



Konstruktionen und Kulturen von Krankheit aus Gender-Perspektive

Bettina Zehetner

Online publiziert: 10. Mai 2019
 © Der/die Autor(en) 2019

Zusammenfassung Im Bereich der Norm sind Krankheit und Geschlecht eng miteinander verknüpft. In Krankheitsbildern, ihrer Interpretation und Behandlung werden „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ inszeniert. Geschlechtsspezifische Krankheitsformen beinhalten darum auch kritisches Potenzial, indem sie das Leiden an Geschlechternormen demonstrieren. Bestimmte psychosomatische Störungsbilder treten bei Männern und Frauen in unterschiedlicher Häufigkeit auf und sind unterschiedlich sozial „legitim“: Essstörungen, Angststörungen und Depressionen sind vom Rollenbild her eher „akzeptabel“ für Frauen als für Männer – Frauen, das psychosomatische Geschlecht? Anhand diverser Störungsbilder wird gezeigt, wie die Anpassung an überfordernde Verhältnisse und widersprüchliche Geschlechternormen krank machen kann und wie umgekehrt Krankheit als Verweigerung von Anpassung durchaus ein Zeichen psychischer Gesundheit sein. Abschließend werden Ansätze für eine emanzipatorisch wirksame Haltung in der Psychotherapie diskutiert.

Schlüsselwörter Krankheitskonzepte · Psychosomatische und geschlechtsspezifische Diagnostik · Feministische Philosophie · Feministische Theorie von Körper und Krankheit · Kritische und emanzipatorische Psychotherapie

Constructions and cultures of disease from a gender-perspective

Summary Gender and disease are tightly connected in their normative dimension. Diseases manifest

B. Zehetner (✉)
 „Frauen* beraten Frauen*. Institut für frauenspezifische Sozialforschung“, Wien, Österreich
zehetner@frauenberatenfrauen.at

themselves as sociocultural constructions and interpretations of psychic and somatic conditions. The process of forming norms of health and disease produces gendered bodies. Some psychosomatic phenomena like eating disorders, anxiety disorders and depression are socially accepted in women than in men. In the exaggerated incorporation of stereotypes of femininity in these so-called “female diseases” the continuum between “normal” woman and “pathological” femininity becomes obvious. In the ambiguity of adaptation and resistance norms of femininity are hereby confirmed as well as subverted. A feminist understanding of health and disease with its perspective of a normative constitution of masculinity and femininity provides a new approach to the interrelations of psyche and body, gender and society. My work as a psychosocial counsellor provides an example for the conflicting mediation of feminist theory and practice. In this way feminist philosophy can function as an emancipating practice in psychosocial counselling.

Keywords Concepts of disease · Psychosomatic and gender specific diagnostics · Feminist theory of body and disease · Critical and emancipatory psychotherapy · Feminist philosophy · Philosophy of the body

Einleitung

Die Phänomene Körper, Geschlecht und Krankheit existieren nicht außerhalb von Kultur und Gesellschaft. Körper und Geschlecht sind immer auch Austragungsorte gesellschaftlicher Machtverhältnisse, was sich in Krankheitskonzepten und Theorien zu Entstehung und Heilungsmöglichkeiten von Erkrankungen widerspiegelt. Diese Perspektive ist relevant für Beratung, Psychotherapie und Medizin. Sie erfordert eine Transformation des schulmedizinischen

Modells, nämlich das Einbeziehen gesellschaftlicher und kultureller Entstehungsbedingungen von Erkrankungen. Krankheitskonzepte haben immer auch mit Diskursmacht zu tun: Wer hat in einer Gesellschaft die Macht, bestimmte Verhaltensweisen als gesund oder krank, normal oder pathologisch – oder alternativ auch als kriminell oder von bösen Geistern besessen – zu definieren? Psychosomatische Symptome eignen sich ganz besonders gut dafür, aus dem „Symptom-pool“ der jeweiligen Kultur und Epoche auszuwählen und im Zusammenspiel mit Ärztinnen und Ärzten bisweilen sehr dramatische und expressive Krankheitsformationen zu bilden. Geschlechterdifferenz wird auch in der Gestaltung von Krankheit hergestellt. Krankheit erweist sich ebenso wie Gesundheit als soziokulturell hervorgebrachte und geschlechterpolitisch wirksame Konstruktion und Deutung körperlicher und psychischer Zustände. In der Ausformung von Krankheitsbildern sowie ihrer Interpretation und Behandlung werden geschlechtlich markierte Körper inszeniert. Geschlechtsspezifische Krankheitsformen beinhalten gesellschaftskritisches Potenzial, indem sie das Leiden an hegemonialen Geschlechternormen sichtbar machen. In der überzeichneten Verkörperung von Weiblichkeitsstereotypen in so genannten „Frauenkrankheiten“ wird das Kontinuum zwischen „normaler“ Frau und „pathologischer“ Weiblichkeit deutlich. In der Ambiguität von Unterwerfung und eigenwilliger Aneignung werden Weiblichkeitsnormen hier sowohl bestätigt als auch subvertiert. Leidenszustände, Symptome und Diagnosen sind ein Spiegel gesellschaftlicher Verhältnisse. Die Probleme unserer Klient_innen sind niemals nur individuelle Probleme, sondern immer Teil gesellschaftlicher Verhältnisse. Ganz bewusst konzentriere ich mich in diesem Artikel auf diese soziale Komponente des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, weil gerade sie mir im wissenschaftlichen Diskurs stark unterbelichtet erscheint. Meine Perspektive ist primär eine historische, um die Thesen aus zeitlichem Abstand heraus zu verdeutlichen. Die Krankheitsbilder wurden ausgewählt, weil ihre Genese und Verwendung in genderpolitischer Hinsicht von besonderer Relevanz und Wirkmacht sind. Dabei geht es nicht um einzelne Symptome, sondern um die Entstehung dieser Krankheitsbilder vor einem patriarchalen Hintergrund.

„Krankheit“ als Repräsentation gesellschaftlicher Ordnung

Krankheit kann als soziokulturell hervorgebrachte und geschlechterpolitisch wirksame Konstruktion und Deutung körperlicher und psychischer Zustände untersucht werden. In der Ausformung von Krankheitsbildern sowie ihrer Interpretation und Behandlung werden geschlechtlich markierte Körper inszeniert. An der unterschiedlichen Art und Häufigkeit von Diagnosen zu unterschiedlichen Zeiten, den unterschiedlichen Erklärungsmodellen sowie

den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Zuschreibung der Krankheitswertigkeit von Symptomen lässt sich die gesellschaftliche Normativität von „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ – wie Männer und Frauen zu einer bestimmten Zeit in einer bestimmten Kultur zu sein haben – zeigen. Geschlechtsspezifische Krankheitsformen beinhalten gesellschaftskritisches Potenzial, indem sie das Leiden an hegemonialen Geschlechternormen sichtbar machen. In der überzeichneten Verkörperung von Weiblichkeitsstereotypen in so genannten „Frauenkrankheiten“ wird das Kontinuum zwischen „normaler“ Frau und „pathologischer“ Weiblichkeit deutlich. In der Ambiguität von Unterwerfung und eigenwilliger Aneignung werden Weiblichkeitsnormen hier sowohl bestätigt als auch subvertiert. Die Hysterikerin verkörpert sowohl die Theorie der völligen Beherrschung der Frau von Sexualität als auch diejenige des asexuellen weiblichen Wesens. Die Hysterie unterwandert diese Diskurse über Weiblichkeit, indem sie deren Produktionsprozess vorführt. Sie unterläuft den medizinisch formulierten Logos, indem sie ihm zwar folgt, sich jedoch mit der Produktion körperlicher Symptome nicht an seine anatomischen und physiologischen Gesetze hält.

Christina von Braun sieht in der Multiplen-Persönlichkeits-Störung gemeinsam mit den Essstörungen Anorexie und Bulimie die zeitgenössischen Nachfolgerinnen der Hysterie der Jahrhundertwende wie sie Charcot, Breuer und Freud beschrieben haben. Kennzeichen aller drei Krankheitsbilder ist die gleichzeitige Affirmation und Verweigerung der für die Frau gesellschaftlich vorgesehenen Geschlechterrolle. Diese wird in der übertriebenen – parodistisch anmutenden – Verkörperung von Weiblichkeitsklischees sowohl bestätigt als auch in ihrer Konstruiertheit in Frage gestellt (von Braun & Dietze 1999, von Braun 1995).

Die Entstehung von Krankheitsdiagnosen und den zugehörigen ätiologischen Theorien und Paradigmen („Wahrheitsregimes“, Foucault 1977) ist untrennbar verknüpft mit den damit implizierten gesellschaftlichen Bedeutungen, mit Machtkonstellationen und Ordnungsdiskursen der jeweiligen Epoche, prominent dem Diskurs der Geschlechter. Ein Konzept wie das des Unbewussten hat gesellschaftspolitische Brisanz. Beispielsweise ist die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung, die von dissoziierten Affekten und verdrängten Erinnerungen ausgeht, verknüpft mit dem Schuld- und Wahrheitsdiskurs zum sexuellen Missbrauch. Die aufklärerische Wirkung eines solchen Konzepts kann dafür genutzt werden, bisher verborgene Gewaltverhältnisse im Privatraum Familie aufzudecken und rechtliche Mittel der Kontrolle bzw. der Sanktionen zu entwickeln, um Übergriffen entgegenzuwirken. Die Ablehnung des Konzepts verdrängter Erinnerungen und die Verleugnung der dadurch sichtbar werdenden Verhältnisse („Missbrauch/Gewalt in der Familie gibt es bei uns nicht“)

dienen der Stabilisierung bestehender Macht- und Herrschaftsverhältnisse.

Eine neue Krankheitsbezeichnung, eine neu beschriebene Symptomatik oder Symptomgruppe, bietet neue, innerhalb des medizinischen Systems legitime Möglichkeiten, bestehendes Leiden zu erfahren, zu formen und zu benennen. Forciert wird die Epidemisierung neuer Krankheitsbilder durch deren aggressive Präsenz in den Massenmedien (etwa das „chronic fatigue syndrome“): starke, über Monate hin andauernde Müdigkeit, meist in Kombination mit Muskelschmerzen, ohne physiologisch eindeutig nachweisbare Ursache, auch diskutiert als Systemic Exertion Intolerance Disease, also systemische Belastungstoleranz-Erkrankung (SEID). Die Art, wie wir unseren Körper erleben ist auch geformt von medizinischen Konzepten. Die Wahrnehmung und Deutung eines physischen oder psychischen Zustands als gesund oder krank, akzeptabel oder behandlungsbedürftig ist keine Sache der Biologie, sondern abhängig vom geltenden kulturspezifischen Körperwissen. Dieses Körperwissen differenziert sich nach Geschlecht, Epoche, Region, Altersgruppe und Sozialstruktur. Subjektive und kollektive Interpretationen von Gesundheit und Krankheit können als Metaphern entziffert werden, sie sagen etwas aus über das Verhältnis von Individuum und sozialer Ordnung (vgl. Sontag 1980; Brähler et al. 2018).

Zur Geschichte psychosomatischer Krankheiten und ihrer „iatrogenen“¹ Produktion in der Arzt-Patientin-Interaktion

Im Bereich der Norm sind Krankheit und Geschlecht eng miteinander verknüpft. In Krankheitsbildern, ihrer Interpretation und Behandlung werden „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ inszeniert. Geschlechtsspezifische Krankheitsformen beinhalten darum auch kritisches Potenzial, indem sie das Leiden an Geschlechternormen demonstrieren. Bestimmte psychosomatische Krankheitsbilder treten bei Männern und Frauen in stark unterschiedlicher Häufigkeit auf und sind unterschiedlich sozial „legitim“: Essstörungen, Angststörungen und Depressionen sind vom Rollenbild her eher „akzeptabel“ für Frauen als für Männer (ausführlich dazu Zehetner 2012). Auch die Verschreibungspraxis ist geschlechtsspezifisch: rund 2/3 aller Beruhigungsmittel werden Frauen verschrieben (vgl. Schmid-Siegel und Gutierrez-Lobos 1996).

Die Plastizität psychosomatischer Krankheiten – das epidemische Auftauchen eines Krankheitsbildes über eine bestimmte Zeit und sein Wieder-Verschwinden – zeigt ihre Kulturgebundenheit. Das Unbewusste trägt zur Formung psychosomatischer Erkrankungen

bei, dieses ist wiederum beeinflusst vom kollektiven Imaginären der jeweiligen Kultur. Der Medizinhistoriker Edward Shorter beschreibt in seinem Werk „Moderne Leiden“ die Geschichte vom Wandel der Krankheiten, der Diagnostik und des Krankheitserlebens als kulturspezifische Symptomproduktion. Die Wechselwirkung zwischen Kultur und individuellen Problemen sowie zwischen Ärzt_in und Patient_in² lässt einen sogenannten „Symptompool“ (Shorter 1994), eine Ansammlung von zu einer bestimmten Zeit als Krankheitszeichen anerkannten Symptomen, entstehen, aus dem die Patient_innen unbewusst „auswählen“. Während die Symptome organischer Krankheiten fixierbar sind – etwa Gelbfärbung der Haut bei Hepatitis – spiegeln die Verwandlungen der Symptome von psychosomatischen Krankheiten laut Shorter sowohl subjektives Leid als auch die gerade „modischen“ Theorien der Medizin sowie den Zeitgeist, etwa die hegemoniale Ordnung der Geschlechter, wider.

Das kulturelle Umfeld stellt Inszenierungsschablonen und Modelle des Krankseins zur Verfügung, der „Symptompool“ wird gebildet vom kollektiven Gedächtnis der Kultur zu Fragen des korrekten Verhaltens im Krankheitsfall (z. B. Was ist zu tun, wenn man Schmerzen spürt? Zähne zusammenbeißen, Tabletten schlucken, den Arzt oder die Schamanin aufsuchen, Bettruhe, beten etc.). Im kulturellen Gedächtnis ist nicht nur festgelegt, was im Krankheitsfall zu tun ist, sondern auch unter welchen Bedingungen eine Empfindung als krankheitswertiges und behandlungswürdiges Symptom gilt und wie dieses artikuliert werden kann.

Historisch produzierten Mediziner Krankheitstheorien und die Frauen antworteten ihnen mit der Produktion „passender“ Symptome bzw. fanden hier eine anerkannte Ausdrucksmöglichkeit für unspezifisches Leiden. Für die Ärzte wurden die verschiedensten weiblichen Beschwerden als „Nervenleiden“ oder „Neurosen“ (Cullen *Synopsis Nosologicae Medicae* 1785) irgendwie erklärbar – nicht erklärt wurden sie hingegen durch psychisches Leiden bzw. Leiden an der gesellschaftlichen Situation von Frauen.

Das 19. Jahrhundert war das „Goldene Zeitalter der motorischen Hysterie“ (Shorter 1994). Die dramatischsten Symptomproduktionen bestanden in Konvulsionen („attaques“), in krampfartigen, übermäßig langandauernden Ohnmachtsanfällen (Katalepsie), in der Lähmung von Gliedmaßen, Augenlidern oder Stimmbändern oder auch in unkontrollierter motorischer Aktivität (Um-sich-Schlagen, Zittern, Zucken). Das Reflexbogenkonzept begünstigte die Ausbildung motorischer Symptome (sensorische Reize können ungewollte motorische Reaktionen hervor-

¹ Von griech. iatros = Arzt: Als „iatrogen“ wird eine Krankheit bezeichnet, die durch das medizinische System, die ärztliche Behandlung oder die Beziehung zwischen Ärzt_in und Patient_in verursacht ist.

² Zur geschlechtsspezifischen Schreibweise: Da aus dem Verhältnis zwischen männlichem Arzt und weiblicher Patientin historisch besonders eindrucksvolle iatrogene Krankheitsbilder hervorgingen, schreibe ich hauptsächlich über diese Kombination.

rufen). Shorter sieht in einer derartigen Symptomproduktion die Reaktion bürgerlicher Frauen auf die ihnen auferlegte Einschränkung der Bewegungsfreiheit in hermetisch abgeschlossener Privatheit. Flucht in Ohnmacht und Lähmung konnte auch Ausbruch aus dem familiären Psychodrama bedeuten. Mit der wohl in den meisten Fällen unbeabsichtigten Unterstützung der Ärzte gelang es manchen Frauen, die modischen medizinischen Theorien für ihre Zwecke zu instrumentalisieren, allerdings häufig um den Preis erneuten Leidens durch die verordnete Therapie.

Die spektakulären Konvulsionen wurden mehr und mehr ersetzt durch die weniger spektakulären Lähmungen, die gekennzeichnet waren durch meist temporären Verlust des Empfindungs- und Bewegungsvermögens (Paraplegien, Hemiplegien). Als auslösendes Phänomen wurde ein traumatisches Erlebnis angenommen (ähnlich wie später beim „railway spine“ oder den männlichen Kriegsneurosen), dem jedoch bis zu Freud kaum nachgegangen wurde. Die motorische wandelt sich schließlich zur *sensorischen Hysterie*: Die Hysterie à la Charcot kann als das Paradigma für iatrogene Krankheiten schlechthin gelten. Charcot verwandelte die Salpêtrière – Krankenhaus, Pflegeheim für Arme und Irrenanstalt – in ein Theater seiner Hysterie. Er entwickelte das Konzept der vier Phasen des klassischen hysterischen Anfalls mit Clownismus (großen Bewegungen), pathetischen Haltungen, délir und dem arc-de-cerle (dem hysterischen Bogen, bei dem der krampfartig durchgebogene Körper nur noch mit Kopf und Füßen das Bett berührt). Je ausgefeilter und kühner der Meister seine Theorie entwickelte, desto phantasievoller gestalteten die Patientinnen ihre Vorführungen in den öffentlich zugänglichen Vorlesungen. Die Patientinnen spielten ihre teils von den mit ihnen gemeinsam internierten Epileptikerinnen inspirierten, teils aus den in ihren Aufenthaltsräumen angebrachten Bildern religiöser Verzückung und Photographien der besten Aufführungen gelernten Rollen unter einer Hypnose, die auf dressurhafte Suggestion hinauslief.

Die Geschichte der Somatisierung kennt keinen anschaulicheren Beleg für den engen Zusammenhang zwischen Iatrogenie (von Arztseite ausgehendem Produktions- bzw. Gestaltungsimpuls) und tatsächlicher Symptomproduktion bzw. -gestaltung als das Verschwinden der Hysterie à la Charcot binnen eines einzigen Jahrzehnts nach dem Tod des Meisters. (Shorter 1994, S. 334)

Im ausgehenden 20. Jahrhundert vollzieht sich der Wandel von der iatrogenen Symptomgestaltung zur *mediengesteuerten Somatisierungswelle*. Unsere Kultur erlebt einen kollektiven Wachsamkeitsprozess gegenüber dem Körper. Wenn die Medien die „Krankheit des Monats“ (z. B. Mykosen, diverse Allergien) lancieren, kann jede Körperempfindung zum Krankheitszeichen mutieren. Schlicht erschöpft oder urlaubsreif zu sein ist nicht mehr legitim, es muss schon „Chronic Fatigue

Syndrome“ (CFS) oder „Saisonal abhängige Depression“ (SAD) sein. Hinter all diesen sich epidemisch verbreitenden und differenzierenden „Modekrankheiten“ scheint ein Phantasma der perfekten Gesundheit zu stecken, eine Art Fetisch, auf den jeder Anspruch erhebt und den jeder durch eigene Leistung auszubilden hat. „Die Gesundheit“ stellt nach „dem Guten“ das letzte Ideal dar. In dieser Machbarkeitsideologie werden auch die Intensität und die Dauer von Gefühlen normiert. Pathologisch ist, was zu lange dauert, beispielsweise ein Gefühl der Trauer:

Nach den Kriterien des Diagnostisch-Statistischen Manuals IV können die Traurigkeit, Agitation, Schuldgefühle, Konzentrations- und Schlafschwierigkeiten sowie Gedanken über den Tod einer trauernden Person schon als ausgeprägte depressive Phase diagnostiziert werden, wenn diese länger als zwei Monate dauern. Die Idee dahinter lautet: Leiden und Trauer können und sollen nicht ertragen werden, diese Gefühle sollen möglichst rasch zu einem Ende kommen (vgl. Kleinman 1995, S. 180). Eine Bestätigung dieser Haltung lieferte in unserer Beratungsstelle das Jugendamt, das eine Frau zu uns schickte mit dem Kommentar „Sie trauern schon zu lange um Ihren Mann“. Auch laut dem seit Mai 2013 gültigen Diagnosemanual DSM V kann schon eine länger als zwei Monate dauernde Trauer als schwere depressive Störung diagnostiziert werden (die „Trauerreaktion/Bereavement Reaction“ hingegen ist in dieser Ausgabe weggefallen). Wo hat Trauer noch Platz in unserer Gesellschaft?

Zum Wandel von Krankheitsbildern und Diagnosen am Beispiel der „Gender Dysphoria“

Die Pathologisierung von nicht normkonformen Körpern, Identitäten und Lebensformen durch die Medizin manifestiert sich in der Diagnostik. Homosexualität ist heute zwar keine krankheitswertige Diagnose mehr, jedoch hat die „Gender Identity Disorder“ teilweise deren Nachfolge angetreten: Die Diagnose „Gender Identity Disorder“ wurde im Zuge der Diskussionen zum Diagnostischen Statistischen Manual DSM IV 1980 eingeführt (nach der Entfernung der Diagnose „Homosexualität“ 1973). Seit Mai 2013 gilt das DSM V (American Psychiatric Association 2013), in dem der Begriff „Gender Dysphoria“ als übergeordnete Kategorie auftaucht. Kennzeichen für „Gender Dysphoria“ sind die Inkongruenz zwischen dem erlebten bzw. ausgedrückten und dem zugeschriebenen Gender (mindestens sechs Monate lang) plus mindestens zwei der folgenden Kriterien:

- Inkongruenz erlebtes/ausgedrücktes gender und körperliche Geschlechtsmerkmale
- starker Wunsch (desire), die eigenen Geschlechtsmerkmale loszuwerden (bei Adoleszenten: Wunsch, die Entwicklung sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern)

- starker Wunsch nach den körperlichen Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts
- starker Wunsch, das andere Geschlecht zu sein/zum anderen Geschlecht zu gehören („or some alternative gender different from one's assigned“)
- starker Wunsch, als das andere Geschlecht behandelt zu werden
- starke Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlechts zu haben

plus klinisch signifikanter Stress oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen des Funktionierens oder mit einem signifikant gesteigerten Risiko des Leidens wie Stress oder Behinderung/Unzulänglichkeit.

Polemisch gefragt: Welche Frau würde nicht lieber als Mann behandelt, wenn es um ihr Gehalt und ihre Karriere geht? Anstatt Beschämung, Diskriminierung und Verbote, die Leiden verursachen, in Frage zu stellen, wird pathologisiert. Dagegen fordern Personen, die sich nicht als „immer-nur-männlich“ oder „immer-nur-weiblich“ erleben, die Anerkennung ihrer Überschreitung der binären Polarisierung hin zu vielfältigen Lebens- und Gestaltungsmöglichkeiten von Geschlecht, vielfältigen Kombinations- und Variationsmöglichkeiten von *sex*, *gender identity* und Begehren.

Noch massiver tritt die Funktion der Normierung bei den Kriterien für „Gender Dysphoria“ bei Kindern zutage. Bei Mädchen wird beispielsweise die „starke Präferenz, nur typisch maskuline Kleidung zu tragen und starker Widerstand gegen typisch weibliche Kleidung“ und „starker Widerwille gegen typisch weibliches Spielzeug, Spiele und Aktivitäten“ genannt, bei Buben „starker Widerwille gegen typisch maskulines Spielzeug, Spiele und Aktivitäten und starkes Vermeiden von rauen Spielen (rough-and-tumble play)“ sowie bei beiden Geschlechtern die „starke Präferenz von cross-gender-Rollen in (Fantasie)Spielen (make-believe or fantasy play)“. Worin der Sinn von Fantasiespielen liegen sollte, wenn nicht im Imaginieren kreativer neuer Rollen, wird im Diagnosemanual nicht thematisiert.

Der Psychodramatiker Ernst Silbermayr fragt pointiert, warum in Anlehnung an die DSM V – Diagnosekategorie „Gender-Dysphoria“ nicht auch die Diagnosen „Migrations-Dysphorie“, „Armut-Dysphorie“ oder „Adipositas-Dysphorie“ Verwendung finden könnten, da doch auch hier die Symptome Unbehagen, Traurigkeit, ängstliche Bedrücktheit und Gereiztheit vorkommen (Silbermayr 2016). Hier wird die problematische Individualisierung sozialer Problemlagen deutlich: Warum stellen wir nicht lieber eine krankmachende Gesellschafts- und Geschlechterordnung in Frage, anstatt einzelne Personen, die darunter leiden, zu pathologisieren?

Störungsbilder als Aufbegehren gegen Geschlechternormen

Der Körper ist Werkzeug und Produkt von Machtprozessen, er ist der Ort der niemals endenden Arbeit am Selbst. Der Glaubenssatz neoliberaler Ideologie lautet: „Alles ist machbar“. Den eigenen Körper zu verschönern, zu verbessern, leistungsfähig und gesund zu erhalten, liegt in der individuellen Verantwortung einer jeden, die Selbstoptimierung wird zur Pflicht – von der jeweils propagierten Diät über Jugendlichkeit und Fitness bis hin zur chirurgisch hergestellten, normierten „Designer Vagina“ (vgl. Borkenhagen 2008; Maaßen 2008; Zehetner 2010a).

Die Ambivalenz der bulimischen Strategie manifestiert sich im Schwanken zwischen den Polen Anpassung an die geforderten Weiblichkeitsnormen und dem heimlichen Aufbegehren gegen diese. „Unweibliche“ Gier und Aggression werden allein im privaten Raum im Fressanfall ausgelebt – („Ich bin ein gieriges Ungeheuer“) – nach außen wird die Fassade kontrollierter, erfolgreicher Weiblichkeit präsentiert (attraktiv, ehrgeizig, erfolgreich, Modell „Powerfrau“). Im Gegensatz dazu stellt die Anorektikerin das weibliche Schlankkeitsideal durch ihre Überzeichnung in Frage. Dies zur Verdeutlichung, wie Frauen ihren Körper als Objekt verwenden und dabei Weiblichkeitsnormen verkörpern – zwischen Anpassung und Eigenwilligkeit. Kernthema ist dabei der Kampf um Autonomie: Die Magerstüchtige hungert ihren Körper als Projektionsfläche für fremdbestimmte Weiblichkeitsbilder aus; die Bulimikerin zeigt nach außen hin eher genormte Weiblichkeit und würgt die Zumutungen im geheimen hervor. Heute ist die Forderung nach Selbstkontrolle von Frauen so weit internalisiert, dass das „normale“ weibliche Essverhalten als kollektives Diäthalten bezeichnet werden kann, etwa die verbreitete Einteilung in „erlaubte“ versus „verbotene“ Nahrungsmittel, die sogenannte „Orthorexie“ als selbst auferlegter Zwang, sich „richtig“ bzw. „gesund“ zu ernähren.

Das Zur-Sprache-Bringen dieser Konflikte (z. B. zwischen Autonomie und Anpassung/Fremdbestimmung), und somit das In-die-Beziehung-Bringen kann die Symptome überflüssig machen, indem die Aggression nicht mehr gegen sich selbst gerichtet werden muss, sondern einen anderen Ausdruck als den selbstschädigenden findet. Diese Resymbolisierung hat potenziell gesellschaftskritischen Charakter, weil in ihr Leid verursachende gesellschaftliche Konflikte deutlich werden. In der Wiederherstellung der Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit werden Alternativen vorstellbar.

Ausblick

Psychotherapie muss sich des aktuellen gesellschaftspolitischen backlash bewusst sein, dem Risiko, vereinbart zu werden als Reparaturwerkstatt, Instrument

der Krisenentschärfung und Maschine permanenter Selbstoptimierung, um den Anforderungen des Marktes noch besser zu genügen. – Das alles im Sinne einer Strategie der Vereinzelnung als Entpolitisierung, der Vereinnahmung eines flexibilisierten Gender zur noch besseren Verwertung des „Humankapitals“ beider Geschlechter (vgl. McRobbie 2010; Klinger 2014).

Aus der Theorieperspektive Foucaults lässt sich Psychotherapie als eine „Technologie des Selbst“ beschreiben (vgl. Foucault 1993, 2000). Ähnlich wie die Beichte kann die Psychotherapie eine Arena für die Produktion von Subjektivität und Gouvernementalität als flexible Selbst-Steuerung darstellen. Selbstwirksamkeitserwartung (*self-efficacy*), Kontrollüberzeugung und Widerstandsfähigkeit (*hardiness, Resilienz*) sollen gestärkt werden. Emanzipatorische Psychotherapie muss daher unter allen Umständen ihr gesellschaftskritisches Potenzial und ihre politische Haltung bewahren. Die therapeutische Haltung muss kritisch bleiben gegenüber den aktuellen Ansprüchen an Flexibilität, Selbstvermarktung, Geschwindigkeit und Effizienz – auch und gerade dann, wenn viele Klientinnen mit dem Anspruch kommen, möglichst schnell „wieder zu funktionieren“. Emanzipatorische Psychotherapie will Raum für Reflexion bieten. Sie will Normen in ihrer Selbstverständlichkeit in Frage stellen und sie verhandelbar machen – einen Raum für eigenwillige Aneignungsmöglichkeiten eröffnen. „Normen nicht als Normalisierungsinstrumente, sondern als gemeinsame Orte kontinuierlicher politischer Arbeit“ (Butler 2009, S. 366).

Genderkritische Kompetenz muss ebenso in die psychotherapeutischen und medizinischen Ausbildungen integriert werden. Dieses Wissen ermöglicht die Wahrnehmung von Patient_innen jenseits dichotomer Geschlechterstereotypen und die Ermutigung zu nicht-geschlechterrollenkonformem Verhalten, das sich positiv auf die Gesundheit auswirkt: Weniger Einschränkung durch das Entweder-Oder, mehr Handlungsfreiheit durch das Sowohl-als auch. Denn das Ziel emanzipatorischer Beratung und Psychotherapie ist die Erweiterung von Lebens- und Handlungsmöglichkeiten (ausführlich zur Performativität von Krankheit und Geschlecht sowie ihrer Verknüpfung mit psychosozialer Beratung siehe Zehetner 2012).

Psychotherapie ist auch ein Marktplatz geworden: Das Versorgungssystem braucht Diagnosen, Ausbildungseinrichtungen brauchen zahlende Kandidat_innen. Gleichzeitig fehlt es an Ressourcen zur psychosozialen Versorgung, Stützung und Begleitung für Menschen, die nicht mit etwas „Empowerment-Training“ wieder fit fürs Hamsterrad sind (z. B. langfristige Begleitung durch Soziale Arbeit statt rasches Case-Management). Der heute völlig verkürzt verwendete Begriff „Selbstsorge“ (als Fitness-Programm zum Weiter-Funktionieren) basiert auf einem reduzierten Freiheitsbegriff als bloße individuelle Wahlfreiheit zwischen vorgegebenen Möglichkeiten, aus dem bei mangelnder Motivation und Leistung auch noch die

Eigenverantwortung für das eigene Scheitern zugewiesen wird.

Die notwendige Fokusverschiebung vom Individuellen zum Gesellschaftlichen bringt Angelika Grubner in ihrer Streitschrift „Die Macht der Psychotherapie im Neoliberalismus“ auf den Punkt: „Es liegt in der Verantwortung der Psychotherapie, sich diesem Individualisierungsdispositiv ein Stück weit zu verweigern und die gesellschaftspolitischen Ursachen und Zusammenhänge aufzuzeigen, die dem aktuell ausgemachten Anstieg psychischer ‚Störungen‘ zugrunde liegen. Es geht also um die berufspolitische Aktivität, die krankmachenden Verhältnisse des Kapitalismus sowohl mit den Leidenszuständen als auch mit den Selbstoptimierungsbestrebungen der Subjekte in Verbindung zu bringen. Zielführend erscheint es, ein Wissen zu positionieren und zu streuen, das die gesellschaftlichen Verhältnisse als krankmachende Bedingungen in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt und nicht das vermeintlich individuelle Versagen oftmals benachteiligter Personengruppen“ (Grubner 2017, S. 340). Deutlich wird Angelika Grubners Argumentation an der aktuellen rechtlichen Verpflichtung zur Psychotherapie von Rehabilitationsgeld Beziehenden Menschen in Österreich, wo eine gesellschaftspolitische Problematik – die verheerende Arbeitsmarktsituation – als therapeutische Zwangsmaßnahme individualisiert wird. Hier zeigt sich die konstitutive Ambivalenz von Psychotherapie als emanzipatorischer und disziplinierend-optimierender Praxis, als Führung der Führungen, als Anleitung zur beständigen Selbsterforschung, Selbstüberprüfung und Selbstbearbeitung. Psychotherapie ist kein „unschuldiger“, machtfreier Raum, sondern agiert im Spannungsfeld der widersprüchlichen Gleichzeitigkeit von Flexibilisierung und Normierung (vgl. Zehetner und Russo 2017). Als Berater_innen und Psychotherapeut_innen müssen wir uns die Frage stellen: Wollen wir mit unserer täglichen Arbeit beitragen zum Gebot, sich selbst zu optimieren oder wollen wir kritisch sein gegenüber Verhaltenszuminungen, Normen der allgegenwärtigen Ökonomisierung in Frage stellen, kleine und große Grenzüberschreitungen fördern und uns auf die Möglichkeiten eines guten Lebens konzentrieren? Psychotherapie nicht als Training der besseren Anpassung an krankmachende Verhältnisse, sondern als Praxis der Freiheit – das ist das Anliegen emanzipatorischer Psychotherapie und Beratung (detailliert zur Haltung und zu den Prinzipien feministischer Beratung und Psychotherapie Zehetner 2015 und 2018). Das kann auch bedeuten, eine sogenannte individuelle „Störung“ umzuformulieren in Kulturkritik und gesellschaftlichen Veränderungsbedarf. Aus der Verabschiedung des tyrannischen Bildes individuellen Scheiterns und Versagens und dem Verlernen des schimärischen Ideals völliger Autonomie, aus dem Bewusstsein geteilter Verletzlichkeit und grundlegender menschlicher Angewiesenheit aufeinander kann neue Solidarität entstehen (ausführlich dazu Zehet-

ner 2017). „Psychische Befindlichkeiten, als Spiegel historischer Machtverhältnisse gelesen, können im psychotherapeutischen Kontext zu einer politischen Mobilisierung transformiert werden. Denn die ganz unmittelbaren Affekte der Trauer, des Schmerzes, der Angst und des Nichtgenügens können als Ausgangspunkte politischen Handelns dienen“ (Grubner 2017, S. 335). – Beratung und Psychotherapie als Bürger_innenemanzipationsbewegung?

Interessenkonflikt B. Zehetner gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

- American Psychiatric Association (Hrsg.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Aufl.). Washington DC: American Psychiatric Association. DSM-5
- Borkenhagen, A. (2008). Designervagina – Enhancement des weiblichen Lustempfindens mittels kosmetischer Chirurgie. Zur sozialen Konstruktion weiblicher kosmetischer Genitalchirurgie. *psychosozial*, 30(112), 23–29.
- Brähler, E., Hoefert, H.-W., & Klotter, C. (Hrsg.). (2018). *Wandel der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen*. Lengerich: Pabst.
- von Braun, C. (1995). „Frauenkrankheiten“ als Spiegelbild der Geschichte. In F. Akashe-Böhme (Hrsg.), *Von der Auffälligkeit des Leibes* (S. 98–129). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- von Braun, C., & Dietze, G. (Hrsg.). (1999). *Multiple Persönlichkeit – Krankheit, Medium oder Metapher?* Frankfurt/M.: Neue Kritik.
- Butler, J. (2009). *Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1977). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1993). Technologien des Selbst. In L. H. Martin, H. Gutman & P. H. Hutton (Hrsg.), *Technologien des Selbst* (S. 24–62). Frankfurt/M.: Fischer.
- Foucault, M. (2000). Die Gouvernementalität. In U. Bröckling, S. Krasmann & T. Lemke (Hrsg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen* (S. 41–67). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Grubner, A. (2017). *Die Macht der Psychotherapie im Neoliberalismus. Eine Streitschrift*. Wien: Mandelbaum.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Klinger, C. (2014). Gender in Troubled Times: Zur Koinzidenz von Feminismus und Neoliberalismus. In A. Fleig (Hrsg.), *Die Zukunft von Gender* (S. 126–160). Frankfurt/M.: Campus.
- Maasen, S. (2008). Bio-ästhetische Gouvernementalität – Schönheitschirurgie als Biopolitik. In P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 99–118). Bielefeld: transcript.
- McRobbie, A. (2010). *Top Girls. Feminismus und der Aufstieg des neoliberalen Geschlechterregimes*. Wiesbaden: VS.
- Schmid-Siegel, B., & Gutierrez-Lobos, K. (1996). Überlegungen zur psychischen Gesundheit von Frauen. In E. Mixa, et al. (Hrsg.), *Körper – Geschlecht – Geschichte* (S. 244–254). Innsbruck: StudienVerlag.
- Shorter, E. (1994). *Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten*. Reinbek b.H: Rowohlt.
- Silbermayr, E. (2016). Trans-Identitäten. In S. Kern & S. Spitzer-Prochazka (Hrsg.), *Doing Gender. Konzepte für ein geschlechtersensibles Psychodrama. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. Sonderheft 8/2016*. (S. 61–74). Wiesbaden: Springer.
- Sontag, S. (1980). *Krankheit als Metapher* (3. Aufl.). München, Wien: Hanser.
- Zehetner, B. (2010a). „Schnipselkörper“ und subversives Begehren. In Institut für frauenspezifische Sozialforschung (Hrsg.), *Frauen beraten Frauen, Feministische Beratung und Psychotherapie* (S. 237–242). Gießen: Psychosozial.
- Zehetner, B. (2012). *Krankheit und Geschlecht. Feministische Philosophie und psychosoziale Beratung*. Wien, Berlin: Turia & Kant.
- Zehetner, B. (2015). Politik statt Pathologisierung. Zur gesellschaftlichen Verantwortung von Psychotherapeut_innen. *psychosozial 140: „Psychotherapie und Geschlecht“*, 38(140), 11–23.
- Zehetner, B. (2017). Berührbarkeit, Verletzlichkeit und Geschlecht. Gewalt in Paarbeziehungen, feministische Philosophie und psychosoziale Beratung. In B. Buchhammer (Hrsg.), *Lernen, Mensch zu sein*. Women Philosophers at Work II, Münster. (S. 213–226). Münster: LIT.
- Zehetner, B. (2018). Woran erkenne ich feministische Psychotherapie? *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 42(165), 103–123.
- Zehetner, B., & Russo, K. (2017). Fit fürs Hamsterrad? Psychodrama und gesellschaftlicher Wandel. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 9/2017, 139–154.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.