

Beziehungsmuster, Identitätskonstruktionen und Krankheitsbilder bei Frauen

Haselmann, Sigrid

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Haselmann, S. (1999). Beziehungsmuster, Identitätskonstruktionen und Krankheitsbilder bei Frauen. *Journal für Psychologie*, 7(3), 55-76. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-28648>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Debatten und Kontroversen

Beziehungsmuster, Identitätskonstruktionen und Krankheitsbilder bei Frauen

Sigrid Haselmann

Zusammenfassung

Anlaß dieser Ausarbeitung war die Einladung zu einem Vortrag an der Fachhochschule Neubrandenburg im Rahmen einer Ringvorlesung zum Thema »Frauen in Gesundheit und Krankheit«, die im Wintersemester 1997/98 von Adelheid Kuhlmeier und Karin Reis organisiert worden war.

Die Thematik meines Beitrags ist mit den im Titel genannten Stichpunkten grob umrissen; eine Besprechung der Identitätskonstruktionen im Jugendalter konnte allerdings nicht mehr eingearbeitet werden.

Im 1. Teil werden einige Charakteristika gesellschaftlicher Beziehungs- und damit verbundener Habitus- und sozial-kultureller Identitätsformen genannt, in denen sich die geschlechtsspezifische Entwicklung, hier akzentuiert als Entwicklung zum Frau-Sein, vollzieht. Auf dem Hintergrund einer - aus Platzgründen - nur angedeuteten Konzeption der in den gelebten sozialen Beziehungsformen oft als »sinnbildende Motive« realisierten Beziehungsmuster werden dann im 2. Teil, nach einer kurzen Einführung zur Kennzeichnung psychischer »Störungen« als Bewältigungs- und Konfliktlösungsversuche, einige »frauen-typische« Krankheitsbilder vorgestellt.

I. WEIBLICHE (UND MÄNNLICHE) BEZIEHUNGSMUSTER

Bevor ich nachfolgend auf meine theoretischen Rahmen-Konzepte über Beziehungsmuster und Krankheitsbilder zu sprechen komme, möchte ich zum Einstieg ein Beispiel einer »ganz normalen« Ehebeziehung vorstellen. Es vermittelt auch einen Eindruck davon, was sich hinter der Fassade einer scheinbar durchschnittlich guten Ehebeziehung oft abspielt.

So erzählte mir ein 42-jähriger gebildeter Mann, der sich gerade nach 20 Ehejahren

von seiner Frau getrennt hatte, indem er sie »von einem Tag auf den anderen« verließ, daß er ihr - zwar widerwillig, aber doch großmütig - in Dingen des Alltags natürlich immer noch zur Hand gehen müsse, da sie z.B. nie kapiert habe, wie man einen Bank-Überweisungsschein ausfüllt oder dergleichen mehr.

Anfang zwanzig, als beide studierten, seien sie aus finanziellen Gründen zu zweit in eine Wohnung gezogen, und daraus habe sich eben die Ehe ergeben. Mit Beginn ihrer Schwangerschaft brach die Frau sofort das Studium ab und nahm es auch Jahre nach der Geburt ihres einzigen Kindes nie wieder auf und wandte sich auch später nie irgendeiner Berufstätigkeit zu. Er hätte es ja gut gefunden, wenn sie beruflich noch irgend etwas gemacht hätte, aber sie habe das ja nicht gewollt, sagt er.

Ob er anfangs `mal in sie verliebt gewesen war oder sie jemals geliebt hatte, wisse er nicht, aber jedenfalls habe er sie in den letzten Jahren zunehmend mehr verachtet »müssen«, bis er es schließlich nicht mehr hätte aushalten können. Verachtet hat er sie dafür, daß sie zu ihm aufblickte, »immer nur stolz« auf seine Karrieresprünge war und ferner dafür, daß sie so anhänglich war und furchtbar eifersüchtig, wenn er mit anderen Frauen flirtete. Demgegenüber hatte er ihre Hilfslosigkeit in der Alltagsbewältigung eher als »gegeben« hingegenommen, wohl weil er sich auf diese Weise - moralisch wertvoll - als guter »Helfer« bewähren konnte.

Diesen Aspekt reflektierte er aber ebenso wenig wie überhaupt den Umstand, daß und inwieweit er an dieser merkwürdigen Beziehungskonstellation, in der die Frau immer dümmere und hilflosere und schwächer wurde und er als Mann immer klügere und

tatkräftiger und stärker, wirksam mitgestrickt hatte. Einen Austausch zwischen den Eheleuten hatte es nie gegeben: Sie hätten nie miteinander diskutiert und sowie so auch nie gewußt, was sie miteinander reden sollten.

Das Vorhaben, seine Frau »von heut' auf morgen« zu verlassen, hatte er von langer Hand heimlich vorbereitet, ohne ihr gegenüber diesbezüglich eine Andeutung zu machen. Nicht zuletzt war Anlaß seiner Trennung eine andere Frau gewesen, die eher selbständig und nicht so anhänglich und nicht so verachtenswert war. Es war ihm aber keinesfalls möglich, mit dieser Frau eine Beziehung zu leben. Sie machte nach kurzer Zeit Schluß.

Während er in der beruflichen Sphäre Frauen als Kolleginnen als beinahe gleichrangig akzeptieren konnte, war er nicht in der Lage, in einer intimen Beziehung mit einer Frau Gleichwertigkeit herzustellen. Obwohl er sich eine »achtbare« Frau doch so sehr wünschte, war er außerstande, eine Frau als gleichwertige Partnerin im Sinne einer »echten« Partnerbeziehung neben sich zu stellen. Gefangen in seinen alten Mustern wird er wieder eine Frau suchen müssen, die sich - zwecks Bestätigung seiner Männlichkeit und ihrer Weiblichkeit - zum abhängigen »Puttchen« machen läßt und die er dann dafür wieder wird verachten müssen...

Seine Ehefrau hat natürlich eine handfeste Depression entwickelt, als sie von ihm verlassen wurde... daß ihr dies angetan wurde nach all den Jahren der Selbstaufgabe für ihn. Während der Ehejahre hatte sie zwar schon verschiedene psychosomatische Befindlichkeitsstörungen (wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Kreislaufbeschwerden u.ä.), die aber dem sog. »Frauensyndrom« (s. weiter hinten) zugerechnet werden können und somit nicht weiter als auffällig, sondern als »frauentypisch normal« gelten. »Auffällig« im Sinne einer Krank-

heitsdiagnose wurden sie dann erst mit der Depression.

Nunmehr ist diese »ganz normale« Ehegeschichte in das Krankheitsbild »Depression« (s. weiter hinten) einzusortieren.

Vorbemerkungen zum »Wesen der Frau« und zu Frauen(wunsch)bildern

Angesichts verschiedentlich immer wieder auftauchender Bemühungen, das »zeitlose Wesen« der Frau herauszufinden, sei hier meine anthropologische Position in aller Kürze dahingehend skizziert, daß sich das Wesen des Menschen - nie zeitlos - auf dem Hintergrund der historischen Entwicklungen und immer bezogen auf jeweilige gesellschaftliche Formationen und in Interaktion mit jeweiligen sozial-kulturellen Verhältnissen entwickelt und gestaltet und ggf. neu konstruiert - das Wesen der Frau ebenso wie das Wesen des Mannes und des Menschen überhaupt (vgl. dazu z.B. Norbert Elias: »Über den Prozeß der Zivilisation« 1976).

Wenn auch in bezug auf das Geschlechterverhältnis Form und Funktion der biologischen Reproduktion über alle Zeiten und Kulturen die gleiche sein mag, so gilt dies doch nicht für die Formen und Funktionen der sozialen Reproduktion von Mann-Sein und Frau-Sein (vgl. auch Becker-Schmidt 1992).

Der Entwurf der weiblichen Geschlechtsrolle hatte im Zuge der Modernisierung der letzten 60 Jahre einen Wandel erfahren, der Frauen ungleich größere Chancen eröffnete, ihre Lebensgestaltung selbst zu bestimmen, als dies früher der Fall war. Gleichzeitig führten die Versuche der Befreiung bei vielen Frauen auch zu großer Verunsicherung, da sie die alten Lebensmuster (wie: eine lebenslange Ehe, ausgefüllt mit den Aufgaben als Hausfrau und Mutter) nicht mehr unhinterfragt realisieren konnten. Einstmals nur »männliche Ideale« wie die Ideen von Freiheit und Unabhängigkeit fingen an, sich in die Köpfe von Frauen zu

pflanzen, und wenn auch ihre Umsetzung immer schwierig war, so haben doch die meisten Frauen sie in ihre Selbstvorstellungen und Lebensentwürfe integriert. Damit meist widersprüchlich verquickt blieben gleichzeitig starke Bedürfnisse nach tiefen Bindungen und festen Liebesbeziehungen erhalten, in denen Frau gleich wieder geneigt war, die erstrebte Selbstverwirklichung hintanzustellen.

Unter dem Stichwort »Cinderella-Komplex« wurde dieser Konflikt zwischen sozial erwünschter, aber auch subjektiv gewollter Abhängigkeit und Unterordnung einerseits und Tendenzen nach Unabhängigkeit und Autonomie andererseits von Colette Dowling (1985) noch etwas deutlicher herausgearbeitet, z.T. auch konfrontativ und herausfordernd mit dem Untertitel: »Die heimliche Angst der Frauen vor der Unabhängigkeit.« Inzwischen ließe sich diesbezüglich erneut die Frage aufwerfen, inwieweit dieser Konflikt heutzutage besser gelöst werden kann oder aber die Konfliktsituation wieder schwieriger wird, in dem Maße, wie sich die gesellschaftlichen Möglichkeitsräume für eine autonome Entfaltung von Frauen wieder verschmälern (Stichpunkt Frauenarbeitslosigkeit).

In bezug auf den Ost-West-Unterschied in der Sozialisation wird immer wieder der Umstand geltend gemacht, daß für Frauen in der DDR die Berufstätigkeit zu ihrem selbstverständlichen weiblichen Lebensentwurf gehörte, während sie für Westfrauen nicht zwangsläufig eine Selbstverständlichkeit darstellte. (Nach Bertram, 1993, lag die Berufstätigkeit von Frauen in der DDR bei 91%, wohingegen in der damaligen BRD nur etwa 54% der Frauen berufstätig blieben.)

Dennoch vertrete ich die These, daß auch im Osten Deutschlands die gesellschaftliche Wertigkeit des Mannes immer und generell höher angesetzt und die Bedeutung

des Mannes und des Männlichen immer über die der Frau und des Weiblichen gestellt wurde (s.a. Hüttner 1993).

Diesen gesellschaftlichen Wertungsaspekt werde ich nachher auch zum Ausgangspunkt meiner weiteren Darlegungen machen.

Ebenso bekanntermaßen wie bedauerlicherweise hat die männlich dominierte Wissenschaft mit ihren Theorien »über die Weiblichkeit« viel dazu beigetragen, diskriminierende, Frauen abwertende und/oder mythologisierende Auffassungen zu inaugrieren, die sowohl in wissenschaftliche Denksysteme wie auch in das Alltagsdenken Eingang gefunden haben (s. dazu exemplarisch: Christa Rohde-Dachser zur psychoanalytischen Mythenbildung über die Geschlechterdifferenz, 1995).

Etwas karikierend überzeichnet könnten sich Frauenbilder, die gleichwohl Zuschreibungen an die »Rolle« der Frauen in deren Bezogenheit auf die Männer darstellen, als - aus männlicher Sicht - zwei zentrale Wunschphantasien ausmachen lassen: die Frau als die »Heilige« und/oder als die »Hure«, d.h. als die dienende Fürsorgerin und/oder als das bediente Sexualobjekt: Mann braucht sie und Mann gebraucht sie, beides zur Stärkung männlicher Leistungsfähigkeit. Solchermaßen gebraucht erfahren Frauenbilder gelegentlich auch eine phantastische Idealisierung. Und Frauen könnten sich geneigt sehen, irgendwo zwischen diesen beiden Polen ihr Frau-Sein in bezug auf Männer zu gestalten oder ihr Frauenseלבstbild dementsprechend zu modellieren.

Daneben wären ggf. noch zwei weitere Frauenwunschbilder auszumachen, die weniger mit der Mann-Frau-Bezüglichkeit als vielmehr mit dem sozialen Standort und Stellenwert der Frau zu tun haben und die quasi quer zu den oben genannten »Bildern« liegen:

Das eine ist eine Neuauflage des »Heimchens am Herd«, das sich bei der derzeiti-

gen Arbeitsstellenknappheit wünschenswerterweise aus der Erwerbstätigkeit heraushält und, ganz aufgehend im neuerweckten alten Weiblichkeitsmythos (s.a. Brownmiller 1987), ihr Glück in Familie und gut geschützter häuslicher Beschränkung findet. Das andere ist das Bild der »emanzipierten Superfrau«, die nicht nur schön und begehrenswert, sondern überdies intelligent und »draußen im Leben« beruflich äußerst erfolgreich ist und gleichzeitig in erfüllter Liebe eine glückliche Ehe mit dem Mann ihrer Träume führt und ganz nebenbei ihren drei wohlgerateten Kindern eine wunderbare Mutter ist (vgl. die neuen Frauenromane).

Zwischen diesen beiden Polen läge das Feld der Versagerinnen...

Allerdings hat die neue »Heimchen-am-Herd«-Variante den Nachteil, daß sie aufgrund der mit dieser Position verbundenen gesellschaftlichen Abwertung und Ausgrenzung einen günstigen Rahmen für die Entwicklung von frauentypischen Depressionen und Phobien abgibt.

Und die »Superfrau«-Variante hat nicht nur den Nachteil, daß sie schwer zu verwirklichen ist, sondern auch, daß Annäherungsversuche an solche Perfektion einen guten Nährboden für die Entwicklung etwa einer Bulimie (Eß-, Brech-Sucht) abgeben.

Eine kulturhistorische Rahmenkonzeption

In aller Kürze möchte ich hier eine Rahmenkonzeption vorstellen, die für die gesellschaftliche bzw. sozial-kulturelle wie auch für die individuelle psychosoziale Entwicklung einige wesentliche Dimensionen herausstellt (vgl. Hildebrand-Nilshon, 1989; Haselmann, 1991), nämlich Entwicklungsdimensionen mit jeweils zwei komplementär aufeinander bezogenen Polen, die zwar in einem Spannungsverhältnis stehen, aber gleichwohl eine (dialektische) Einheit bilden.

Denn nur beide »Seiten« zusammengekommen gewährleisten (in ihrer widersprüchlichen Aufeinanderbezogenheit) so-

wohl die Entwicklung jedes einzelnen Menschen wie auch die Reproduktion eines Gemeinwesens.

Obzwar sich (menschliche) Entwicklung natürlich für beide Geschlechter über die beiden Pole erstrecken muß, habe ich den beiden Seiten die Geschlechtskategorien »weiblich« und »männlich« zugeordnet.

Mit dieser Zuordnung sind die folgenden Thesen verbunden:

1. Die Entwicklungspole auf der linken Seite des Schemas (z.B. Integration, Reproduktion, Verbindung, Kooperation) charakterisieren den dominanten Zug von eher weiblichen Sozialformen, und die auf der rechten Seite (z.B. Durchsetzung, Produktion, Trennung, Kontrolle) charakterisieren den dominanten Zug von eher männlichen Sozialformen, was gleichzeitig heißt, daß in den typisch männlichen Formen die »linke Seite« etwas verkümmert erscheint, während in den typisch weiblichen Formen die »rechte Seite« etwas unterdeterminiert bleibt.

2. Entwicklungslogisch stellt eigentlich die linke Seite (z.B. Intimität/Abhängigkeit) die Voraussetzungsseite dar, d.h. sie bildet die Basis für die Entwicklung der je anderen Pole (also z.B.: Autonomie/Unabhängigkeit).

In patriarchal organisierten Gesellschaften jedoch findet man - praktisch wie ideologisch - eine Verhältnisumkehrung in Richtung einer Überbetonung und Überbewertung der rechten Seite: So wird etwa das Produktive über das Reproduktive, das Individuelle über das Gemeinsame, die Kontrolle über die Kooperation gestellt - und natürlich das Männliche über das Weibliche.

In dieser Gewichtung gründet sich also auch die Höherwertung des Männlichen über das Weibliche... bis hin zur postulierten Ungleichwertigkeit der Geschlechter.

Intimität (Abhängigkeit)	↔	Autonomie (Unabhängigkeit)	natur- historische Basis
Sozialität	↔	Egozentrismus	menschliche Entwicklung vom Kleinkind bis zum Erwachsenen
Intersubjektivität	↔	Individualität	
soziale Integration	↔	individuelle Durchsetzung	
sozial-reproduktiv		produktiv	historische Organisiert- heit
Formen des Gemeinsamen	↔	Formen des Individuellen	gesellschaftl. Beziehungs- formen
Verbindung	↔	Trennung	Bedürfnis- seite
Kooperationsbedürfnis		Kontrollbedürfnis	
„weiblich“	↔	„männlich“	Geschlechts- kategorien

Das Problem besteht m.E. nicht allein darin, daß sich ein Kind von Geburt an in die geschlechtsspezifisch strukturierten Interaktions- und Kommunikationsformen hinein und so gesehen etwas »einseitig« entwickelt, sondern auch darin, daß dabei i.a. minderer Wert für eher weibliche Sozialformen und höherer Wert für eher männliche Formen mitkonstruiert wird (im weiteren dann auch vermittelt über die Verknüpfung an wertende Geschlechter-Stereotype wie: weiblich = schwach und passiv; männlich = stark und aktiv etc.).

Entwicklung zum Frau-Sein / Mann-Sein
Kinder fangen an, in der zweiten Hälfte des 2. Lebensjahres den anatomischen Geschlechtsunterschied zu entdecken und sind von da an mit der Aufgabe konfrontiert, diese Entdeckung kognitiv und emotional zu verarbeiten und sich in ihrer Ich-Entwicklung darauf zu beziehen. Und sie tun dies vermittelt über die Art und Weise, wie sich die erwachsenen Bezugspersonen im Hinblick auf (normgemäßes) geschlechtstypisches Verhalten benehmen, sowohl dem Kind gegenüber wie untereinander.

So wächst das Kind in die geschlechtsspezifischen Habitusformen, somatischen Kulturen und Beziehungsmuster (s.u.) hinein, die ihm vorgelebt und mit ihm zusammen gelebt werden und die es selbst lebt.

Nach meiner Konzeption werden geschlechtsrollentypische Verhaltens- und Erlebensmuster weniger anerzogen oder an»sozialisiert«, vielmehr werden sie von den Kindern in den Interaktions- Kommunikations- und Praxisformen, in die sie hineinwachsen und in denen sie innerhalb ihres familialen Systems auch schon als kleine Kinder mitwirken, aktiv angeeignet als: Handlungs-, Denk-, Bewertungsmuster, als Formen des Umgangs mit dem eigenen und dem fremden Körper wie auch als Motive.

Wenngleich nun diese Aneignung und auch die Ausbildung entsprechender Motive, die dann zentral werden können für die weitere Persönlichkeitsentwicklung, aktiv erfolgen, so geschehen sie doch i.a. ohne Bewußtseinsbeteiligung - wie ja auch umgekehrt die Herstellung geschlechtsspezifischer Beziehungs- und Kommunikationsverhältnisse sowie die Realisierung entsprechender »Umgangsformen« auch seitens der Erwachsenen (z.B. innerhalb eines Familiensystems) i.d.R. ohne explizit bewußte Intention erfolgt.

Gezielte erzieherische Interventionen (etwa wenn die Eltern ihr Kind ganz im Sinne oder ganz im Gegensinne der traditionellen Geschlechterrolle erziehen wollen) zeitigen hier viel weniger Wirkung, als es die gelebten Interaktions-Erfahrungen der Mädchen und Jungen in den realisierten Beziehungsverhältnissen und in den Praxisformen des Umgangs mit dem eigenen und dem fremden Körper tun.

Habitus¹

Auf dem Hintergrund historisch reproduzierter sozialer Konstruktionen von Männlichkeit und Weiblichkeit und dazu passender Praxisformen von Männern und Frauen übt sich ein Junge etwa auf einen Habitus ein,

der nach oben, nach draußen und aus sich heraus geht (was dann mit Durchsetzungsfähigkeit und Überlegenheit assoziiert wird), wohingegen sich ein Mädchen auf einen Habitus nach unten, nach innen und in sich hinein einrichtet, was dann als Schwäche und Unterlegenheit gedeutet wird. Über solche habituellen Muster, die sich vornehmlich auch in Körperhaltungen und gestisch-mimischen Artikulationen ausdrücken (z.B. gehen Frauen eher mit gebeugtem Kopf, senken schneller ihre Augenlider, sprechen zu leise, zu schnell oder zu schrill und sitzen eher mit verschränkten Beinen und beanspruchen damit weniger Platz...), definiert sich auch der Stellenwert von Männern und Frauen in der Gesellschaft.

So erfolgt eine Einübung in Überordnungs/ Unterordnungs-Strukturen schon recht früh und wird über die Praxisformen (Formen des Umgangs miteinander) insbesondere vermittelt der körpernahen »Technologien« und Ausdrucksformen immer wieder aufs neue reproduziert.

Somatische Kultur²

Insbesondere in der Pubertät wird die Aufmerksamkeit stark auf den eigenen Körper gerichtet. Die personale und soziale Identitätsbildung schließt hier zentral auch (z.B. als »Körperselbstbild«) die Bezogenheit auf die eigene Körperlichkeit und Geschlechtlichkeit ein. Dabei spielt eine Rolle, wie Geschlechtlichkeit über »somatische Kulturen«, d.h. wie Frau-Sein und Mann-Sein über den Umgang mit dem eigenen (und dem fremden) Körper sozial konstruiert wird. Zum Beispiel erfolgt die soziale Konstruktion von Geschlechtlichkeit in einer Weise, die es Mädchen schwer macht, sich ihren eigenen Körper »anzueignen« und sich als Sexual-»Subjekte« zu erfahren. Vielmehr haben sie ihren Körper zur Schau und zur Verfügung zu stellen, so daß Fragen des Aussehens und der Attraktivität für andere in den Vordergrund rücken. In bezug auf Körperlichkeit und entstehende sexuelle

Bedürftigkeit sind somit bei Mädchen die passiven Varianten gefragt: Es gilt, den Körper »anzubieten«, entweder als Anschauungsobjekt oder als Sexualobjekt (s.a. Frigga Haug 1983).

Man kann es auch so ausdrücken: Eine junge Frau wird ihr eigenes Selbst-Gefühl dem Gefühl, etwas in der Einschätzung anderer zu sein, hintanstellen... »Männer handeln, und Frauen treten auf. Männer sehen Frauen an. Frauen beobachten sich selbst als diejenigen, die angesehen werden. Dieser Mechanismus bestimmt nicht nur die meisten Beziehungen zwischen Männern und Frauen, sondern auch die Beziehung von Frauen zu sich selbst.« (John Berger 1974, zitiert nach Annie Fursland 1994, 25).

Beziehungsmuster/Motive³

Ein anderer Aspekt sind die zwischenmenschlichen Verhältnisse und Beziehungsformen, in die ein Kind hineinwächst und in deren Kontext sein Handeln sozial-interaktive Bedeutung erhält und schließlich auch persönlichen Sinn macht.

Mit Mädchen und von Mädchen werden vor allem solche Beziehungsmuster realisiert, die Abhängigkeit von anderen beinhalten, sei es in der Form von eigener Schutz- und Hilfsbedürftigkeit oder in der Form von fürsorglich-sein, für-andere-da-sein, sich-andere-»hingeben«. Solche Beziehungsmuster können - mit existentieller Bedeutsamkeit gekoppelt - zu (unbewußtermaßen verfolgten) Motiven werden, deren Erfüllung dann den Sinn und das Glück des persönlichen Lebens ausmacht. Von Frauen wird dieses Abhängigkeitsmotiv häufig »übersetzt« oder wahrgenommen als das Bedürfnis, »geliebt zu werden und zu lieben«.

Im Unterschied dazu stehen bei den Jungen Beziehungsmuster der Konkurrenz und des Wettbewerbs im Vordergrund. Sinn und Glück des Lebens ist für Männer entsprechend diesen Motiven stärker an die Realisierung von (beruflichem) Erfolg oder Dominanz oder Stärke oder Potenz - im ver-

gleichenden Wettbewerb innerhalb der Männergesellschaft - gebunden.

Es liegt nahe, daß die Abhängigkeitsmotive eher ein Gespür für Zwischenmenschlichkeit entstehen lassen und Fähigkeiten, sensibel die Belange von anderen mit zu berücksichtigen, wohingegen den Konkurrenzmustern diese Fähigkeiten eher abgehen.

Aber die andere Seite ist, daß die Abhängigkeitsmuster die Autonomie-Entwicklung blockieren und damit auch die »Selbstverwirklichung« behindern und schließlich auch im Zusammenhang mit den habituellen Mustern der Unterwürfigkeit (s.o. Habitus-Konzept) den sozialen Wert herabsetzen und somit auch das Selbstwertgefühl erniedrigen.

Und fatalerweise handelt sich bei allen psychischen Störungen oder psychosozialen Kränkungen im Kern um Probleme oder Konflikte mit der Autonomie, der Selbstverwirklichung und dem Selbstwert.

Im Laufe des Lebens können Beziehungsmuster und Motive neu gebildet und geändert werden, je nachdem, in welche neuen Beziehungsformen (Formen des Miteinanders) man/frau sich aktiv hineinbegibt und als bedeutsam erlebt, und je nachdem, wie Krisen und Konflikte bewältigt werden können. Bei sehr enger Ausrichtung der Motive (z.B.: »immer für andere da sein und dafür geliebt werden«) kann deren ungebrochene Realisierung schwierig werden. Entsprechendes »Scheitern« (in der Realisierung zentraler Lebensmotive) drückt sich dann in Krisen aus - bis hin zu schweren Orientierungskrisen, die zwar auch einen »qualitativen Entwicklungssprung« (hin zu anderen Beziehungsmustern) ermöglichen könnten, aber oft nur symptomatisch »gelöst« werden, d.h. in Form einer psychischen »Störung« (vgl. Haselmann 1985).

Generell muß die kindliche, insbesondere die frühkindliche Konstitution von Intersub-

ektivität als sehr grundlegend für die Bildung des Motivsystems betrachtet werden. Dabei unterdrücken insbesondere gewaltsame Formen von Intersubjektivität die Bildung von (Ur-)Vertrauen und von Autonomiegefühl (vgl. Hildebrand-Nilshon 1989, und als eine wichtige Quelle für die Entstehung psychischer Störungen kann die Inkorporierung sozialer Beziehungen, speziell von Macht- und Gewaltverhältnissen angenommen werden. Gerade aus den körpernahen Beziehungen in der Familie resultieren die fundamentalsten Festlegungen der sozialen Identität des Kindes (im Verhältnis zum eigenen und zum fremden Körper) sowie der Erwerb eines ganzheitlichen Gefühls des sozialen Wertes der eigenen Person (vgl. Brandes u.a. 1989).

Unter diesen Gesichtspunkten sei hier auch der Umstand erwähnt, daß Mädchen mit sehr viel höherem Risiko von sexuellem Mißbrauch in der Kindheit betroffen sind als Jungen (vgl. Rohde-Dachser 1995).

Während sich i.a. als psychosoziale Entwicklungsbedingungen für Mädchen eingeschränkte Handlungs- und Bewegungsspielräume ausmachen lassen, stehen auf der anderen Seite den Jungen nur begrenzte emotionale Artikulationsspielräume zur Verfügung (z.B. weint ein Mann nicht). Lediglich bei aggressiven Gefühlen scheint dies nicht zuzutreffen: Wie eine aktuelle Untersuchung an Jugendlichen zeigt (Petra Kolip 1997), bringen die männlichen Jugendlichen ihre Aggressionen offen zum Ausdruck, wohingegen den weiblichen Jugendlichen der Ausdruck verwehrt zu sein scheint, obzwar sie - laut der Untersuchung - mehr aggressive Gefühle empfinden als die Jungen.

»Kritische« Entwicklungsabschnitte im Frauenleben

Bekanntermaßen sind die beiden Lebensabschnitte der Adoleszenz und der Menopause mit erhöhten Krankheitsauffälligkeiten bei Frauen verbunden. Zwar werden

Mädchen schon von früh an auf das Abhängig-Sein hinorientiert, auch z.B. auf das Erraten und Erfüllen der Erwartungen anderer, aber eine entscheidende Bruchstelle, auf dem Weg zu einem doch irgendwie autonomen und gleichzeitig bindungsfähigen Frauenleben, scheint dann insbesondere die Adoleszenz zu sein, in der dem vorher durchaus subjektiv handelnden Mädchen sozial nahegelegt wird, sich nun aber zum Objekt des Interesses, des Gefallens, des Begehrens der Jungen zu machen; begehrt zu werden, statt zu begehren.

Wenn andererseits gleichzeitig von den Mädchen erwartet wird, daß sie sich im schulischen und Ausbildungsbereich durchaus mit all' ihren Bestrebungen und Fähigkeiten als Subjekt einbringen, können entsprechend widersprüchliche (z.T. doppelbindende) Forderungen wie: »Sei selbstbewußt und aktiv, sei aber auch passiv und unterlegen« oder: »Erbringe Bestleistungen im Beruf, sei aber nicht besser als ein Mann« (etc.) durchaus konflikthaft in die Identitätsbildung der jungen Frau eingehen, z.B. als Konflikterleben zwischen (beruflichem) Erfolg und Attraktivität für Männer, etwa nach Art der Fragestellung: »Bin ich klug und kompetent, oder bin ich liebens- und begehrenswert?« (s.a. Lawrence 1994).

Während für die adoleszente Entwicklung eine soziale Entwertung des Subjekt-Status' weiblichen Begehrens postuliert werden könnte, ließe sich für die Wechseljahre eine etwas anders gelagerte Entwertung konstatieren: Insoweit sozial-kulturelle Konzeptionen von Weiblichkeit an die Gebärfähigkeit der Frau gebunden sind, scheint mit der Menopause die Frau als Frau und als beehrtes Wesen »ausgedient« zu haben.

Psychische Erkrankungen – Stichpunkte zur Epidemiologie

Alle statistischen Erhebungen zeigen auf, daß psychische Erkrankungen bei Frauen häufiger vorkommen als bei Männern. Und

zwar gilt dies im allgemeinen wie auch bezogen auf die meisten Krankheitsbilder, bei denen nur in einigen Fällen (z.B. sexuelle Verhaltensabweichungen, Alkoholismus und Alkoholpsychosen, Drogenmißbrauch, zwanghafte und paranoide Persönlichkeitsstörungen) Männer eindeutig die Vorreiterrolle innehaben (vgl. die Statistik von Rohde 1993).

Daß die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Frauen - laut Statistik - soviel höher veranschlagt wird als bei Männern, könnte man unter verschiedenen Aspekten betrachten: z.B. inwieweit die am männlichen Geschlechtsrollentyp orientierten Gesundheitsvorstellungen zu einer schnellen Pathologisierung von Frauen führen; oder inwieweit sich Frauen aufgrund ihrer größeren Bereitschaft zur Selbsteröffnung eher in Behandlung begeben als Männer; oder inwieweit Frauen (in patriarchalen Verhältnissen) »gute Gründe« haben, psychisch krank bzw. psychosozial gekränkt zu sein.

Dieser Fragestellung sei hier aber nicht weiter nachgegangen, sondern auf einige weitere statistische Ergebnisse hingewiesen: In puncto »Geschlecht und Jugendalter« wäre hervorzuheben, daß in der Pubertät ein - so Kolip (1997) - »denkwürdiger Wandel« zu beobachten ist. Bis zu diesem Lebensabschnitt sind nämlich die Jungen deutlich häufiger durch Krankheiten und Verhaltensauffälligkeiten belastet; aber im Jugendalter dreht sich dieses Verhältnis um und die Mädchen sind stärker betroffen und auch in psychosomatischer und psychischer Hinsicht krankheitsauffälliger. Und diese Unterschiede bleiben dann im Erwachsenenalter bestehen.

In puncto »Geschlecht und Familienstand« fand man, daß verheiratete Frauen psychisch labiler und krankheitsanfälliger sind als alleinstehende Frauen, jedoch die alleinstehenden Männer gefährdeter sind als die verheirateten Männer (s. z.B. Keupp in

Keupp/Rerrich 1982; Lerner 1993). Anders als die populäre Mythologie uns glauben machen will, scheinen demnach Frauen ohne Männer ganz gut zurechtzukommen, während Männer weitaus anfälliger für emotionale und psychische Störungen sind, wenn sie allein leben.

In diesem Zusammenhang und zum Abschluß des ersten Teils dieses Artikels dürfen auch einige Stärken der offenbar krankheitsanfälligeren Frauen postuliert werden: Sie sind stark durch und mit ihrer Leidenschaftlichkeit und Krankheitsanfälligkeit, die sich - als Ressource verstanden - schließlich vielleicht in ihrer (durchschnittlich etwa um 7 Jahre) höheren Lebenserwartung niederschlägt.

Ihre Kompetenzen liegen in einer höheren Sensibilität für zwischenmenschliche Problemsituationen, in besserer emotionaler Artikulationsfähigkeit, in einem ausgeprägteren Hilfesuchverhalten.

Überdies können sie sich selbst und andere besser versorgen und besser alleine leben als Männer. Einsamkeit ist auch schlimm für Frauen, aber für Männer »ganz schrecklich« (laut Eichenbrenner 1993, 289).

II. KRANKHEITSBILDER BEI FRAUEN

Zur Einführung in die Krankheitsbilder

Bevor im folgenden der Blick auf einzelne Krankheitsbilder gerichtet wird, sei vorneweg gesagt, daß ich alle wie auch immer definierten psychischen Erkrankungsformen oder symptomatischen Verhaltensweisen aus der Sicht des Subjekts als Bewältigungs- oder Konfliktlösungsversuche verstehe, soll heißen: als individuelle Versuche, mit einer als unerträglich empfundenen Lebenssituation oder mit einer nicht verkräftbar erscheinenden (einstigen oder aktuellen) Lebenserfahrung oder mit einem unauflösbar anmutendem Konflikt irgendetwie »fertig« zu werden.

Dabei mögen die Lösungsversuche als »inadäquat« oder »mißlingend« eingeschätzt

werden, insoweit sie nicht geeignet sind, das Leiden zu verringern, sondern dieses manchmal sogar noch vergrößern, und die entsprechenden Verhaltensäußerungen mögen - von außen betrachtet - als »dysfunktional« bezeichnet werden.

Aber aus systemischer Perspektive kann man mit Sicherheit sagen, daß sie eine Funktion haben innerhalb des jeweiligen (Bezugs-)Systems und im systemischen Zusammenhang Sinn machen. Und auch aus dem Blickwinkel der Subjektivitäts-Entwicklung in sozial-kontextuellen Bezügen machen sie persönlichen Sinn. Das Fatale ist nur, daß die wie auch immer als neurotisch oder psychotisch diagnostizierten sinnvollen »Lösungen« nicht zur Veränderung der Beziehungsmuster, aus denen sie herrühren, beitragen, sondern diese im Gegenteil noch zementieren. Dies läßt sich für alle nachfolgend skizzierten Krankheitsbilder aufzeigen.

Bei Männern resultieren einige Störungen (z.B. Depression) oft eher aus Konkurrenzmustern und darauf bezogene kränkende Erfahrungen des Scheiterns und haben so gelegentlich in ihrer psychischen Qualität einen anderen Charakter als die gleich benannten Störungen bei Frauen. Andererseits zeigte sich in den letzten Jahren, daß hier mehr und mehr ein »Austausch« zwischen den Geschlechtern stattfindet und z.B. auch Männer verstärkt Symptome entwickeln, die früher fast ausschließlich bei Frauen vorkamen (z.B. Agoraphobie, Magersucht).

Bei den »störungsrelevanten« (weiblichen) Beziehungsmustern handelt es sich entweder um:

- Abhängigkeitsmuster, in denen es nicht gelingt, sich als handelndes Subjekt zu konstruieren und zu einer Unabhängigkeit zu gelangen (z.B. psychosomatische Störungen, Agoraphobie, Depressionen). Oder es handelt sich um:
- Protestformen gegen Unterdrückung bzw.

Erniedrigung, in denen es aber nicht gelingt, zu einer Erweiterung eigener Handlungsspielräume zu gelangen, sondern - im Gegenteil - Handlungsräume noch weiter eingeschränkt werden (z.B. Magersucht, Borderline-Störungen). Oder es handelt sich ggf. um:

- konflikthafte Mischformen aus beiden Mustern (z.B. Bulimie).

Meine Konzeption der Beziehungsmuster akzentuiert die Eingebettetheit menschlichen Handelns in sozialen Interaktions- und Kommunikationsformen innerhalb je historischer gesellschaftlicher Verhältnisse, somit auch der jeweiligen sozial-kulturellen Konstruktion der Geschlechterverhältnisse.

Damit stellt sie eine Rahmenkonzeption dar, die m.E. breit genug ist, um dann etwa mit Blick auf einzelne Krankheitsbilder auch z.B. psychoanalytische und systemische Konzepte zu integrieren.

Das eigentlich »Problematische« besteht nicht darin, daß in einigen Lebensbereichen Abhängigkeitsmuster (oder bei Männern eher Konkurrenzmuster) bzw. die jeweiligen Protestformen realisiert werden, sondern daß dies zu ausschließlich zu eng oder zu starr erfolgt. Folglich wäre als Ziel eine Flexibilisierung zu enger oder zu starrer Beziehungsmuster (Motive) anzustreben, die durch neue Beziehungserfahrungen erfolgen kann und ferner - angesichts der immer wieder durchscheinenden Abhängigkeits-Autonomie-Konflikte - als übergeordnetes Ziel: die Individuation in der Verbundenheit (vgl. Chodorow aus psychoanalytischer Sicht; Stierlin aus familiensystemischer Sicht).

Einige Krankheitsbilder im einzelnen

Es werden im folgenden, auf dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen, die Eßstörungen Magersucht und Bulimie, ferner Depressionen und die Agoraphobie, jeweils im Hinblick auf ihre psycho-soziale Dynamik, ausführlich betrachtet, während im

weiteren das sog. »Frauensyndrom« und die Borderline-Störung nur kürzere Erwähnung finden.

Magersucht (Anorexia Nervosa)

Von klinisch diagnostizierter Magersucht sind bis zu 4% der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik betroffen. Der wahre Anteil wird allerdings höher geschätzt.

Während diese Krankheitsform im vorigen Jahrhundert noch kaum vorkam, haben wir es aktuell - seit den 70er Jahren - mit ständig steigenden Zuwachsraten zu tun. Insbesondere wird von weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen mit außerordentlich guten Schulleistungen bzw. von hohem Bildungsstand (i.d.R. Töchter aus Ober- oder Mittelschicht-Familien) diese »Eißstörung« als Lösungsversuch ihrer Konfliktlage gewählt.

In den letzten Jahren wurde Magersucht aber auch von Jungen bzw. jungen Männern entwickelt, so daß inzwischen ihr Anteil schätzungsweise bei 10% aller Magersüchtigen liegt (vgl. Kolip 1997).

Der Frauenanteil von 90% rechtfertigt aber immer noch die Annahme, daß im Hintergrund dieser Erkrankung eine frauenspezifische Problemlage steht, die vermutlich mit (alten und neuen) sozial-kulturellen Mustern von Weiblichkeit und Frau-Sein in Verbindung zu bringen ist.

Auf diesem Hintergrund spielen dann natürlich individuelle lebensgeschichtliche Erfahrungen in spezifischen familialen Kontexten für die Entwicklung von Magersucht die ausschlaggebende Rolle.

Erste Assoziationen, es könne sich bei der Magersucht um eine Art aus der Kontrolle geratenen Schlangheitswahn bei jungen Frauen handeln, in dem Bestreben, den kulturellen »schön-schlank«-Idealen zu entsprechen, erweisen sich als unzutreffend, wenn man sich Magersüchtige ansieht, die mit ihrem mageren Aussehen das Musterbild schlanker Weiblichkeit eher ad absurdum führen bzw. das Stereotyp der schlank-

attraktiven Frau pervertieren. Zwar mag eine Art Schlank-Hungern (speziell bei Pubertierenden) am Beginn der Erkrankung stehen, aber im wesentlichen ist sie dann doch das, was sie darstellt, nämlich ein Hungerstreik, wenzwar die damit verbundenen Forderungen nicht benannt werden.

Es handelt sich jedenfalls um einen Protest, der zwar in der Form eines passiven Widerstandes erfolgt und nicht zur »Rebellion« führt, aber dennoch machtvoll wirkt und in der Umgebung einer Magersüchtigen starke Gefühle von Machtlosigkeit hervorruft. Sie weigert sich einfach, zu essen... und verweigert damit nicht nur Nahrung, sondern auch Abhängigkeit und Fürsorge... und erweist sich gleichzeitig als willens»stark« in der Kontrolle und Verleugnung ihrer (körperlichen) Bedürftigkeit bzw. erhabenen Geistes über einen Körper, mit dem sie nichts zu tun haben möchte.

Gleichzeitig weigert sie sich aber auch, ihr Leben »in die Hand« zu nehmen und die Verantwortung für die Lösung der unmöglichen Situation, in der sie sich befindet, zu übernehmen (vgl. Troy Cooper 1994) und schreckt vor Erwachsenwerden (oder Erwachsensein) und aktiver Sexualität zurück und verbaut sich den Weg, sich zum Subjekt in puncto Entscheidungsfähigkeit, Selbstbestimmung und Autonomie-Entwicklung zu machen.

Die magersüchtige Frau reagiert mit ihrem »Protest« auf widersprüchliche Forderungen (einer bildungsbeflissenen Mittelschicht), sowohl leistungsstark, ehrgeizig, intelligent, erfolgreich und »besonders« zu sein, einerseits, als auch gleichzeitig ganz in den traditionellen Mustern von Weiblichkeit aufzugehen, also für-andere-da und alles gebend sowie vor allem auch für Männer attraktiv und begehrenswert und dabei etwas dümmlich-unterlegen zu sein (klug, aber nicht zu klug - auf jeden Fall »dem Manne untertan«), andererseits.

Die symptomatische Konfliktlösung der Magersüchtigen besteht nun fatalerweise da-

rin, daß die beiden Seiten des Widerspruchs quasi in einer Karikatur zusammengefügt werden: Leistungsstärke und »Erfolg« wird hier im Bekämpfen des Hungers »bewiesen«, Weiblichkeit in der Form realisiert, sich schwach und dünn zu machen, sich »aufzuopfern« und eigene Bedürftigkeit zu negieren. (»Ich bin jemand, die nichts braucht. Ich kann mich in jeder Hinsicht reduzieren«; Mira Dana 1994, 79).

Schließlich handelt es sich aber um einen verzweifelten Versuch, Kontrolle zu erlangen, und stellt einen Kampf um Selbstbestimmung dar, der zunächst in der Arena familialer Kontexte ausgefochten wird (s.a. Hilde Bruch 1995).

In ihrer Kindheit waren Magersüchtige »die besten kleinen Mädchen der Welt«, lieb und brav, hilfsbereit und zuvorkommend, gehorsam und bescheiden, in der Schule lerneifrig und fleißig, also früh geübt darin, anderen zu gefallen und es allen recht zu machen... wiewohl dies für sie auch schon früh mit dem lähmenden Gefühl verbunden sein mochte, auf nichts Einfluß nehmen zu können. Und diese netten kleinen Mädchen haben meistens allzu gute Mütter, die überfürsorglich die Bedürfnisse des Kindes vorwegzunehmen trachten bzw. überbehütend das - im Unterschied zum Jungen - »zarte und schwache« Mädchen besonders versorgen. Oft handelt es sich bei den Müttern um Nur-Hausfrauen mit Tendenzen zu Unterwürfigkeit und Selbstopferung (vgl. Mara Selvini Palazzoli 1982), aber voller Ehrgeiz für ihre Töchter (vgl. Peter Dally 1979) und bei den Vätern - komplementär dazu - um sympathische kleine Patriarchen.

Die magersüchtige (anorektische) Familie läßt sich (nach Minuchin 1983) kennzeichnen als »verstrickt« (die einzelnen Familienmitglieder grenzen sich nicht hinreichend voneinander ab), als »übertrieben fürsorglich«, als »rigide« und als »Konflikt-vermeidend« (s.a. Gill Edwards 1994). Daraus ent-

stehen dem Mädchen oder der jungen Frau Probleme mit der Autonomie-Entwicklung, welche dem »Ausbruch« einer Magersucht vorangehen.

Von Belang dürfte auch sein, daß in einer anorektischen Familiensituation (gemäß Minuchin) der Körper des Mädchens nicht ihm, sondern der ganzen Familie zu gehören scheint; und nach Szasz (1974) ist die Anorexia nervosa Ausdruck eines Kampfes um die Frage, wer die Kontrolle über den Körper des Individuums hat (vgl. Edwards 1994).

Muster:

- für andere alles gut und richtig machen und gefallen?
 - Symptom als Versuch einer Auflehnung gegen empfundene Unterdrückung/Erniedrigung
 - Protest gegen Außenkontrolle über den eigenen Körper, etwa in der Form, zum Sexobjekt »gemacht« zu werden oder anderweitig zum Spielball gemacht zu werden
 - Protest gegen jede Art von Kontrolle oder Einflußnahme
 - Beweis des eigenen stahlharten Willens bis zum Verhungern
 - die abgelehnte Unterdrückung durch andere wird selbst angewandt gegen die eigenen Körperbedürfnisse, ebenso wie auch massive Kontrolle
- Zementierung des Musters? - jedenfalls gelingt die Auflehnung nicht.

Bulimie (Eß-, Brechsucht oder auch Freß-, Kotsucht)

Es gibt Schätzungen, denen zufolge 40-50% aller Magersüchtigen bulimisch werden (vgl. Cooper 1994). Allerdings ist dies oft die Folge von mehr oder weniger unsanften Krankenhausbehandlungen, in denen die Magersüchtigen in speziellen Verhaltensprogrammen zum Essen gezwungen und damit glücklicherweise z.T. vor dem Tod durch Verhungern bewahrt werden, was aber i.d.R ohne Bearbeitung der Probleme,

die in die Magersucht getrieben haben, geschieht. Solchermaßen in ihrem Willen »gebrochene« Magersüchtige entwickeln dann häufig eine Bulimie, indem sie zwar essen, aber heimlich alles wieder erbrechen.

Von diesen Fällen abgesehen, in denen sich hinter der Bulimie eine gebrochene Magersucht verbirgt, ist eigentlich davon auszugehen, daß es sich um unterschiedliche Krankheitsbilder mit je eigener psychischer Dynamik handelt.

Es wird geschätzt, daß bis zu 4% der Gesamtbevölkerung der BRD von Bulimie betroffen sind; da es sich jedoch bei der Bulimie um eine im höchsten Maße versteckte und verheimlichte Störung handelt, ist anzunehmen, daß das tatsächliche Vorkommen deutlich höher liegt. Bulimie betrifft fast ausschließlich, nämlich zu 99% Frauen. (Daten nach Kolip 1997).

Zuordnungen zu bestimmten Sozialschichten lassen sich nicht machen, aber häufig stammen Bulimikerinnen aus sog. »Aufsteigerfamilien«. Es sind nicht vornehmlich junge Frauen oder Heranwachsende betroffen, sondern auch reifere Frauen; aber der Gipfel liegt wohl zwischen 20 und 30 Jahren.

Im Unterschied zu den Magersüchtigen waren sie als Kinder nicht unbedingt besonders nette kleine Mädchen mit besonders guten Schulnoten in besonders »heilen« Familien, aber dafür wird das »Besonders-Sein« später um so mehr angestrebt:

Der beziehungsmäßige und motivationale Hintergrund, auf dem das Fressen und Kotzen einen Sinn macht und als Problembewältigungsstrategie eingesetzt wird, ist nämlich mit einer starken Orientierung an Schönheits- und Tüchtigkeits-Idealen verbunden; angestrebt wird das »Superfrau-Ideal« (Superwoman-Syndrom); es geht darum, perfekt und »untadelig« zu sein in allen Belangen: schön, schlank und attraktiv für Männer; tüchtig und erfolgreich im Beruf; ideale Partnerin für den anderen, ggf. Familiengründung und Muttersein und

gleichzeitig »Karriere-Machen« realisieren, dabei mal Passivität und weibliche Fürsorge, mal aktives und cooles Durchsetzungsvermögen »an den Tag zu legen«, und zwar immer je nachdem, wie dies in der jeweiligen Umgebung gerade gewünscht oder erwartet oder gefordert wird.

Dies geschieht in der Zerrissenheit, einerseits doch noch abhängig und bedürftig sein zu wollen (es sich aber nicht zu gestatten) und andererseits ganz selbständig große Leistungen vollbringen zu wollen (und dies doch nicht ganz so perfekt hinzukriegen) - eine Zerrissenheit, die sich fast symbolisch in dem Symptomverhalten des Fressens (will Nahrung, Liebe, Abhängigkeit) und Kotzens (will frei sein von Abhängigkeit, stark und selbstbeherrscht) ausdrückt. Angesichts von Überforderung und Überlastung ermöglicht das Erbrechen überdies das »Auspeien« von negativen Gefühlen (Wut, Enttäuschung, Trauer), die anders nicht ausgedrückt werden können.

Über die Herkunftsfamilien wird berichtet, daß sie oft von der Großelterngeneration stark beeinflußt sind, konservative Umgangsformen pflegen und auf gute Manieren, Pflichterfüllung und auch Bildung Wert legen; ferner, daß sich die Väter bemühen, dem Klischee des starken und erfolgreichen Mannes zu entsprechen, die Mütter häufig lieber im Haus bleiben und sich dem Mann unterzuordnen scheinen, gleichwohl aber oft die Familie dominieren, und unter den Geschwistern eher Eifersucht, Neid, Rivalität besteht als Gemeinsamkeit i.S.v. Solidarität (vgl. Gerlinghoff/Backmund 1997).

Vor allem scheinen verschiedentlich Koalitionen vorzukommen, z.B. in der Form, daß die Tochter sich zur Vertrauten der Mutter gegen den Vater auserkoren läßt, oder etwa in der Form, daß der Vater die attraktiv anmutende, pubertierende Tochter zum »Vorzeigen« benutzt, um damit seine Frau, die er unattraktiv (zu dick) findet, zu erniedrigen. Andererseits übernehmen die Töchter häu-

fig die Aufgabe, die Ehe der Eltern zu »kiten«, und fühlen sich für deren Zufriedenheit verantwortlich und/oder sehen sich verpflichtet, selber zu erreichen, was den Eltern nicht gelungen ist... und etwas »Besonderes« zu werden.

Emotionale Fürsorge wird wenig erfahren, entsprechende Bedürftigkeit als schuldhaft erlebt. Und so bleibt eine »Gier« nach Befürsorgt- und Gefüttertwerden.

Die Bulimie kann in zwei Formen eingeteilt werden: Die eine Frau erbricht, um essen zu können, die andere (die »echte« Bulimikerin) frißt, um kotzen zu können (vgl. Cooper 1994). Im zweiten Fall scheint sich das Suchtverhalten eher auf das Kotzen zu beziehen als auf die Freßanfälle.

M.E. läßt sich die zentrale Ambivalenz der Bulimie als Konflikt kennzeichnen zwischen Bedürftigkeit/Abhängigkeit (also: Versorgtwerden- und Kindsein-wollen und emotionale Fürsorge brauchen) auf der einen Seite und »nach außen hin« Unabhängigkeit und Bedürfnislosigkeit zu demonstrieren (also: Erwachsensein und Verantwortung übernehmen wollen) auf der anderen Seite.

In ihrer Ambivalenz sagt die Bulimikerin »Ja, aber« zum Essen, ihren eigenen Bedürfnissen, auch zu anderen Menschen, muß das »gierige kleine Mädchen« abspalten und muß alles, was sie aufnimmt (Nahrung, Aufmerksamkeit, ein Lob, Komplimente) gleich wieder loswerden. Indem sie sich bemüht, als »perfekte Frau« dazustehen, erlebt sie sich gleichzeitig als Betrügerin und die »normale« Seite, die sie nach außen zeigt nur als Fassade (vgl. Mira Dana 1994).

So scheint sie eine Art Doppelleben zu führen: kompetent, kreativ, hilfsbereit, sensibel für andere, aber für sich allein und insgeheim bedürftig, unzulänglich, verletzt, unbeherrscht. Außergewöhnlich sein zu müssen, es anderen recht zu machen und für andere zu sorgen, ist gekoppelt mit der

Unfähigkeit zur Wahrnehmung eigener Bedürfnisse nach Fürsorge. Und dabei symbolisiert das Körperfett die Bedürftigkeit und muß abgelehnt werden. Schlanksein wird zu einer Art Zwangsvorstellung und das Kotzen zu einer »Überlebensstrategie«, um weitermachen zu können im Lebensstil des Strebens nach Erfüllung der kulturellen Diktate. Und dabei besteht (unabhängig vom Alter) eine entsetzliche Angst davor, erwachsen zu werden (vgl. Carol Bloom 1994). Die emotionale Überforderung bzw. Überlastung, die daraus resultiert, daß die Abhängigkeitsbedürfnisse verleugnet werden, ist auf dem Hintergrund der Vorgeschichte dieser Frauen zu verstehen, die von früh an zu wenig versorgt bzw. emotional befürsorgt wurden.

Im Unterschied zu Männern mit ähnlich defizitärer Vorgeschichte, die erwarten können, daß sie in ihrem Erwachsenenleben von Frauen emotionale Fürsorge erhalten, können die Frauen möglicherweise nur fressen und kotzen?

Muster:

- coole Superfrau sein in allen möglichen Belangen, dies aber nicht für sich, sondern für andere (um geliebt und anerkannt zu werden)
- Schrei nach echter Fürsorge und gleichzeitig Rebellion gegen die Perfektions-Forderungen in den Freßanfällen - aber negiert wiederum durch das Kotzen
- frau bleibt »super« = Zementierung des Musters.

Depressionen

Die Depression gilt als »Spitzenreiter« unter den psychischen Erkrankungen.

Das Verhältnis von Frauen zu Männern wird - weltweit - auf etwa 2 zu 1 geschätzt. Demnach wird - in den USA wie in Dänemark, in Nigeria wie in Island, in Australien wie in Israel - eine depressive Erkrankung bei doppelt so vielen Frauen als Männern diagnostiziert (vgl. McGrath et al. 1993). Aber nach Dörner/Plog (1984) gilt jedenfalls für psy-

chiatrisch diagnostizierte Depression das Verhältnis 7 zu 3 (bei Manie 1 zu 1).

Depressionen können sehr unterschiedliche Schweregrade annehmen: von leichten depressiven Verstimmungen (Bedrückungen) mit Sinnlosigkeitsgefühlen und Antriebschwäche bis zu schwerster psychotischer Depression bzw. Melancholie mit depressivem Stupor (also körperlicher Erstarrung).

Eine Depression ist um so tiefer, je weniger Gefühle von Niedergeschlagenheit, Schmerz und Angst empfunden werden können (vgl. Dörner/Plog 1994 nach Martina Michael 1997).

Ich möchte hier nicht auf die Differenzierungen zwischen reaktiver versus endogener oder psychotischer Depression eingehen, weil die psychische Entwicklungsdynamik im Prinzip ähnlich ist, wenn auch bei den »reaktiven« Depressionen die vorangehenden »kritischen Lebensereignisse«, etwa in Form von Trennung, Verlust, Mißerfolg, Wechsel der Lebensverhältnisse etc. deutlicher auszumachen sind als bei den sog. »endogenen« Depressionen.

Kennzeichnend sind neben der gedrückten Stimmungslage und der Antriebs- und Interesselosigkeit vor allem Tendenzen zu Selbstvorwürfen und Selbstanklagen, ferner Gefühle der Leere, des Mißmuts, der Insuffizienz, ggf. ängstliches Anklammergeverhalten, außerdem Schlafstörungen, Appetitlosigkeit etc. sowie latente oder manifeste Suizidalität. In der psychotischen Variante (als »affektive Psychose«) erreichen Selbstverdammung und Selbstdestruktivität größere Ausmaße und sind mit einer erheblichen Verzerrung der Realitätswahrnehmung verknüpft.

In der Selbst-Darstellung ihrer Depressionen nennen Männer zunächst eher die körperlichen oder vegetativ-somatischen An-

zeichen: matt, müde, kraftlos; während Frauen eher die stimmungsmäßigen Anteile darlegen: deprimiert, gedrückt, Nichtigkeitsgefühle.

Als »psychodynamischer Kern des depressiven Syndroms« (Mentzos 1996, 184) wird die Herabsetzung der Selbstachtung genannt.

Ferner wird darauf hingewiesen, daß Depressive z.T. heftige Aggressionen empfinden, diese aber nicht nach außen zum Ausdruck bringen, sondern gegen sich selbst wenden (als »Autoaggressionen«, wie z.B. Selbstanschuldigungen, Selbstanklagen). Und schließlich besteht das Wesentliche des depressiven Modus` in einem (narzißtischen) Rückzug (somit auch einer Selbst(wert)beschränkung).

Dabei fällt auf, daß alle diese drei Prozesse äußerst gut mit weiblichen Sozialisierungsmustern und Sozialformen zusammenpassen. (Siehe dazu auch die Untersuchung von Petra Kolip 1997 über die Pubertierenden.)

Überdies beschreibt Mentzos Depressive als Menschen mit einem labilen Selbstwertsystem, die sich von anderen extrem abhängig machen und einst in der Entwicklung einer »autonomen Homöostase« (1996, 187) behindert wurden.

Für den Geschlechter-Vergleich relevant scheint mir darüber hinaus die Unterscheidung zweier Variationen von Depression zu sein:

Die erste Variante könnte als anaklitische (anklammernde) Depression bezeichnet werden und mutet als die eher »frauentypische« Form an, insofern hier »passive Anhänglichkeit, Weinerlichkeit und Hilflosigkeit« (Mentzos 1996, 189) die entscheidende Rolle spielen.

Wahrscheinlich geht diese Depressionsform aus einer ziemlich mißlungenen Selbstständigkeitsentwicklung hervor, in der Autonomie nur ansatzweise oder überhaupt

nicht erprobt werden konnte und eine Lebensgestaltung nur in Abhängigkeitsbeziehungen möglich schien und Hilflosigkeit in Abhängigkeitskontexten gelernt wurde (vgl. Seligmans »gelernte Hilflosigkeit«, 1979). Das paßt gut für junge Frauen, die sich direkt aus der Abhängigkeit des Elternhauses in die Abhängigkeit der Beziehung mit einem Mann begeben und dies auch so wollen, aber niemals erfahren haben, daß sie Einfluß auf das nehmen könnten, was »mit ihnen geschieht«, und infolgedessen auch keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten im Falle einer Krise (z.B. bei faktischer oder symbolischer Verlusterfahrung) verfügbar haben.

Die zweite Variante könnte als narzißtische Depression bezeichnet werden.

Sie hängt mit Selbstwert-Kränkungen zusammen. Die Kränkungserfahrung betrifft meist allzu hohe Selbst-Ansprüche, die in Richtung Perfektion oder Besonderheit gehen und an die der Selbstwert geknüpft wurde (»Ich bin nur was wert, wenn ich perfekt bin«). (Psychoanalytisch betrachtet handelt es sich um ein »überhöhtes Ich-Ideal«.)

In meiner Konzipierung (z.B. Haselmann 1985) resultiert die Kränkung aus dem Scheitern zentraler Beziehungsmuster, die als »dominierende Motive« realisiert werden »müssen«, um das Leben als »sinnerfüllt« zu erleben.

In dieser Hinsicht sind Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu vermuten: Während die Motive der Männer eher aus Konkurrenzmustern herrühren, also z.B. - im wertenden Vergleich mit anderen - »der Beste sein«, könnten die Motive der Frauen eher in Abhängigkeitsmustern in bezug auf die Männerwelt verbleiben, z.B. »für Männer die Schönste oder die Begehrteste sein« oder »für den einen die perfekte Ehefrau« oder »für den Chef die beste Sekretärin« sein.

Gelingt die Motive-Realisierung über längere Zeit nicht oder wird ein radikaler Zusam-

menbruch erfahren, greift die betroffene Person häufig zur depressiven »Lösung«, indem sie sich für völlig unfähig, wertlos und nichtig und das Leben für sinnlos erklärt und überhaupt nichts mehr tun kann. Dabei werden aber weder die allzu hohen Selbst-Ansprüche in Frage gestellt noch andere Beziehungsmuster eingegangen.

Interessanterweise stellen Dörner/Plog (1984) die Depression des erwachsenen Menschen in eine »Landschaft«, in deren Zentrum die zu früh eingegangene und mit allen möglichen Bedürfnissen und Ansprüchen überfrachtete Paarbeziehung steht.

Bei einer »zu früh eingegangenen« Beziehung hat man die eine Abhängigkeit (z.B. Elternhaus) gegen die andere (z.B. Ehe) getauscht, ohne daß dazwischen Unabhängigkeit für sich selbst erreicht und Alleinsein erfahren wurde, um dann (auf diesem Hintergrund) erst danach sich in eine neue Abhängigkeit einlassen zu können und sich dann auch als Partner aufeinander beziehen zu können (letzteres auch dann noch, wenn man zu Eltern geworden ist). »Zu früh« birgt die Gefahr, in eine Isolation zu zweit zu geraten, in der Ersticken-gefahr droht.

»Überfrachtet« heißt, daß enttäuschte Selbstverwirklichungs- und Entfaltungswünsche aus dem beruflichen Leben oder überhaupt dem Leben »draußen« ebenso in die enge Paarbeziehung hineingetragen werden wie Geborgenheits- und Harmoniewünsche eines trauten Heims, durch welche die heimlichen Machtkämpfe, wer von beiden Partnern denn nun »der bessere« ist, nicht in Form konstruktiven Streitens ausgetragen werden können, sondern statt dessen die Partnerschaft kaputtmachen, insoweit vernichtende Feindschaft entsteht.

Der depressive Weg des »sich und andere niederschlagenden« Menschen in solch' ei-

ner Landschaft resultiert dann aus der Abwehr von Angst und Trauer, von Wut und Ärger (vgl. Dörner/Plog 1984, 195-198).

Hierher gehört auch das zu Anfang eingebrachte »Beispiel einer Ehebeziehung«.

Muster:

- sich selbst (und andere) abhängig machen (Abhängigkeitsmotive)
 - für andere da sein oder perfekt sein in der Erwartung, dafür etwas zu bekommen
 - geliebt und gebraucht werden müssen und andere brauchen
 - Passivität: sich selbst nicht als Subjekt des eigenen Handelns konstruieren
 - unfähig, etwas zu tun, sich unwert und nichtig fühlen, wenn einem nicht gegeben wird, was man braucht, oder die überhöhten Selbst-Ansprüche nicht eingelöst werden können (deshalb: Selbstabwertung, Selbstaggression, Selbstbeschränkung)
- =Zementierung des Musters.

Agoraphobie

Unter Agoraphobie (der häufigsten unter allen Angststörungen, deren Prävalenz bei 5-10% liegt), ursprünglich als »Angst vor großen Plätzen und öffentlichen Räumen« beschrieben, wird heute ein komplexes Verhaltenssyndrom verstanden, für das vor allem Ängste, alleine zu sein oder allein aus dem Haus zu gehen, charakteristisch sind, häufig verbunden auch mit Ängsten vor geschlossenen Räumen (wie Fahrstuhl, U-Bahn, Flugzeug) und auch mit anscheinend diffus auftretenden Panikattacken, wobei die agoraphobische Angsterfahrung i.d.R. mit der Vorstellung des (schutzlosen) Ausgeliefertseins verbunden ist bzw. des Bewußtseinsverlusts oder Kontrollverlusts oder Sterbens (vgl. Huber 1995).

Der Anteil an Frauen wird auf 75 bis 80% der diagnostizierten »Fälle« geschätzt (Leimkühler 1993 nach M. Michael 1997; Hucklenbroich 1998).

Die gezeigten Befürchtungen, die bezogen sind »auf Öffentlichkeit und Situationen, in

denen Sicherheit vermittelnde Personen nicht verfügbar sind oder eine Flucht nicht möglich scheint« (Faust 1995 nach M. Michael 1997), verweisen auf einen Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt, der möglicherweise schon in der frühen Entwicklung (des Mädchens) nur ungenügend gelöst werden konnte und dann im Erwachsenenleben eine Neuaufgabe in Form der agoraphobischen »Lösung« findet, mit der nun einerseits dokumentiert wird, daß es unmöglich ist, sich »allein« dem Leben zu stellen und die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, also Autonomie zu verwirklichen, und andererseits, daß es - gleichzeitig - ebenso unmöglich ist, sich anderen »hinzu-geben« oder Abhängigkeit zu »genießen«, da dies als eingeschlossen-, eingeengt- oder ausgeliefert-sein empfunden wird.

Agoraphobie wird verschiedentlich als Flucht in eine durch stereotype Vorstellungen von Frausein und Weiblichkeit gekennzeichnete »Scheinautonomie« interpretiert (z.B. Hucklenbroich 1998). Aber mehr noch als eine schlichte »Anpassung« an das traditionelle Geschlechterstereotyp - warum sollte frau sich anpassen, wenn es nur Nachteile brächte und nicht in übergeordneten Sinn-Zusammenhängen stünde? - läßt sich bei der Agoraphobie unschwer die Konstellation weiblicher Beziehungsmuster erkennen, in denen es nicht gelingen will, die Pole Bindung/ Gebundensein einerseits und Freiheit/Selbständigkeit andererseits zu integrieren oder in einem »Sowohl-als-Auch« zusammenzubringen.

Mit der agoraphobischen Symptomatik wird - quasi frauentypisch - Schutz vor der »Welt draußen« eingefordert, einhergehend mit einer (selbstaufgelegten) Beschränkung der Handlungs- und Bewegungsräume.

Den (männlichen) Beziehungspartnern kommt dann (i.d.R.) die schutzgebende Funktion zu, die sie (im Sinne eines psychosozialen Arrangements; vgl. Mentzos 1996) auch

gerne übernehmen, um sich so in der »Helfer«-Rolle selber stark fühlen und ggf. eigene Schwäche kompensieren zu können.

Aus psychoanalytischer Sicht kann das Fehlen einer konstanten, Geborgenheit und Sicherheit garantierenden Bezugsperson und/oder die Frustration von Autonomiebestrebungen in der Kindheit dazu führen, daß die Autonomie zugunsten der Abhängigkeit suspendiert wird, woraus eine Unterdrückung des eigenen Selbst und seiner Entwicklungsmöglichkeiten zugunsten der Bedürfnisse mächtiger anderer resultiert (vgl. Mentzos 1996). Diese Entwicklungsproblematik dürfte jedoch keinesfalls auf die Mutter-Kind-Dyade eingegrenzt sein, wie das die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie (z.B. nach Mahler u.a.) nahezu legen scheint.

Es ist darüber hinaus mitzubedenken, daß die Agoraphobie nicht selten einen verzweifelten Bewältigungsversuch darstellt, mit sexuellen Mißbrauchs-Erfahrungen in der Kindheit (die gleichwohl aus dem aktiven Erinnern verbannt wurden) irgendwie »fertig« zu werden.

Psychodynamisch betrachtet würde sich die auf die sexuelle Gewaltanwendung bezogene Furcht über eine Verdrängung sowohl der Mißbrauchssituation wie auch damit verbundener Gefühlszustände, wie Schmerz und tiefste Erniedrigung, zunächst als diffuse Angst scheinbar »grundlos« äußern (»angstneurotisch«) und schließlich einen Kompromiß in der Phobie finden.

Die agoraphobische Symptomatik ist ja in dieser Hinsicht recht aussagekräftig, insofern sowohl die Angst, schutzlos alleine zu sein, als auch die Angst, in geschlossenen Räumen ohne Fluchtmöglichkeit »festzusitzen«, im Erleben mit der Gefahr sexueller Gewaltanwendung verknüpft sein kann... dies um so mehr, wenn man die Angstvorstellung des Ausgeliefertseins und die von

Huber (1995) als »zentral« angesehene Angst um die eigene Unversehrtheit miteinander bezieht.

Früher wurde demgegenüber in psychoanalytischen Spekulationen (Männerphantasien?) den agoraphobischen Frauen unterstellt, ihre Angst, allein auf die Straße zu gehen oder dort ggf. zu »fallen«, sei ein Abwehrarrangement gegen »heimlich« vorhandene Wünsche, vergewaltigt zu werden bzw. sich zu prostituieren.

Muster:

- Schutz- und Hilfeappell an andere
 - andere verpflichten, für die eigene Sicherheit zu sorgen
 - das Leben nicht in die eigene Hand nehmen (sich nicht als Subjekt der eigenen Lebensgestaltung konstruieren)
 - nicht allein sein können, schutz- und hilfsbedürftig und abhängig bleiben
- =Zementierung des Musters

Das »Frauensyndrom«

Während heutzutage die Diagnose »Hysterie« kaum noch gestellt wird und auch die immer eher alltagsweltlich und abwertend geführte Debatte über »hysterische Frauen« inzwischen obsolet geworden ist, sahen sich die Ärzte der Allgemeinmedizin in ihren Praxen aber verstärkt mit Befindlichkeitsstörungen konfrontiert, deren somatische Anteile schwer auszumachen sind. Gewöhnlich wurde von »funktionellen Störungen« gesprochen und die unklare Diagnose einer »vegetativen Dystonie« gestellt.

Da es aber vor allem Frauen sind, die entsprechende Beschwerden äußern, wurde der Begriff des »Frauensyndroms« geprägt (z.B. Friedan 1970, Pross 1975; vgl. Vogt 1985).

Es handelt sich also um »gestörtes Allgemeinbefinden« ohne eindeutige Abweichung von einer medizinischen Krankheitsnorm, um »subjektive Befindlichkeitsstörungen« bzw. psychosomatische Störungen

gen wie: Kreislaufbeschwerden, Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Nervosität, Mattigkeit, allgemeine Angstgefühle; allesamt passend zum Frauen-Stereotyp: passiv, schwach, leidend, gefühlsbetont, empfindlich etc. und passend zu entsprechenden Rollenklischees und Rollenerwartungen an das schwache, wehleidige, willensschwache, kränkliche Weib.

Während dieser Zusammenhang von einigen Autor(inn)en dahingehend interpretiert wird, daß Frauen die Klischees soweit verinnerlicht haben, daß sie aus der ihnen zugeschriebenen Schwäche ein Recht auf Leiden ableiten und sich auf diese Weise - unbewußt - für die soziale Mißachtung rächen (so z.B. Pross 1975), wird das »Frauensyndrom« von anderen als Ausdruck der grundsätzlich konflikthaften Lebenssituation von Frauen begriffen (vgl. Vogt 1985).

Dabei spielt auch eine Rolle, daß Frauen, die vom Weiblichkeitsklischee abweichen wollen, nach Vogt »zwischen alle Fronten« geraten, was auch wieder eine Leidenserfahrung mit sich bringt.

Kolip (1997) versteht diese Befindlichkeitsstörungen ohne Krankheitswert, die einhergehen mit Gefühlen der Überlastung und der Aggression, als psychosomatische Beschwerden, mithin als Ausdruck von Spannungszuständen, die signalisieren, daß die Bewältigungskapazitäten des Individuums erschöpft sind.

Demnach könnten die Symptome des sog. »Frauensyndroms« eine Überforderung bei dem Bemühen, mit frauentypischen Problemlagen fertigzuwerden, zum Ausdruck bringen.

Muster:

- sich »schön« anpassen und es doch kaum aushalten können
- konflikthaftes Sich-einrichten in der passiven Frauenrolle

- durch Medikamenten-Einnahme gemäß ärztlicher Verordnungen
=Zementierung des konflikthaften Anpassungsmusters.

Borderline-Störung

Die Borderline-Störung gilt als »Persönlichkeitsstörung« auf der Grenzlinie von Neurose und Psychose. Sie wird (z.B. von Kernberg 1984) beschrieben als »Ich-Störung«, gekennzeichnet u.a. durch die Abwehrform der Spaltung, etwa dahingehend, daß das eigene Selbst oder andere Personen entweder als »ganz gut« oder als »ganz böse« erlebt werden, und zwar nach einem strikten Entweder-Oder-Prinzip, ohne Sowohl-als-Auch-Möglichkeit. Entsprechend erfolgen laufende Einstellungsverschiebungen zwischen übertriebener Idealisierung oder krasser Abwertung der eigenen Person wie auch anderer.

Die Prävalenz wird auf 2 bis 4 Prozent geschätzt. Das weitaus häufigere Vorkommen bei Frauen als bei Männern fand bislang wenig Beachtung, wurde nun aber von Christa Rohde-Dachser (1995) zum Thema gemacht, die auf den »Frauenüberhang« innerhalb der Borderline-Diagnose hinweist. Zwei Drittel bis drei Viertel aller Borderline-Patienten sind nämlich Frauen.

Man kann dies mit der Parallelität einiger Diagnosekriterien mit »typisch weiblichen Konfliktlösungsmustern« (z.B. der Bereitschaft zum Eingehen intensiver, klammernder - damit instabiler - Beziehungen oder der selbstdestruktiven Art der Aggressionsverarbeitung) in Verbindung bringen; aber Rohde-Dachser möchte auch die Konflikte benennen, die zu einer Borderline-Störung führen können, und betont hier insbesondere lang andauernde (meist innerfamiliäre) sexuelle Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit.

Tatsächlich fand man in verschiedenen Untersuchungen, daß bei ca. 80% der hospitalisierten Borderline-Patient(inn)en eine Vor-

geschichte von sexuellem Mißbrauch in der Kindheit vorlag, i.d.R. verübt vom eigenen Vater (oder vom Stiefvater). So läßt sich die Neigung der Patient(inn)en zu Selbstverstümmelungen und zu manipulativen Suizidversuchen wie auch ihre panische Angst vor dem Alleinsein verstehen. Und in den typischerweise gespaltenen Beziehungsmustern der Betroffenen finden die Furcht vor (sexueller) Erniedrigung und Gewalt einerseits und der Wunsch nach Schutz und Rettung andererseits gleichzeitig und nebeneinander ihren Ausdruck.

Muster:

- die Erfahrung von Zwischenmenschlichkeit in der Spaltung zwischen abhängiger Liebe und brutaler Gewalt
- Autonomie-Erleben in der Verbundenheit wird nicht möglich, kann nicht hergestellt werden
- schreckliche Angst vor dem Alleinsein und Bedarf nach beschützender Abhängigkeit und Abwehr der Gewalterfahrungen durch den Spaltungs»mechanismus« gut - böse =Zementierung des Musters.

Schlußbemerkung

Mit den Darlegungen soll u.a. Interesse geweckt werden an einer »gender«-Perspektive in der psychosozialen oder therapeutischen Arbeit, die sensibilisiert für ein Verständnis der psychosozialen Konfliktlagen von Frauen, welche als untrennbar verbunden mit der gesellschaftlichen und sozial-kulturellen Organisation und der interaktiven Konstruktion der Geschlechterverhältnisse aufgezeigt werden können. Mit »gender-sensitivity« vermögen die mehr oder weniger gelingenden Konfliktlösungsversuche, die eben manchmal die Form von psychischen »Störungen« oder Erkrankungen annehmen oder als psychosoziale »Kränkungen« erscheinen, auf ihrem »sozial-geschlechtlichen« Entwicklungshintergrund begriffen und in den adäquaten Kontext gestellt zu werden. Hier hätte nicht nur die Beratung oder Therapie mit Frauen

anzusetzen, sondern es möge in dem genannten Sinne die »gender«-Perspektive generell die psychosoziale Arbeit begleiten und ggf. psychosoziales oder psychotherapeutisches Handeln leiten.

Von Sonderfällen abgesehen (Gewalt, Mißhandlung, Mißbrauch) sollte dabei von einer Täter-Opfer-Polarität eher Abstand genommen werden. Wennzwar den Frauen - modal gesehen - nicht der gleiche Spielraum wie Männern zusteht, mitzuentcheiden, wer die Entscheidung darüber hat, Macht auszuüben und Wert zu verteilen, so wirken sie doch immer aktiv-interaktiv an der Konstruktion und Reproduktion der (Geschlechter-) Verhältnisse mit, der gesellschaftlichen und ihrer persönlichen.

Dementsprechend befürworte ich für die psychosoziale Praxis solche Konzepte, die die je relevanten Bezugs- und Beziehungssysteme mit einbeziehen. An der Produktion oder Konstruktion eines Problems oder Symptoms sind ja meist mehrere Personen beteiligt und auch betroffen, Männer wie Frauen (und i.d.R. zudem mindestens zwei Generationen). Und in ihrer Verstrickung benötigen sie oft gemeinsam Hilfe (oder getrennt - gemeinsam), um ggf. neue Beziehungsformen ausprobieren zu können. Und für die Expert(inn)en (die ja gemäß der systemischen Therapie zum Problemsystem mit hinzugehören) wäre m.E. wünschenswert, daß sie - im Hinblick auf Interaktion, Kommunikation und Hypothesenbildung bzw. Interpretation - ihre eigene, sonst eher »selbst-verständliche«, Konstruktion der sozialen Zweigeschlechtlichkeit mitreflektieren.

Anmerkungen

- 1 Der Habitus-Begriff ist von Pierre Bourdieu (1976, 1987) übernommen und wird von mir in etwa gemäß der Ausgestaltung des Habitus-Konzeptes durch die Vertreter(inn)en der Therapeutischen Gruppenanalyse in Münster (z.B. Brandes u.a. 1989, 1990) aufgegriffen.

2 Das Konzept der »somatischen Kultur« wird von mir hier in eigener Ausgestaltung vorgestellt. Der Begriff stammt von dem französischen Soziologen Luc Boltanski (1976) als sozial-schichtspezifischer »Kodex der guten Sitten für den Umgang mit dem Körper«, womit auch die Art gemeint ist, zu gehen, sich zu kleiden und zu ernähren, sich zu waschen und zu schminken wie auch in körperliche Interaktion mit anderen zu treten, sich anzusehen, zu berühren etc.

Das Konzept wurde erweitert von Marianne Rodenstein (1982) im Hinblick auf den geschlechtsspezifischen Umgang mit dem eigenen Körper. Petra Kolip (1997) spricht diesbezüglich auch von körperbezogenen Bewältigungsstilen, Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen und körperbezogenen Prozessen der Konstruktion von Geschlechterverhältnissen.

3 In einem etwas komplizierten theoretischen Gesamt-Entwurf hatte ich das Konzept der Beziehungsmuster als Motive bereits 1984 grundgelegt: Haselmann, Sigrid: Gesellschaftliche Beziehungsformen und psychosoziale Kränkungen. Frankfurt/M.: Campus.

Auf dem Hintergrund der Tätigkeitstheorie Leontjews (1977, 1982) wird hier die Realisierung von (dominierenden) Beziehungsmustern verstanden als Ergebnis der (sozial vermittelten) Entwicklung der Tätigkeiten unter dem Gesichtspunkt ihrer »doppelten Bezüglichkeit«: zum einen bezogen auf die Welt der Gegenstände und zum anderen bezogen auf die Welt der Beziehungen in je historischen gesellschaftlichen Beziehungsformen.

Im vorliegenden Text wird nur der zuletzt genannte Aspekt akzentuiert, nämlich - innerhalb gelebter sozialer Beziehungsformen - die tätige Realisierung jeweiliger sozialer Verhältnisse bzw. zwischenmenschlicher Beziehungen quasi als »Gegenstände« der Tätigkeit, mithin als (sinnbildende) Motive der »activity« des Subjekts.

Literatur

BECKER-SCHMIDT, REGINA (1992): Frauenforschung. In: Asanger, R., Wenninger, G. (Hg.). Handwörterbuch der Psychologie, 194-199. Weinheim: Psychologie Verlags Union

BERTRAM, BARBARA (1993): Zur Entwicklung der so-

zialen Geschlechterverhältnisse in den neuen Bundesländern. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, Bonn 6/93, 27-38

BLOOM, CAROL (1994): Bulimie aus feministisch-psychoanalytischer Sicht. In: Lawrence, M. (Hg.). Satt aber hungrig. Frauen und Eßstörungen, 99-115. Reinbek: Rowohlt

BOLTANSKI, LUC (1976): Die soziale Verwendung des Körpers. In: Kamper, D., Ritter, V. (Hg.). Zur Geschichte des Körpers. München/Wien: U & S

BRANDES, HOLGER U.A. (1989): Gruppenanalyse und Tätigkeitstheorie. Münster: Lit-Verlag

BRUCH, HILDE (1995): Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Frankfurt/M.: Fischer

COOPER, TROY (1994): Anorexie und Bulimie im Vergleich. In: Lawrence, M. (Hg.). Satt aber hungrig. Frauen und Eßstörungen, 141-165. Reinbek: Rowohlt

DANA, MIRA (1994): Das Spiegelbild und die Grenzen des Selbst. In: Lawrence, M. (Hg.). Satt aber hungrig. Frauen und Eßstörungen, 63-82. Reinbek: Rowohlt

DÖRNER, KLAUS, PLOG, URSULA (1984): Irren ist menschlich. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag

DOWLING, COLETTE (1985): Der Cinderella-Komplex. Frankfurt/M.: Fischer

EDWARDS, GILL (1994): Magersucht und Familie. In: Lawrence, M. (Hg.). Satt aber hungrig. Frauen und Eßstörungen, 83-98. Reinbek: Rowohlt

ELIAS, NORBERT (1976): Über den Prozeß der Zivilisation. 2 Bände. Frankfurt/M.: Suhrkamp

FRANKE, ALEXA, JOST, INGRID (Hg.) (1985): Das Gleiche ist nicht dasselbe. Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen. Tübingen: dgvt-Verlag, Forum 10

FURSLAND, ANNIE (1994): Eva wird verleumdet. Essen, Sexualität und weibliche Scham. In: Lawrence, M. (Hg.). Satt aber hungrig. Frauen und Eßstörungen, 23-38. Reinbek: Rowohlt

GERLINGHOFF, MONIKA, BACKMUND, HERBERT (1997): Der heimliche Heißhunger. Wenn Essen nicht satt macht. Bulimie. München: dtv

HASELMANN, SIGRID (1985): Sozialform und Krise. In: Feuser, G., Jantzen, W. (Hg.). Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie V/1985, 76-88. Köln: Pahl-Rugenstein

HASELMANN, SIGRID (1991): Sprache, Kommunikation, Unbewußtes. Vorüberlegungen zu einem Modell des therapeutischen Verstehens. Studien zur

- Tätigkeitstheorie VI. Subjektentwicklung und Geschlechterfrage, 129-146
- HAUG, FRIGGA (Hg.)** (1983): Frauenformen 2. Sexualisierung. Berlin: Argument-Verlag, AS 90
- HILDEBRAND-NILSHON, MARTIN** (1989): Intersubjektivität und die Semantisierung des Motivsystems. In: Gessinger, J., von Rahden, W. (Hg.). Theorien vom Ursprung der Sprache; Bd. 2. Berlin: Springer
- HUBER, ANDREAS** (1995): Stichwort Angst. München: Heyne
- HUCKLENBROICH, SUSANNE** (1998): Macht Frau-Sein Angst? Systema, Heft 1/98, 12. Jg., 56-68
- HÜTTNER, ANDREA** (1993): »Deswegen soll ich nu' verrückt sein...«. In: Schneider, D., Tergeist, G. (Hg.). Spinnt die Frau? Ein Lesebuch - Zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie, 17-34. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- KEUPP, HEINER** (1982): Sozialepidemiologie. In: Keupp, H., Rerrich, D. (Hg.). Psychosoziale Praxis. München/Wien: Urban & Schwarzenberg
- KOLIP, PETRA** (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske & Budrich
- LAWRENCE, MARILYN (Hg.)** (1994): Satt aber hungrig. Frauen und Eßstörungen. Reinbek: Rowohlt
- LERNER, HARRIET G.** (1993): Das mißdeutete Geschlecht. Frankfurt/M.: Fischer
- MCGRATH, ELLEN U.A.** (1993): Frauen und Depression. Risikofaktoren und Behandlungsfragen. Bergheim: Mackinger-Verlag
- MENTZOS, STAVROS** (1996): Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt/M.: Fischer
- MICHAEL, MARTINA** (1997): Weibliche Identität, Frauenrolle und Kranksein. Diplomarbeit im FB Soziale Arbeit und Gesundheit der FH Neubrandenburg
- MINUCHIN, SALVADOR U.A.** (1983): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett
- RODENSTEIN, MARIANNE** (1982): Thesen zur somatischen Kultur von Frauen. In: Heckmann, F., Winter, P. (Hg.). 21. Deutscher Soziologentag. Beiträge der Sektions- und ad-hoc-Gruppen. Opladen: Westdeutscher Verlag
- ROHDE, MONIKA** (1993): Einige statistische Daten und Anmerkungen. In: Schneider, D.; Tergeist, G. (Hg.). Spinnt die Frau? Ein Lesebuch - Zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie, 312-319. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- ROHDE-DACHSER, CHRISTA** (1995): Im Schatten des Kirschbaums. Psychoanalytische Dialoge. Bern: Huber
- SCHNEIDER, DORIS, TERGEIST, GABRIELE (Hg.)** (1993): Spinnt die Frau? Ein Lesebuch - Zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- SELVINI PALAZZOLI, MARA** (1982): Magersucht. Stuttgart: Klett-Cotta
- VOGT, IRMGARD** (1985): Weibliche Leiden - Männliche Lösungen. Zur Medikalisierung von Frauenproblemen. In: Franke, A. u. Jost, I. (Hg.). Das Gleiche ist nicht dasselbe. Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen, 32-47. Tübingen: dgvt-Verlag