

Macht Frau-Sein angst?

Die Bedeutung von „Frauenbildern“ für Diagnose und Therapie von Angststörungen in der klinischen Praxis

Susanne Hucklenbroich

Zusammenfassung

Der folgende Artikel befaßt sich mit dem Einfluß von Frauenbildern auf die Diagnose und Therapie von psychischen Störungen (hier speziell der Agoraphobie). Frauen sind in der klinischen Praxis als Betroffene im Vergleich zu Männern deutlich überrepräsentiert. Was das Frau-Sein ausmacht, wird in den einzelnen Theoriebereichen sehr unterschiedlich diskutiert. Darauf, daß solche Frauenbilder auch auf die Entstehung, Etikettierung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen Einfluß haben, wird in der psychologischen Literatur jedoch bisher nur wenig eingegangen. Welche Einflüsse hier zu beachten sind, soll anhand einer wissenschaftlichen Untersuchung zum Geschlechterrollenselbstbild bei Frauen mit Agoraphobie dargestellt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen bei diesen Frauen eine verstärkte Anpassung an stereotype Rollenerwartungen, was wiederum zu verringerten Handlungs- und Entscheidungsspielräumen führt. Angst (Agoraphobie) verstanden als Flucht in eine „Scheinautonomie“, die von stereotypen Frauenbildern gekennzeichnet ist.

Einleitung

Innerhalb meiner Arbeit in der psychotherapeutischen Praxis wurde ich im Laufe der Jahre immer wieder mit unterschiedlichen Sichtweisen von männlichen und weiblichen Therapeuten konfrontiert. Wenn diese zur Sprache kamen, entstanden häufig intensive, z.T. auch emotional heftig geführte Diskussionen. Dabei wurde deutlich, daß wir bestimmte Bilder über Frauen und Männer mit uns tragen und diese wiederum eingebunden sind in ein gesellschaftliches Bild.

Diese Bilder wirken in unserem Umgang mit uns selbst; im Umgang miteinander und im Kontext unserer Arbeit. Die Tatsache, daß in unserer heutigen Gesellschaft bestimmte Sichtweisen darüber bestehen über das, was weiblich/männlich ist, wie Frauen/Männer zu sein haben, wird keiner abstreiten. Die Frage, ob diese Bilder jedoch Einfluß auf die Entstehung, Etikettierung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen haben, wird allerdings sehr unterschiedlich diskutiert.

Dabei sind es in erster Linie Frauenforscherinnen, die sich mit diesen Fragen auseinandergesetzt haben. Die „feministische Therapie“ ist ein Beispiel. Sie versucht, die „verinnerlichten patriarchalischen Vorstellungen“ (Freytag 1993) aufzudecken und in ihren Auswirkungen auf Lebenszusammenhänge von Frauen zu interpretieren.

Welche Bilder heute von und für Frauen existieren, zeigt ein Blick in das Werbefernsehen:

- Frauen sind *den ganzen Tag aktiv, erfolgreich im Beruf, auch nach der Arbeit sportlich aktiv, jung, strahlend, geschmeidig, frisch.*
- Frauen verwöhnen *ihre Katze, ihren Hund, ihre Familie, ihren Mann und ihre Freunde.*
- Frauen kümmern sich um *ihre Gesundheit, die Gesundheit ihrer Familie, die Kinder, die Wäsche, das Essen, um gesundes und glänzendes Haar, um ihre Figur und ihre Haut, um ihre Fingernägel u.v.a.*

„Da soll frau keine Angst kriegen“ (Antwort einer Freundin auf diese Sammlung).

Angst als Folge gesellschaftlicher Erwartungen, Anforderungen oder sogar Überforderungen?

Jedenfalls entstand aus den Diskussionen über dieses Thema der Gedanke, eine Untersuchung durchzuführen¹. Wie das mit der Wahl von solchen Themen oft üblich ist, wurde dieses Thema unfreiwillig zu meinem „privaten Herzenanliegen“, denn wie sollen Frauenbilder untersucht werden, wenn man sich des eigenen Bildes nicht bewußt ist.

Was heißt „Frauenbild“?

Unterschiede zwischen Männern und Frauen wurden in den verschiedensten Wissenschaftsbereichen betrachtet. So führen **biologisch orientierte Theorien** bis heute Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf genetische und physiologische Determinanten zurück (z.B. durch unterschiedliche „hormonell gesteuerte geschlechtsspezifische Hirnprogrammierungen“ (Scholz 1981)).

Psychologisch orientierte Theorien versuchen, Unterschiede eher individuumzentriert und entwicklungsbedingt zu betrachten. Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden hier entweder auf innerpsychische Vorgänge zurückgeführt oder als Folge verschiedener Lernerfahrungen beschrieben. So waren es u.a. die psychoanalytischen Theorien, die versucht haben, spezielle Konzepte für die Entwicklung der „Weiblichkeit“ zu erstellen, während Lern- und Kognitionstheorien versucht haben, mit allgemeinen Prinzipien des Lernens und Denkens Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu bestimmen, wobei hier dem Modellernen eine besondere Bedeutung zukommt.

Diese Theorien in ihrer Ausführlichkeit zu beschreiben ist im Rahmen dieser Darstellung nicht möglich, einige Ansätze müssen hier genügen².

Sigmund Freud als Begründer der Psychoanalyse hat die Entwicklung des männlichen Kindes in den Vordergrund seiner Betrachtungen gerückt, das „Geschlechtsleben des Weibes“ war für ihn ein „dark continent“ (Freud 1926e, S.241). Seine theoretischen

1) Die Untersuchung wurde im Rahmen meiner Diplomarbeit durchgeführt (November 1996).

2) Weitere Literaturempfehlung: Alpert (1992), Gilligan (1988), Schmerl (1982), Alfermann (1990), Brüggebors-Weigelt (1986)

Überlegungen zur weiblichen Sexualität bezogen sich auf Vergleiche mit der männlichen Entwicklung i.S. von Polaritätsbeschreibungen, nämlich daß alles, was stark und aktiv ist, als männlich definiert wurde, was schwach und passiv ist, als weiblich. Diese unzulängliche Männlichkeit veranlasse Frauen, eine „kompensatorische Weiblichkeit“ (Fliegel, in: Alpert, 1992, S.21) zu entwickeln.

Auch der Begriff „Penisneid“ des Mädchens im Rahmen der sexuellen Entwicklung wurde immer wieder heftig kritisiert. Freud ging u.a. davon aus, daß die Lösung dieses Konfliktes im 2.-5. Lebensjahr (Ödipuskomplex) einen entscheidenden Einfluß auf die weibliche Sexualität habe. So könne das Mädchen die Unterlegenheit so stark empfinden, daß sie als Frau ihre gesamte weibliche Sexualität ablehne; oder das Mädchen halte an dem Glauben fest, doch noch einen Penis zu bekommen, und entwickle so eine aggressive, männliche Einstellung gegenüber der Welt bis hin zur Homosexualität; oder, bei positiver Lösung, verwandle sich der Wunsch nach dem Penis zu einem Wunsch nach einem Kind, besonders nach einem Jungen.

Diese Sichtweisen wurden in der Folge, besonders von Psychoanalytikerinnen heftig kritisiert (u.a. Melanie Klein, Karen Horney, Helene Deutsch).

Weitere Modelle lieferten die sogenannten **Objektbeziehungstheorien** in der Psychoanalyse (u.a. Winnicott, Bowlby, Mahler, Balint), die in der Auflösung der Bindung zwischen Mutter und Kind geschlechtsspezifische Determinanten sahen. Die Mutter ist hier für Mädchen und Jungen zunächst primäres Liebesobjekt. Die Loslösung von der Mutter sei nun für den Jungen einfacher, da er sich als anders erleben würde (Desidentifikation), während das Mädchen dagegen im Konflikt stehe, sich einerseits mit der Mutter zu identifizieren und sich gleichzeitig distanzieren zu müssen. Dies bringe für Frauen den sogenannten „*Autonomie-versus-Abhängigkeitskonflikt*“ mit sich (vgl. u.a. Litwin, in: Alpert, 1992). Dieser Konflikt zeige sich später in einer „Doublebind“ Situation. Frauen sollen einerseits die Erwartungen der Gesellschaft nach Autonomie, andererseits die Rolle von Pflege und Fürsorge erfüllen.

Außerdem würden sich Frauen durch die Nähe zur Mutter in erster Linie über Beziehungen definieren. Autonomie in unserer Gesellschaft heißt jedoch, unabhängig von Beziehungen sein zu können, weshalb viele Frauen Abhängigkeit als defizitär betrachten würden. Gilligan (1988) sieht in der Beziehungsorientierung allerdings eine besondere Fähigkeit von Frauen und fordert sie auf, diese zu nutzen.

Im Gegensatz zur psychoanalytischen Sichtweise erklären andere psychologische Theorien Unterschiede zwischen den Geschlechtern z.B. als Folge unterschiedlicher Verstärkung (Bestrafung/Belohnung) sozial erwünschter und unerwünschter geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen (**Lerntheorien**). Oder es wird aus **kognitionstheoretischer Sicht** angenommen, daß diese Verhaltensweisen durch frühe kognitive Selbstdefinitionen entstehen, aus denen sich durch „*aktive Selbstsozialisation*“ (Schmerl 1982, S.21) entsprechende

Interessen und Eigenschaften herausbilden. Dabei spielt nach der *sozialen Lerntheorie* das Beobachten und Nachahmen von sozialen Modellen (Erwachsene, Gleichaltrige) eine wesentliche Rolle. Diese seien stark von den heutigen Medien (Fernsehen, Zeitung u.a.) beeinflusst.

Den Einfluß gesellschaftlicher, kultureller und historischer Determinanten auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen haben insbesondere **soziologisch orientierte Theorien** beschrieben. Eine sozialpsychologische Theorie (Beck & Beck-Gernsheim 1990) versucht, die gesellschaftlichen Veränderungen und Auswirkungen im Hinblick auf das Verhältnis zwischen den Geschlechtern zu beschreiben. Folgende Entwicklungsschritte werden als entscheidend angesehen:

1. Das Auflösen traditioneller Bindungen wie Familienwirtschaft, Dorfgemeinschaft, Heimat, Religion. So existieren heute zwar mehr Wahlmöglichkeiten für den einzelnen, andererseits gibt es jedoch nur noch wenig Sicherheiten und Halt. Während Ehe und Familie also früher in erster Linie Zweckgemeinschaften zur Sicherung der Existenz waren, wurden sie in der modernen Gesellschaft zur „Gefühlsgemeinschaft“ als Ausgleich für die zunehmende Isolierung des einzelnen.

Hinzu kommt die Teilung der Erwerbs- und Familienwelt im Zuge der Industrialisierung. Frauen wurden zunehmend dem häuslichen Bereich zugeordnet. Dabei schaffte die parallel zu dieser Zeit stattfindende „Entdeckung der Kindheit“ die Möglichkeit für Frauen, sich auf den privaten, an Familie und Erziehung der Kinder orientierten Bereich zu beziehen. Es entstand ein neues Verständnis über die Frauenrolle als Mutter und Ehefrau. 2. Den zweiten Punkt bildet die gleichzeitig zunehmende „Individualisierung“ mit der Forderung nach Unabhängigkeit, Freiheit, Entscheidungsfähigkeit und Selbstverwirklichung. Beck & Beck-Gernsheim betonen, daß diese Selbstverwirklichung im Zuge der Industrialisierung aber auch abhängig bleibt von bestimmten Bedingungen wie Arbeitsmarkt, Bildung, Leistung, Konkurrenz u.a.m.

Frauen wurde Individualisierung zunächst nicht zugestanden. Für sie galt es, den Rückhalt und das Ruhepotential innerhalb der Familie zu bieten, wo der Mann sich von den Anforderungen der Arbeitswelt ausruhen kann. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurden Bildungswege für Mädchen langsam geöffnet, aber erst in den 60er Jahren entstanden gleiche Ausbildungsmöglichkeiten für Mädchen und Jungen. Damit verstärkte sich auch die Forderung der Frauen nach Selbstverwirklichung.

Hinzu kommen weitere veränderte Bedingungen für Frauen, wie z.B. verlängerte Lebenserwartung, veränderte Mutterschaft durch empfängnisverhütende und -regelnde Mittel u.v.a.m.

3. Den dritten Punkt bilden die Kombination von Paarbeziehung und Elternschaft als sinngebende und Stabilität bietende Gefühlsgemeinschaft bei gleichzeitigem Wunsch nach Selbstverwirklichung und Lebensplanung für jeden einzelnen. Ein Partner mit selbstentworfenen Biographie und all seinen Zwängen trifft auf einen anderen Partner mit eben

solcher Biographie und Zwängen. Außerdem sind einmal getroffene Entscheidungen jederzeit aufkündbar. Der Partner wird somit zum Unsicherheitsfaktor, weshalb nach Beck & Beck-Gernsheim heute auch das Kind an Bedeutung als einzige, zumindest über Jahre sichere und dauerhafte Bindung zunimmt.

Innerhalb dieser Vielzahl von Theorien entwickelte sich ein Forschungsbereich, der versuchte, die Unterschiede zwischen Männern und Frauen überprüfbar und meßbar zu machen. So geht man in der sogenannten **Geschlechtsrollenforschung** davon aus, daß zwischen dem **biologischen Geschlecht (männlich/weiblich)** und **psychologischen Geschlecht (maskulin/feminin)** unterschieden werden muß (vgl.: Bierhoff-Alfermann 1989). Das psychologische Geschlecht beinhaltet die an das biologische Geschlecht geknüpften Erwartungen und Charakteristika. Die beiden müssen nicht notwendigerweise übereinstimmen. Heutzutage ist es z. B. für ein Mädchen nicht mehr das erstrebenswerte Entwicklungsziel, nur Femininität zu entwickeln. Dabei kann das Individuum sich in verschiedenen Bereichen unterschiedlich wahrnehmen (maskulin und/oder feminin).

Die gesellschaftlichen Erwartungen werden übernommen und zeigen sich im Bereich der Selbstwahrnehmung und Identität (Geschlechtsrollenelbstbild); Einstellungen und Werte und entsprechendes Verhalten können damit übereinstimmen, müssen aber nicht.

In den 70er Jahren entwickelte sich aus diesen Überlegungen das sogenannte „**Androgynie-konzept**“. Maskulinität und Femininität werden hier als zwei voneinander unabhängige Dimensionen betrachtet. Was bedeutet, daß ein Individuum auf diesen beiden Dimensionen jeden beliebigen Punkt einnehmen kann und sowohl maskuline als auch feminine Eigenschaften besitzen kann. Als „androgyn“ wird dann jemand bezeichnet, der auf beiden Dimensionen hohe Werte aufweist. Inhaltlich wird versucht, was als feminin und maskulin gilt, in Eigenschaften darzustellen. Es wurden verschiedene Fragebogenverfahren entwickelt, die Unterschiede zwischen instrumenteller Orientierung (Maskulinität) und expressiver Orientierung (Femininität) bei einem Individuum erfassen sollen. Zwei der wichtigsten Vertreterinnen dieser Richtung sind Sandra Bem (1974) und Janet Spence (1978). Ein Beispiel für die inhaltliche Beschreibung der Eigenschaften sollen die Kriterien des Fragebogens (Personal Attributes Questionnaire - PAQ) von Janet Spence liefern:

Als **positive expressive (feminine) Eigenschaften** werden angenommen: gefühlsbetont; fähig, auf andere einzugehen; hilfreich; freundlich; sich der Gefühle anderer bewußt sein; verständnisvoll gegenüber anderen; sanft; herzlich in Beziehung zu anderen.

Negative expressive Eigenschaften sind: weinerlich; stehe nicht zu meinen Ansichten; klage viel; anderen gegenüber untergeordnet; nörglerisch; nervös; unterwürfig; leichtgläubig.

Als **positive instrumentelle Eigenschaften** werden angenommen: unabhängig; aktiv; wettbewerbsorientiert; leicht Entscheidungen fällend; nicht leicht aufgebend; selbstsicher; sich überlegen fühlen; Druck standhalten.

Negative instrumentelle Eigenschaften sind: prahlerisch; überheblich; gierig; diktatorisch; zynisch; nur auf sich selbst bedacht; feindselig; an Grundsätze haltend.

Untersuchungen mit diesen Meßverfahren zeigten, daß hohe Androgynitätswerte mit einem hohen Selbstwertgefühl einhergehen. Personen mit hohen Femininitätswerten zeigten ein mittleres bis niedriges Selbstwertgefühl (vgl. Bierhoff-Alfermann 1989). Andererseits gehe hohe Maskulinität auch mit hoher Selbstzufriedenheit bis hin zur Arroganz einher, während feminine Personen auch Selbstzweifel und Selbstkritik zulassen würden. Androgynie Eigenschaften könnten somit negative Ausprägungen in nur eine Richtung abmildern.

Macht Frau-Sein krank?

Betrachtet man epidemiologische Daten über die Verteilung von psychischen Störungen innerhalb bestimmter Bevölkerungsschichten, Regionen und den Angaben aus der klinischen Praxis, so wird deutlich, daß Frauen überrepräsentiert sind.

Die Angststörungen stellen innerhalb der heute existierenden Diagnosesysteme (die in erster Linie von Männern entwickelt worden sind) bei den Frauen die häufigste diagnostizierte psychische Störung dar (Margraf & Schneider 1990). Innerhalb der Angststörungen zeigt sich, daß besonders bei Agoraphobie eine erhöhte Anzahl von Frauen betroffen ist, der Anteil beträgt 75% (vgl. Bourdon, Boyd et al. 1988). Das Interessante an der agoraphobischen Symptomatik ist dabei, daß in ihren Darstellungen viele stereotyp weibliche Beschreibungsbilder enthalten sind.

Das Diagnosesystem DSM-III-R beschreibt Agoraphobie mit und ohne Panikattacken als „Angst, sich an Orten oder in Situationen zu befinden, in denen beim plötzlichen Auftreten von Symptomen, die hilflos machen oder peinlich wären, eine Flucht nur schwer möglich (oder peinlich) oder Hilfe nicht erhältlich wäre.“ Eine Folge seien Einschränkungen beim Aufsuchen neuer Situationen, die Notwendigkeit von Begleitung u.a. Übliche phobische Situationen seien: „alleine außerhalb der Wohnung zu sein, sich in Menschenmengen zu befinden oder in einer Schlange zu stehen, sich auf einer Brücke zu befinden oder Bus, Zug oder Auto zu fahren.“ Dabei können wiederkehrende Panikattacken auftreten „d.h. abgrenzbare Episoden intensiver Angst oder Unbehagens“ begleitet von Herzrasen, Kurzatmigkeit, Schwindel u.a.m.

Bedeutet nun die Überrepräsentativität von Frauen innerhalb dieses und anderer Störungsbilder, daß Frauen insgesamt psychisch weniger belastbar, kränker, ängstlicher und depressiver sind?

Kritische Frauenforscherinnen sehen die Angaben als verdrehte Tatsachen an, und sie betonen, daß die Eigenschaften, die von Diagnostikern und Klinikern als „krank“ definiert wurden, den weiblichen Eigenschaften sehr nahe kommen, während der „gesunde Mensch“ eher männliche Merkmale trage. Deshalb sei es naheliegend, daß Frauen eher als krank

eingestuft würden als Männer. Auch seien Frauen eher als Männer bereit, Schwächen zuzugeben, und sie seien eher bereit, Hilfe zu holen und anzunehmen. Geschlechtsspezifische Unterschiede seien deshalb auf unterschiedliches Krankheitsverhalten zurückzuführen³.

Vielleicht spricht die hohe Anzahl von Frauen aber auch dafür, daß die Belastungen heutzutage für Frauen einfach größer sind als für Männer. Die Psychologie versucht, die Störungsbilder in erster Linie individuumszentriert zu betrachten. Sie setzt dabei an der individuellen Symptomatik an. Geschlechtsidentität entsteht jedoch als Wechselwirkungsprozeß zwischen soziokulturellen und individuellen Faktoren. Dabei ist die weibliche Sozialisation im besonderen Maße von gesellschaftlichen Anforderungen, Erwartungen und Bildern abhängig.

Das Verständnis von und über Frauen hat sich in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. Mit allen Vor- und Nachteilen, die damit verbunden sind. Vorteile sind sicherlich, daß mehr Möglichkeiten für Frauen zur Verfügung stehen. Nachteile sind, daß Sicherheiten verloren gehen, denn alles wird möglich. Gleichzeitig trifft diese „neue Freiheit“ auf feste Erwartungen und Bilder von seiten der Gesellschaft.

Angst könnte somit als Folge der gesellschaftlichen Veränderungen gesehen werden. Anne-Marie Leimkühler (1993) beschreibt dies in ihrer empirischen Studie als erlernte Hilflosigkeit und erhöhte Angstbereitschaft bei Frauen aufgrund fehlender Ausbildung von instrumentellen (maskulinen) Eigenschaften, die jedoch von der Gesellschaft verlangt würden. Dies führe in der weiteren Entwicklung zu Anpassung und Vermeidung, geringer Autonomie und geringem Selbstwertgefühl. Das diagnostische Bild der Agoraphobie führe nun zu einer verstärkten Anpassung an die weibliche Rollenerwartung (expressive Eigenschaften), besonders in Lebenskrisen. Diese verstärkte Rollenanpassung bringe jedoch nur eine „Art Scheinautonomie“ (S. 184) mit sich. „Die Angststörung könnte somit der extreme Ausdruck eines (unbewußten) Konfliktes zwischen der Anpassung an Weiblichkeitsnormen und dem Streben nach Autonomie sein, ein Konflikt, der zunächst jeder Identitätsbildung zugrunde liegt, der bei der traditionellen weiblichen Sozialisation aber eine Schiefelage von Anpassung und Autonomie produziert“ (S. 185).

Angststörungen seien somit ein „Frauensyndrom... Anders formuliert: Die psychiatrische Diagnose etikettiert in diesem Fall nur ein Sozialisationsprodukt“ (S. 186).

Die Funktionalität der Agoraphobie liege ihrer Meinung nach in folgenden Bereichen:

- in der *Bereitstellung eines Schonraumes* als Schutz vor der Außenwelt
- als *Alibi für den Status Quo*, so daß mögliche Konflikte und Veränderungen vermieden werden

3) Weitere Literaturempfehlung: Metz-Göckel, Nyssen (1990); Nuber (1994); Hoffmann (1991)

- im *Aufkündigen des Funktionierens* als „*autoaggressiver, rollenangepaßter und damit akzeptierender Protest*“ (S. 188)
- in der *Bereitstellung eines Machtmittels*, d.h. es kann durch die Symptomatik viel gefordert werden, was Genugtuung verschafft
- in *Selbstbestrafung*, da die entwickelte Problemlösestrategie sich als Bumerang erweist und die erlebte Abhängigkeit noch verstärkt wird.

Geschlechtsrollenselbstbild bei Frauen mit Agoraphobie

Die von mir durchgeführte Untersuchung sollte den Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht und der agoraphobischen Symptomatik überprüfen. Dazu wurde zunächst der Begriff des „**Geschlechtsrollenselbstbildes**“ zugrunde gelegt. Das Geschlechtsrollenselbstbild beinhaltet nach Bierhoff-Alfermann (1989) die Entwicklung von Persönlichkeitseigenschaften und sozialem Verhalten, die als Konzepte und Annahmen über Geschlechtsstereotypen bzw. geschlechtsangemessenes Sozialverhalten verinnerlicht werden.

Hypothesen

Ein hohes Maß an Selbstwertgefühl und sozial kompetenten Verhaltensweisen kann als positiv für psychische Gesundheit angesehen werden. Fehlendes Selbstwertgefühl und fehlende sozial kompetente Verhaltensweisen sind somit wichtige Variablen für die Entstehung von psychischen Störungen allgemein.

Die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und sozialer Kompetenz ist entscheidend von soziokulturellen und individuellen Faktoren gekennzeichnet. Die Geschlechtsrolle entwickelt sich gerade in diesem Wechselwirkungsprozeß. So setzt sich die Wahrnehmung des eigenen Geschlechts zusammen aus individuellen Beschreibungen der eigenen Person (Selbstbild) und den erwarteten Anforderungen der Gesellschaft (subjektive Rollenerwartung).

Stereotype Rollenerwartungen können dabei den Handlungsspielraum für problembewältigende Maßnahmen verringern, was sich u. a. innerhalb des im weiblichen Sozialisationsprozeß entstehenden Abhängigkeits-/Autonomiekonfliktes widerspiegeln kann.

Die Geschlechtsidentität ist beeinflusst vom Selbstbild und den subjektiven Rollenerwartungen. Wie diese Beeinflussung aussieht, sollte im Rahmen der Untersuchung mit Hilfe des Diskrepanzerlebens zwischen diesen beiden Bedingungen untersucht werden. Diese Diskrepanz sollte anhand der Einschätzungen zum Geschlechtsrollenselbstbild versus subjektiver Rollenerwartung überprüft werden.

Ob dies auch Auswirkungen auf das Geschlechtsrollenverhalten hat, sollte mit Hilfe eines weiteren Fragebogens überprüft werden.

Die durchgeführte Untersuchung hat folgende Hypothesen überprüft:

Frauen mit agoraphobischer Symptomatik zeigen im Vergleich zu einer entsprechenden Kontrollfrauengruppe:

1. einen Unterschied im Diskrepanzerleben zwischen Selbstbild und der subjektiven Rollenerwartung bzgl. geschlechtsspezifischer Persönlichkeitseigenschaften
2. ein höheres traditionelleres Geschlechterrollenverhalten
3. geringere soziale Kompetenzen (bzw. erleben sich als stärker sozial unsicher)

Außerdem sollte in einer explorativen Fragestellung überprüft werden, ob Frauen mit agoraphobischer Störung mehr über bestimmte Problembereiche berichten als die Kontrollfrauengruppe.

Durchführung

Die Hypothesen wurden an einer Gruppe von Frauen mit agoraphobischer Symptomatik (mit maximal 5 bisher durchgeführten Behandlungsstunden) im Vergleich zu einer entsprechenden Kontrollfrauengruppe überprüft. Die Stichprobe der Frauen mit agoraphobischer Symptomatik umfaßte 25 Personen (von ursprünglich 32 befragten Frauen). Der überwiegende Teil der Frauen wurde innerhalb meines Arbeitsfeldes, einer psychotherapeutischen Praxis im Sauerland, befragt. 5 Klientinnen kamen aus anderen Praxen.

Der Untersuchungszeitraum betrug dreieinhalb Monate.

Die Stichprobengröße der Kontrollfrauengruppe umfaßte ebenfalls 25 Frauen (von 35 befragten). Die Kontrollfrauengruppe wurde mit der klinischen Gruppe in wesentlichen soziodemographischen Merkmalen parallelisiert (Alter, Familienstand, Schulbildung, Wohnort).

Die Kriterien zur Diagnoseerstellung der Krankheitsbedingung (unabhängige Variable) wurden für die klinische Gruppe mit Hilfe des diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen erfaßt (DIPS, von Margraf, Schneider und Ehlers 1991). Die Kontrollfrauengruppe erhielt die Eingangsfragen des DIPS, um größere psychische Störungsbilder auszuschließen.

Als zu überprüfende Variablen (abhängige Variablen) ergaben sich:

1. Diskrepanz zwischen Geschlechterrollen selbstbild und subjektiver Rollenerwartung
2. Geschlechterrollenverhalten
3. soziale Kompetenz bzw. soziale Unsicherheit
4. Problembereiche

Die Suche nach entsprechenden Fragebogenverfahren gestaltete sich als schwierig, da diese z. T. schon veraltet waren. So betont auch Bierhoff-Alfermann (1989), daß im Bereich der Geschlechterrollenforschung ein erheblicher Mangel an entsprechenden Prüfverfahren besteht.

Ergebnisse

Die Fragebogendaten zur Hypothesenüberprüfung wurden mittels des Statistik-Computerprogrammes „SPSS-PC+ Base-System (Version 4)“ eingegeben und ausgewertet.

Bezüglich Parallelisierung der beiden Untersuchungsgruppen, der Gütekriterien der Meßinstrumente und der Testvoraussetzungen ergaben sich keine statistisch relevanten Werte.

Die Überprüfung der **1. Hypothese** (mittels T-Test und Varianzanalyse) ergab folgende Einzelergebnisse:

- Es besteht zwischen beiden Gruppen ein *signifikanter Unterschied* im Diskrepanzerleben bezogen auf Selbsteinschätzung und subjektive Rollenerwartung geschlechtsspezifischer Persönlichkeitseigenschaften.
- Dabei ist das *Diskrepanzerleben bei der Kontrollfrauengruppe höher*, d.h. die Kontrollfrauengruppe empfindet den Unterschied zwischen den von der Gesellschaft geforderten Eigenschaften für Frauen und den eigenen Vorstellungen von Frau-Sein als größer als die Frauen mit Agoraphobie.

Das bedeutet weiterhin, daß sich die Frauen mit agoraphobischer Symptomatik bezüglich geschlechtsspezifischer Persönlichkeitseigenschaften genauso beschreiben, wie es dem von ihnen empfundenen Bild der Gesellschaft entspricht.

- Beide Frauengruppen schreiben sich *mehr expressive (feminine) Geschlechterrolleneigenschaften* zu als maskuline, der Vergleich miteinander zeigt jedoch, daß sich die Frauen mit agoraphobischer Symptomatik im höheren Maße expressive Eigenschaften zuordnen, d.h. ein feminineres Geschlechterrollen selbstbild besitzen als die Kontrollfrauengruppe.
- Beide Frauengruppen gehen davon aus, daß die *Gesellschaft expressive (feminine) Geschlechterrolleneigenschaften erwartet*, der Vergleich miteinander zeigt keinen signifikanten Unterschied; die Vorstellungen über das, was die Gesellschaft erwartet, sind damit vergleichbar.

Die Überprüfung der **2. Hypothese** (mittels T-Test und Varianzanalyse) ergab folgendes Ergebnis:

- Die Frauen mit agoraphobischer Symptomatik ordnen sich ein *signifikant traditionelleres Geschlechterrollenverhalten* zu; die Kontrollfrauengruppe ist entsprechend nicht-traditioneller orientiert.

Die **3. Hypothese** (mittels Varianzanalyse) zeigte:

- Es besteht ein *signifikanter Unterschied in der wahrgenommenen sozialen Kompetenz* (bzw. sozialen Unsicherheit) zwischen beiden Gruppen.
- Frauen mit agoraphobischer Symptomatik beschreiben sich als *weniger sozial kompetent bzw. höher sozial unsicher*. Diese Unterschiede zeigen sich besonders in den Bereichen: Fehlschlag- und Kritikangst; Kontaktangst; Nicht-Nein-Sagen-Können und Fordern-Können.

Was die **explorative Fragestellung** angeht, so zeigte sich, daß die Frauen mit agoraphobischer Symptomatik

- vermehrt über Problembereiche berichten. Dies zeigt sich besonders in den Bereichen: Probleme mit dem Partner, Probleme mit den Schwiegereltern, Selbstbewußtsein, Rolle als Schwiegertochter.
- weniger Alltagskontakte angeben zu Nachbarn, Bekannten und Arbeitskollegen. In der Kontakthäufigkeit zu Verwandten besteht kein Unterschied.

Diskussion und Schlußbemerkungen

Betrachtet man die Ergebnisse zusammenfassend, so kommt man zu einigen interessanten Feststellungen:

Wie bereits erwähnt, besitzen beide Untersuchungsgruppen vergleichbare Vorstellungen darüber, was die Gesellschaft von Frauen erwartet. Beide Frauengruppen gehen davon aus, daß die Gesellschaft immer noch die klassische Frau mit entsprechenden femininen Eigenschaften fordert. Dabei beschreiben sich die Frauen mit agoraphobischer Symptomatik insgesamt als femininer und traditionell orientierter. Dies spricht dafür, daß diese Frauen ein stärker stereotyp ausgerichtetes Geschlechtsrollenbild von sich besitzen.

Die Tatsache, daß jedoch auch die Kontrollfrauengruppe ein feminines Bild von sich hat, war als Ergebnis zunächst überraschend, wurde doch seelische Gesundheit mit der erhöhten Zuschreibung maskuliner *und* femininer Eigenschaften (Androgynität) erklärt. Wie also ist das Ergebnis zu erklären?

Vielleicht ist das Bild überholt, wonach Frauen neben ihren femininen Attributen auch maskuline Eigenschaften zu „entwickeln haben, um z. B. als berufstätige Frau „ihren Mann zu stehen“. Vielleicht ist es aber auch so, daß Frauen ohne psychisches Störungsbild eine „gesunde Weiblichkeit“ entwickelt haben. So ist es in diesem Zusammenhang interessant, daß die Kontrollfrauengruppe den Unterschied zwischen den Erwartungen der Gesellschaft an Frauen und dem eigenen Bild vom Frau-Sein als größer empfindet. Die Frauen mit agoraphobischer Symptomatik beschreiben sich dagegen so, wie es ihrer Meinung nach die Gesellschaft von ihnen erwartet, sie passen sich an. Diese Anpassung verringert den eigenen Handlungs- und Entscheidungsspielraum, was durch das Ergebnis über eine verringerte soziale Kompetenzfähigkeit bestätigt werden konnte.

Ein gesundes Wissen darüber, was man als Frau ist und wie „frau“ sich von den Erwartungen der Gesellschaft abgrenzt, eröffnet somit mehr Handlungsspielraum, mehr Möglichkeiten für Entwicklung und Autonomiebestrebungen. Die Erwartungen machen dann weniger Angst.

So bestätigen die Ergebnisse die Aussagen von Leimkühler (1993). Wie bereits erwähnt, betont die Autorin, daß die agoraphobische Symptomatik die Möglichkeit bietet, die Anforderungen der Gesellschaft an Frauen nach Selbstverwirklichung und Autonomie zu

vermeiden (Autonomie-versus-Abhängigkeitskonflikt). Es findet ein Rückzug in die eigenen vier Wände statt, was sich auch in den verringerten Alltagskontakten zeigt. Probleme, Konflikte und Auseinandersetzungen mit dem Partner werden vermieden.

Die Ergebnisse bestätigen dieses Lösungsmuster. Wichtig erscheint jedoch in diesem Zusammenhang auch, daß sich dies gleichzeitig mit einer verstärkten Entwicklung eines Frauenbildes vollzieht, welches eher dem klassischen Bild zugeordnet werden muß.

Die klassische Frauenrolle gilt für viele Frauen heutzutage als Instrument für die Unterdrückung der Frau und als Ursache dafür, daß Gleichberechtigungsprozesse verhindert werden. Es sollte nicht außer acht gelassen werden, daß diese Bilder teilweise aber auch als Schutz dienen können und damit zumindest in der jeweiligen Lebenssituation für Frauen ihre Berechtigung haben. Diesen Schutz gilt es zunächst zu respektieren. Dies gilt insbesondere im therapeutischen Kontext, wenn beispielsweise eine Frau mit einem klassischen Frauenbild auf eine Therapeutin mit einem „modernem Frauenbild“ trifft. Sehr schnell entsteht hier nämlich die Idee, man bräuchte das Gegenüber nur zu mehr Autonomie und Selbstbewußtsein zu animieren und die Angst löse sich von selbst. Solange jedoch die gesellschaftlichen Erwartungen und damit auch die Erwartungen des/der Therapeuten/in nicht mitdiskutiert werden, kann dieser Versuch nur ins Leere laufen.

So kann insgesamt festgehalten werden, daß die Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Sozialisationserfahrungen innerhalb der therapeutischen Praxis von Nutzen sind. Die Betrachtung und Behandlung von psychischen Störungsbildern sollte daher die wechselseitigen Einflüsse von Individuum und gesellschaftlichem Kontext miteinbeziehen, damit Probleme nicht als individuelle Fehlleistungen betrachtet werden, sondern mit den Worten von Alexandra Kaplan (1987) als „ein Produkt der Interaktion zwischen Kultur und Psyche“ (S. 15, Übersetzung durch d. Verfasserin).

Literatur⁴

- Alfermann, Dorothee (1990). Geschlechtsspezifische Erziehung in der Familie oder: Emanzipation findet nicht statt. In: Berty, Karin / Fried, Lilian et al. (Eds.). Emanzipation im Teufelskreis. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Alpert, Judith (Ed.) (1992). Psychoanalyse der Frau jenseits von Freud. Berlin: Springer.
- Beck, Ulrich / Beck-Gernsheim, Elisabeth (1990). Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bem, Sandra Lipsitz (1974). The Measurement of Psychological Androgyny. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 42(2), pp. 155-162.
- Bierhoff-Alfermann, Dorothee (1989). Androgynie - Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechterrollen. Opladen: Westdeutscher Verlag.

4) Die Vornamen der Autoren und Autorinnen werden hier ausgeschrieben, da die Angaben über Kürzel keinen Aufschluß darüber geben, ob es sich hier um einen Mann oder eine Frau handelt, und Frauen dadurch oft zu wenig Würdigung finden.

Susanne Hucklenbroich

- Bourdon, Karen et al. (1988). Gender Difference in Phobias: Results of the ECA Community Survey. In: *Journal of Anxiety Disorders* 2, pp. 227-241.
- Brüggebors-Weigelt, Gela (1986). *Psychologie und Therapie der Frau - neun maskuline Theorien über ein feminines Problem*. Aus der Reihe: *Psychologie der vergewaltigten Frau*. Band 2. Berlin: Marhold.
- Freud, Sigmund (1926e). Die Frage der Laienanalyse. *GW Bd.14*, pp. 207-296.
- Freytag, Gabriele (1993). Grundlagen der Feministischen Therapie. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. DGVT 2, pp. 151-176.
- Gilligan, Carol (1988). *Die andere Stimme*. München: Pieper.
- Hoffmann, Dagmar (Ed.) (1991). *Frauen in der Psychiatrie oder wie männlich ist die Psychiatrie?* Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Kaplan, Alexandra G. (1987). Reflections on Gender and Psychotherapy. In: *Women & Therapy* 6 (Nr. 1/2), pp. 11-24
- Leimkühler, Anne Maria (1993). Weil ich ja wieder die Leidtragende bin - Zur Funktionalität der Agoraphobie bei Frauen. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. DGVT 2, pp. 177-191.
- Margraf, Jürgen / Schneider, Silvia (1990). *Panik - Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Margraf, Jürgen / Schneider Silvia / Ehlers, Anita (Eds.) (1991). *DIPS-Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Metz-Göckel, Sigrid / Nyssen, Elke (1990). *Frauen leben Widersprüche - Zwischenbilanz der Frauenforschung*. Weinheim: Beltz.
- Mohr, Gisela / Rummel, Martina / Rückert, Dorothee (Eds.) (1982). *Frauen - Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Nuber, Ursula (1990). *Bin ich denn verrückt?! - Was Psychotherapie für Frauen leistet - und was nicht*. Zürich: Kreuz.
- Robinson, Elisabeth / Follingstad, Diane (1985). Development and Validation of a Behavioral Sex-Role Inventory. In: *Sex-Roles* 13 (Nr. 11/12), pp. 691-710.
- Ullrich de Muynck, Rüdiger / Ullrich, Rita (1977). *Der Unsicherheitsfragebogen*. Testmappe U. München: Pfeiffer.
- Schmerl, Christiane (1982). Einige Gedanken zur Sozialisation von Frauen. In: *Mohr, Gisela / Rummel, Martina / Rückert, Dorothee. Frauen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Scholz, Ralf (1981). *Frauen sind doch andere Menschen*. In: *Bunte Illustrierte*, 1981, 46, pp. 36-40.

Susanne Hucklenbroich
Vorgebirgsstraße 241
50969 Köln