst als mächtige Handelnde erlebt wird. Als Maß für gelungene Identitätsarbeit wird ein Gefühl der Authentizität angeführt, wobei die Verantwortung zur Zielerreichung jedem Individuum selbst zugeschrieben wird. Die Entstehung und Realisierung von Lebensentwürfen wird von dem Versuch begleitet, ein Gefühl von subjektiv passender Sinnhaftigkeit zu erhalten. Ein hohes Kohärenzgefühl dient als Gradmesser dafür, wie mit unterschiedlichen Stressoren umgegangen wird. Das Gelingen oder Scheitern der geforderten aktiven Identitätskonstruktionen spiegelt sich in der Position einer mächtigen oder ohnmächtigen Erzählerin wider.

Zusammengefasst werden Identitätsprozesse beschrieben, bei denen relationale Verknüpfungsarbeit, Ressourcen- und Narrationsarbeit sowie Konfliktaushandlungen statt finden. Ob und wie die dabei entstehenden konfliktorientierten Spannungszustände als Antrieb zur Erweiterung des subjektiven Handlungsrahmens genutzt werden können, hängt in hohem Ausmaß von den gelernten Strategien ab.

Besonderheiten der weiblichen Identitätsbildung.

Mai 2010

Michaela Zolles

Um Zugriff auf die gelernten Strategien zu gewährleisten, bedarf es auch einem „Antrieb“, einer „inneren Kraft“, die es ermöglicht, auf entsprechende Ziele handelnd zuzusteuern und die es ermöglicht, eventuelle Hindernisse zu überwinden. Wir verwenden zur Beschreibung dieser Ausformungskräfte den Begriff „Aggression“. Die Aufgabe von Psychotherapeutinnen sehen wir unter anderem darin, Klientinnen einen möglichen Rahmen zu bieten, um Mechanismen dieser Ausdruckstendenz differenziert zu erfahren und in Folge auch für sich als Möglichkeit zur Schaffung von Handlungsspielräumen zu nutzen. In den folgenden Kapiteln wird die psychotherapeutische Arbeit im Personzentrierten Ansatz näher erläutert, wobei auch hier die Differenzen entlang der Geschlechter aufgezeigt werden. Weiter - führend wird skizziert, wie es gelingen kann, „Aggression“ im psychotherapeutischen Rahmen als Schritt zur weiblichen Subjektwerdung zu integrieren.