

## Forum: Zur psychischen Gesundheit von Frauen

Das Forum wird eröffnet mit dem **Grundlagenreferat** von Professor Dr. phil. Sabine Scheffler.

Sabine Scheffler hat 40 Jahre als Professorin für Frauen- und Geschlechterforschung an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaft der Fachhochschule Köln gearbeitet. Sie leitete dort das Institut für Geschlechterforschung und führte verschiedene Auslandsprojekte (Bosnien, London, Österreich) durch. Sie arbeitet auch als Approbierte Psychologische Psychotherapeutin.

Sie erklärt <gender> als psychosozio-kulturelle Kategorie – im Gegensatz zu der meistens biologischen Kategorie, mit der Gendermedizin sich beschäftigt – als strukturelle Bedingung für psychische Erkrankungen bei Frauen. Die bipolaren Geschlechtsrollenzuschreibungen für Frauen und Männer haben komplementären Charakter. Auch wenn die Falle des Doppelstandards seit Jahrzehnten bekannt ist, ist sie noch heute wirksam.

Zitat aus dem Vortrag von Sabine Scheffler:

„Die weiter vorhandene Struktur einer hierarchischen Geschlechterordnung ist verdeckt durch den widersprüchlichen Wandel der Geschlechterrolle, durch traditionelle Normen versus Individualisierung,

In der postfeministischen Ideologie wird von einem neuen Geschlechtervertrag ausgegangen mit einer zentralen Botschaft an Frauen: was sie tun und wie sie sein müssen, um erfolgreich zu sein, öffentlich sichtbar zu werden.

Erfolgreich sein, öffentlich sichtbar werden heißt:

- Bessere Jobs zu haben
- Sich weiterzubilden,
- über reproduktive Selbstbestimmung zu verfügen
- genug Geld zu verdienen, um an der Konsumkultur teil zunehmen.

Es geht nicht um Emanzipation, um politische Selbstbestimmung, sondern um Teilnahme an einer Meritokratie; es wird so getan, als sei Gleichberechtigung erreicht und die Maskerade schafft die Einbindung in das Geschlechterverhältnis auf verdeckte Weise.

Die Ökonomie ist auf die gebildeten jungen Frauen angewiesen, auf ihre Teilnahme am Arbeitsmarkt und am Konsum. Neue veränderte Aufmerksamkeitsräume entstehen, mangelnde Teilhabe und Benachteiligung zuweilen auch Selbstaussbeutung gerät aus dem Bewusstsein. Mc Robbie beschreibt vier veränderte Aufmerksamkeitsräume, mit denen die heterosexuelle Matrix aufrechterhalten und modernen Bedingungen angepasst wird:

- Mode und Schönheit,
- Bildung und Erwerbstätigkeit,
- Sexualität und Reproduktion
- Produktion warenförmiger Weiblichkeitsmuster, „freundlich schön, formbar, weltweit verwendbar“ (6)

Die soziale Norm zeitgenössischer Weiblichkeit ist ein gut durchgeplantes Leben, in dem Benachteiligungen personalisiert werden. Trotz Karriereknick nach dem 1. Kind, mit dem man sich abfindet, sind Frauen die Heldinnen, die alles schaffen, die „work-Life-balance mit der Verantwortlichkeit für die Familie bewältigen und so die Geschlechterverhältnisse stabilisieren (vgl. McRobbie, 2010).

Individualisierung fungiert als Zuschreibung von Verantwortung für die eigene Lebenslage. Die Zumutungen und Risiken weiblicher Lebensführung haben sich verändert, aber vor allem sind sie verdeckt.

Formierung neuer Ungleichheiten - Neue Verdeckungszusammenhänge

Im geschlechterhierarchischen Verdeckungszusammenhang, geht es weniger darum wie die Geschlechterbilder gefüllt sind, sondern was in den Zuschreibungen und Selbstzuordnungen herausfällt, nämlich: Frauen kümmern sich nach wie vor um die Bedürfnisse anderer Menschen, um die Familie, dies stärkt Frauen nicht, ihr Selbstwertgefühl sinkt mit der Pubertät und im Erwachsenenalter ist bei allen psychischen Belastungen die Selbstwertentwicklung auf einem niedrigen Niveau.

„Die Belastungen von Frauen sind verdeckt durch:

- Begleiterscheinungen des Wohlstands: bewusste Ernährung, fit und gesund, Schlankheit, Jugendlichkeit, Ess-Störungen mit fließenden Übergängen;
- Die Leichtigkeit des Zugangs zu Verhütungsmitteln, gesunkene Kinderzahl, Mutterschaft als gestaltbare Lebensstil, Mutterschaft ist eine Lebensphase, keine umfassende Daseinsweise
- Verringerung körperlich belastender Hausarbeit; die Geräte lassen die Hausarbeit scheinbar verschwinden;
- Medien vermitteln eine Wirklichkeit aus zweiter Hand, Verlust an Realitätsmächtigkeit des eigenen Erlebens;
- Der Schein individuell unbegrenzter Wahlfreiheit, das, was sich ergeben hat muß so gewollt gewesen sein (Hagemann-White, 2006, S.81 ff)“;

Es findet eine De- Institutionalisation von Geschlecht statt. Geschlecht wird nicht mehr als kollektive soziale Lage begriffen. Die sozialen Zuschreibungen haben ihre Verbindlichkeit verloren (vgl. Hagemann- White 2006, S82).

Nicht mehr das Private ist politisch, sondern das Politische ist privatisiert.

Es erscheint möglich, dass Individualisierung und Enttraditionalisierung die Geschlechterstereotype so erstaunlich änderungsresistent machen.“

Es folgen drei zielgruppenspezifische Referate.

### **Zur Psychischen Gesundheit von Migrantinnen**

Die Referentin, Frau Esin Erman, ist Psychologische Psychotherapeutin und arbeitet im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst in Berlin. Sie ist Mitglied der Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und Psychosoziale Beratung.

Psychisch erkrankte Frauen mit Migrationshintergrund weisen einerseits ähnliche Problematiken auf wie deutschstämmige Frauen, z.B. leiden sie an Depressionen und Angststörungen, andererseits spezifische Probleme, die mit dem kulturellen Umfeld, mit dem Verlust der Heimat und häufig mit rassistischer Diskriminierung zu tun haben. Es gibt größere Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, vor allem durch kulturspezifische und Sprachprobleme. Es fehlen niedrigschwellige Angebote für psychologischen Beratungen und therapeutische Maßnahmen, die im Vorfeld des Medizinsystems und der Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes angesiedelt sein sollten und Zugangsbarrieren abbauen könnten.

Für eine wirksame therapeutische Versorgung sind in vielen Fällen muttersprachliche Psychotherapeutinnen bzw. SprachmittlerInnen unerlässlich. Das Problem dabei ist, dass die Kosten für SprachmittlerInnen nicht von den Krankenkassen übernommen werden und muttersprachliche Psychotherapeutinnen nicht in dem Maße zur

kassenärztlichen Versorgung zugelassen sind, wie sie benötigt würden.

Verständigungsprobleme führen häufig zur Einleitung einer nicht angemessenen psychiatrischen Behandlung von psychisch belasteten und kranken MigrantInnen anstatt zu einer muttersprachlichen psychotherapeutischen Beratung.

### **Zur Psychischen Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen**

Die Referentin, Frau Dorothea Zimmermann, ist Kinder- und Jugendpsychotherapeutin. Sie arbeitet bei Wildwasser und ist im Vorstand bei BIG engagiert gegen häusliche Gewalt. Sie berichtet über ihre Erfahrungen in der Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen.

Mädchen und junge Frauen leiden sehr häufig unter dem hohen Leistungsdruck, dem sie im Bereich der Bildung und Ausbildung ausgesetzt sind. Sie haben in den letzten Jahren zwar bessere schulische Ergebnisse erzielt als die Jungen, bezahlen dafür aber einen hohen Preis. Weitere relevante Problemfelder für Mädchen und junge Frauen sind Mode und Schönheit, Kontakte und Beziehungen. Auf dem Gebiet der Sexualität klafft der Unterschied zwischen dem in den Medien präsentierten Frauenbild und der erlebten Realität meilenweit auseinander. Mädchen und junge Frauen haben häufig große Wissenslücken, wenig Körper- und Gesundheitskompetenz und ein kompliziertes Verhältnis zur Sexualität.

Frau Zimmermann weist darauf hin, dass die meisten Mädchen und jungen Frauen, selbst wenn sie große Probleme haben, nicht an dem Punkt sind, in psychotherapeutische Beratung bzw. Behandlung zu gehen. Sie können jedoch Beratungsangebote annehmen, wenn sie angemessen angeboten werden, und sie brauchen Räume außerhalb des Medizinsystems, in denen sie über ihre Probleme sprechen können und hilfreiche Unterstützung finden.

### **Zur Psychischen Gesundheit älterer und alter Frauen**

Die Referentin, Frau Dr. Renate Degner, ist Psychologische Psychotherapeutin und im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin. Sie beleuchtet die psychischen Probleme älterer und alter Menschen.

Sie widersetzt sich engagiert dem Vorurteil, dass ältere und alte Menschen nicht mehr therapiefähig sind. Dabei erfordern die spezifischen Situationen und Erfahrungen alter Menschen auch spezifische Behandlungen. Auswirkungen früherer Gewalterfahrungen, speziell in Kriegszeiten, der Umgang mit Einschränkungen und Behinderungen oder „ganz normale“ psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen, die die betroffenen Frauen oftmals daran hindern können, überhaupt noch das Haus zu verlassen, benötigen unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen und sollten sich immer eher am Problem orientieren als alleine am Alter.

Es bleiben 30 Minuten Zeit für die Diskussion, in der konkrete Forderungen zusammengestellt werden.

Zunächst werden weitere Zielgruppen benannt, für die inzwischen jeweils spezifische Interventionsangebote existieren. Sie sollten den Betroffenen flächendeckend zur Verfügung stehen und nicht nur in spezialisierten Zentren. Beispiele dafür sind Frauen mit traumatischen Geburtserlebnissen, psychoonkologische Betreuung oder auch Begleitung in der Palliativmedizin.

Die Gruppe entscheidet, nicht weiter zu differenzieren, sondern eher allgemein gültige Forderungen zu stellen. Alle Teilnehmerinnen sind einer Meinung, dass psychisch kranke Menschen unterversorgt sind. Es ergibt sich die Forderung, diese Unterversorgung aufzuheben, und – in Verknüpfung mit der vorangegangenen

Differenzierung – die schematisierte und methodisch enge umgrenzte Antragspsychotherapie zu ergänzen durch weitere Verfahren und Modalitäten: Aufhebung der Unterversorgung in puncto psychischer Gesundheit durch multimodale und niederschwellige Interventionen.

Die zweite Forderung entwickelt sich aus dem Referat zur Mädchengesundheit und konstatiert auch für andere Zielgruppen, dass psychotherapeutische Behandlung nicht die einzige Strategie sein sollte. Präventionsangebote und Ressourcen-orientierte Unterstützung sollten auch unabhängig vom Medizinsystem zur Verfügung stehen, um Erkrankungen, Chronifizierungen und Psychiatrisierung zu vermeiden.

Präventions- und Ressourcen-orientierte Unterstützung, z.B. in Form von Mädchen- und Frauenräumen.

Bei der Frage, worauf die Frauengesundheitsbewegung in Zukunft besondere Aufmerksamkeit legen sollte, greifen wir die Ausgangsdebatte auf: Denn die Forderung nach einer systematischen Gender Integration in die gesundheitliche Versorgung ist noch nicht realisiert, auch wenn sie bereits im Frauengesundheitsbericht von 2001 gestellt wurde. Die Forderung für die Zukunft muss auch heute noch lauten: Systematische Integration von Gender in Behandlung, Organisation, Aus- und Weiterbildung und Forschung zu psychischer Gesundheit.