

Psychische Gesundheit von Frauen 2011

Einleitung

Ich möchte hier eine Grundlage schaffen für die Betrachtung von psychischen Gesundheit von Frauen und einige Thesen beitragen zum Zusammengang von psych. Gesundheit, gender und gesellschaftlicher Entwicklung.

Geschlecht (sex und gender) ist eine soziale Kategorie, ein Prinzip gesell. Organisation.

Es besteht weiterhin ein hierarchisches Geschlechterverhältnis auf der Basis komplementärer Rollenzuschreibungen, bei gesell. organisierter geschl.spez. Arbeitsteilung, das eine unterschiedliche gesell. Bewertung konstituiert, trotz Chancenangleichung.

G. wird im Kindes- Jugendalter vermittelt und reproduziert sich in sozialen Interaktionen – „doing gender“ -sowie in sozialen Institutionen.

Der Zugang zu pers., sozialen und mat. Ressourcen wird durch G. strukturiert. So entstehen untersch. gesundheitl. Lebenslagen und Bedürfnisse von Männern und Frauen. G. interagiert mit anderen Prinzipien sozialer Differenzierung wie Alter, Schicht, ethnische Zugehörigkeit, modifiziert Ressourcen (vgl. Möller-Lehmkuhler, 2007, S.470).

Zweigeschlechtlichkeit ist eine kulturelle Setzung, eine Interpretation der Körperlichkeit und nicht die unmittelbare Wahrheit der Körper (vgl. Hagemann-White, 2006 s 70).

Der Gesundheitsbericht von 2001 versuchte in diesem Sinne ganzheitlich

- eine geschlechtersensible Berichterstattung
- ein lebensweltorientiertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit vor dem Hintergrund der Arbeits- und Lebensbedingungen,
- Stärken und Fähigkeiten von Frauen zum persönlichen Gesundheitsmanagement heraus zuarbeiten
- Kritische Betrachtungen von Diagnosen als Ausdruck auch der Geschlechterkonstruktion zu verdeutlichen
- die Bedeutung von Armut, Randständigkeit und Gewalt zu beschreiben
- Entwicklungen frauenzentrierter Gesundheitsversorgung zu analysieren mit dem Ziel:
- gender equality durch ein ganzheitliches salutogenetisches Verständnis zu fördern
- eine engere Verknüpfung von Prävention, Beratung und medizinischer Betreuung zu erreichen
- in die Ausbildungssysteme hineinzuwirken, um Gendersensibilität zu fordern und in die Vermittlung professioneller Kompetenzen zu implementieren (vgl. Frauengesundheitsbericht, 2001, 7-14ff)

Hier kann schon ein Fazit stehen:

- Der Bericht ist nach wie vor mit einigen Korrekturen statistischen Materials hochaktuell. In Bezug auf psychische Gesundheit von Frauen haben sich manche, vor 10 Jahren sichtbaren Tendenzen verstärkt.

Nachfolgend einige Begründungen:

„Psychische Erkrankungen nehmen stetig zu. Im Jahr 2009 erhielt gut ein Drittel der GKV-Versicherten eine ambulante Diagnose mit einer psychischen Störung, die Verweildauer im Krankenhaus steigt.

Gleichzeitig beobachten wir Über-, Unter- und Fehlversorgung bei der Betreuung Betroffener. Ein besonderes Problem für die Versorgung psychisch Erkrankter stellen die langen Wartezeiten dar. Durchschnittlich 3 Monate vergehen bis zum Erstgespräch, weitere 3 Monate verstreichen bis zum Behandlungsbeginn. Wartezeiten verzögern eine adäquate Diagnostik und Behandlung und führen zu verlängerten Fehlzeiten der Patientinnen und Patienten. Die Ursachen für die Kapazitätsmängel liegen in einer überholten Bedarfsplanung. Bei der Auswahl der Therapieformen besteht außerdem zu wenig Flexibilität. Noch immer ist die individuelle Langzeittherapie die dominierende Behandlungsform, obwohl Kurzzeit- und Gruppentherapien, psychoedukative Maßnahmen oder die Krisenintervention oftmals nicht nur die angemesseneren Interventionsformen wären, sondern auch zur Verringerung von Kapazitätsengpässen und Krankenhauseinweisungen beitragen könnten. (Schlenker, 2011, Kongress der BARMER GEK, Berlin, Abstract, 28.06.11)“.

Geschlechtsspezifische Verteilung psychischer Störungen

Männer und Frauen weisen unterschiedliche Krankheitsprofile auf, in die genderaspekte einfließen; dies gilt auch für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen (2F:1M).

Das „Frauendyndrom“ ist charakterisierbar durch: psychische, psychosomatische und vegetative Beschwerden.

Frauen sind von psychischen Erkrankungen wie Depression, (ohne bipolare Störungen) Neurosen und Angsterkrankungen doppelt so häufig betroffen; (Phobien, ebenso Essstörungen, 3x häufiger Medikamentenabhängigkeit als Männer (Männer: Alkoholismus, Persönlichkeitsstörungen und Suizid).

Schizophrene Psychosen sind gleich verteilt, Männer erkranken 3-4 Jahre früher, Frauen haben in den ersten Jahren einen günstigeren Verlauf, Hormonbremse. (1) Es gibt bisher keine Anzeichen für eine geschl.spez. biol. Vulnerabilität (allenfalls Östrogen).

Begründungen

Diese Unterschiede sind weitgehend auf soziale Rollen und damit auf verschiedene Risiko- und Protektivfaktoren zurückzuführen, sie spielen für Bewältigung und Verlauf eine wichtige Rolle.

Die bipolar-komplementäre Geschlechterordnung befindet sich in einer beschleunigten Veränderung, vor allem durch den Wandel der Frauenrolle in Bereichen Sexualität, Partnerschaft, Bildung, Beruf. Diesem Wandel folgt jedoch keine entsprechende Chancenstruktur im Beschäftigungssystem, Frauen sind im Einkommensniveau und im beruflichen Aufstieg benachteiligt, mit höherem Risiko in Bezug auf Erwerbslosigkeit, die alltägliche Zuständigkeit für Hausarbeit und Kindererziehung, Versorgung pflegebedürftiger Familienangehöriger ist erhalten geblieben, der selbstbestimmten Lebensgestaltung von Frauen sind weiterhin strukturelle Grenzen gesetzt. (vgl. Möller-Lehmkuhler, 2007, S. 470 – 485). Gleichzeitig wird in der Politik und den Medien auf die eigenen Gestaltungsspielräume in der Lebensplanung verwiesen. Der Wandel der Geschlechterrolle ist nach wie vor widersprüchlich für die Stabilität psychischer Gesundheit.

Zudem stellt sich eine Verschränkung von gender mit anderen sozialen Merkmalen heraus (Alter, Schicht, Bildung, Migration, alleinerziehend, Behinderung, chronisch

erkrankt) Intersektionalität. Gewalt in Geschlechterverhältnis bleibt weiterhin eine zentrale Gefährdung der Gesundheit von Frauen.

Rollen – soziale Positionen von Frauen, Bedeutung für die psychische Gesundheit Geschlechterstereotyp

Sex, als die biol. abgeleitete Geschlechterzugehörigkeit dient als Bezugspunkt für soziale Konstruktionen von Weiblichkeit und Männlichkeit, die im Verhalten gestaltet werden („doing gender“). Diese umfassen die kulturell vorherrschenden Erwartungen und sozialen Normen, die festlegen, welche Fähigkeiten, Pers.eigenschaften, Gefühle, Verh.weisen für M/F als typisch angemessen und sozial erwünscht gesehen werden.

Im Alltag verliert sich das Bewusstsein für die Konstruktion solcher Stereotype und sie nehmen den Charakter von Pers.eigenschaften an, die im Wesen von M/F begründet erscheinen.

Wenn Stereotype und ind. Bedürfnisse stark auseinander fallen, entstehen Konflikte, die die Entwicklung psychischer Störungen begünstigen.

Diese Stereotype sind zählebig und bestimmen nach wie vor die Sichtweisen auf weibliche Gesundheit und die Behandlungsformen (vgl. Möller-Leimkühler, 2007, S. 470 ff).

Geschl.spez. Arbeitsteilung: einige wesentlich Aspekte

1 Für Frauen stellen Beruf und Familie nicht nur zwei Lebens-, sondern vor allem zwei Arbeitsbereiche dar, die sehr unterschiedlich strukturiert sind und jeweils z. T. widersprüchliche Anforderungen an Frauen stellen. (vgl. Frauengesundheitsbericht 2001, S.90).

2 Erwerbstätigkeit ist generell als protektiver Faktor für Frauen zu sehen, auch die Müttererwerbstätigkeit. Die Mehrfachbelastung wirkt sich nicht zwangsläufig negativ aus, sondern korreliert mit besserer Gesundheit, höherer Lebenszufriedenheit und besseren Copingstrategien.

Gesundheitsförderliche Effekte der Erwerbstätigkeit werden geschmälert durch Arbeitsplatzmerkmale, wie geringe Kontrolle bei hoher Beanspruchung, kritische Einstellung des Partners und das mangelnde Engagement bei der Kinderbetreuung (vgl. Möller-Leimkühler, 2007, S. 480 ff).

3 Haus- und Familienarbeit hat Bedingungen kann potentiell eher gesundheitsabträgliche Folgen haben wie soziale Isolation, geringe zeitliche Spielräume, hoher Anteil an Routinetätigkeiten, ständige Verfügbarkeit, materielle Abhängigkeit etc.. Andererseits sind der Haus- und Familienarbeit auch positive, gesundheitszuträgliche Potentiale, wie das Erleben von Autonomie, selbstbestimmte Freiräume in der Arbeitsgestaltung und der Erfahrbarkeit ganzheitlicher Arbeitsvollzüge möglich (vgl. Frauengesundheitsbericht, 2001, S. 42ff).

4 Als Risikofaktor im Sinne von psychischer Belastung wirkt Familie und Erwerbsarbeit vor allem bei jüngeren Frauen, mit geringer Schulbildung und niedrigem sozio-ökonomischem Status

5 Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Beitrag zur psychischen Gesundheit ist nach wie vor unzureichend für beide Geschlechter realisiert. (2)

Gesellschaftliche Veränderungen und das Zusammenspiel mit psychischer Gesundheit

1 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 teilzunehmen.

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 Selbstausbeutung 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.

2 Formierung neuer Ungleichheiten- Neue Verdeckungszusammenhänge

GV. ist ein Herrschaftszusammenhang.

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 G. stereotypeso erstaunlich änderungsresistent machen.

Konsequenzen

Geschlechterrollen haben einen maßgeblichen Einfluss auf Risikoverhalten und gesundheitsförderndes Verhalten.

Berufsbelastungen und Familienbetreuung können genderspezifisch im Zusammenwirken mit Bildung und Schicht eine protektiver Faktor sein.

Die Hilfesysteme für Frauen mit psychischen Erkrankungen folgen in ihrem institutionellen Selbstverständnis traditionellen Erwartungen an Zweigeschlechtlichkeit, in denen Frauen eher psychologisiert und unterfordert werden.

Passgenaue gendersensible Intervention vor allem im Bereich von Prävention bzw. Krisenbegleitung fehlen (Intersektionalität).

Die Behandlungskonzepte sind wenig gendersensibel, es bedarf keiner neuen Methoden, sondern der systematischen Integration von Genderwissen in die bestehenden Therapietheorien, in Forschung und Organisationsmanagement.

Anmerkungen

(0) Wir leben in einem gesellschaftlichen System von Zweigeschlechtlichkeit, das Identität, Verhaltensweisen und Alltagstheorien von Menschen entscheidend bestimmt.

Geschlecht (Sex und gender) ist eine gesellschaftliche Ordnungskategorie, die gesell. Teilhabe von Menschen und die Chancen der gesundheitlichen Entwicklung nachhaltig bestimmt.

Diese Ordnungssystematik ist historisch wandelbar (in den 70er Jahren anders als heute), und gestaltet

→ Ökonomie und Arbeitsleben durch die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung → bestimmt die Zugänge zu Macht und Sozialprestige.

→ Das Geschlechterverhältnis beeinflusst Denken und Handeln in allen kulturellen Institution, (hier: Medizin & Forschung, Hilfesysteme: genderbias).

→ Über Geschlechterkonstruktionen und Erwartungen werden die Beziehungen zwischen Frauen, zwischen Männern und zwischen Männern und Frauen gestaltet. Es geht nicht, sich nicht nicht geschlechtlich zu verhalten und die Spielräume, die sich persönlich und institutionell bieten, Geschlechterkonstruktionen zu gestalten, bestätigen die zweigeschlechtliche Systematik und verändern sie gleichzeitig.

G. interagiert mit anderen Prinzipien sozialer Differenzierung wie Alter, Schicht, ethnischer Zugehörigkeit und diese modifizieren Ressourcen → (Intersektionalität).

Gender hat nicht nur eine zentrale Bedeutung für die Sozialstruktur, auch für die → pers. Identität und Selbstregulation des Einzelnen, wie für die Bewertung anderer sozialer Rollen (vgl. Möller-Leimkühler, 2007, S. 470 ff).

(1) Zunehmende Depressionsrate bei jungen Männern und angestiegene Stressrate, Suizidrate bei jungen und älteren Männern weiter erhöht.

(2) Auf die geschlechtsspezifischen Dynamiken der Interaktion mit und in den Hilfesystemen kann ich hier nur verweisen

Unterschiedl. Selbstwahrnehmung und Attribution von Beschwerden + unterschiedl. Fremdbeurteilung.

(3) gender bias in der Forschung, Doppelstandard im Hinblick auf Gesundheit, Expressivität von Frauen, Instrumentalität von Männern.

(4) Modell der psychischen Androgynie (Bem 1974): Mask. und Fem. werden als zwei von einander unabh. Dimensionen definiert, sie sind nicht mehr auf das biol. Geschlecht bezogen. Androgyne Personen, M. und F., größeres Verh.repertoire, höheres Selbstwertgefühl. Die Vorteile sind jedoch auf hohe Instrumentalitätsscores zurückzuführen, während hohe Expressivitätsscores, weder positiv noch negativ sind. Hohe Instrumentalität korreliert negativ mit Angst und Depression, hilft bei der Bewältigung von Stress, positive Effekte auf das Problemlöseverhalten)))

(5) sichtbar werden im Sinne der Luminosität (Deleuze)= neue Form der Überwachung wie Scheinwerferlicht, das sich auf sie richtet s.S. 97 = Formender Luminosität, die vom Licht selbst geschaffen werden, existieren als Funkeln, als Schimmern))).

(6) Frauen werden dabei zu gnadenlosen Richterinnen ihrer selbst, damit sie die

Normen für Aussehen und Selbstdarstellung erfüllen (z.B. Medien)
Die Macht des Symbolischen in der Heteronormativität wird deutlich in einem
veränderten Normierungszwang, einem Regime der permanenten
Selbstverbesserung, es entsteht ein neuer weiblicher Habitus, die Konkurrenz zu
Männern wird kaschiert mit weiblicher Maskerade.

Literatur