

Weiblicher Selbstwert auf dem gesellschaftlichen Prüfstand

Beate Wimmer-Puchinger

- 1.1 Einleitung – 4
- 1.2 Selbstwert, Sozialisation und Gender – 5
- 1.3 Sind Depressionen weiblich? – 7
- 1.4 Adoleszenz als Turning Point? – 10
- 1.5 Körperunzufriedenheit und Selbstwert der Frauen: ein Ergebnis der patriarchalen Strukturen? – 12
- 1.6 Gender Gap und weiblicher Selbstwert – 15
- 1.7 Fazit für die Praxis – 15
- Literatur – 16

1.1 Einleitung

Bei Betrachtung der aktuellen Statistiken zum Anteil der Frauen in Führungspositionen und Entscheidungsgremien in Politik, Wirtschaft und Forschung zeichnet sich keinesfalls ein rasanter Aufwärtstrend ab. Frauen sind in keinem Land auf der Überholspur, was noch am Ende des letzten Jahrtausends prognostiziert wurde. Vollmundig wurde das »Jahrhundert der Frauen« ausgerufen. Im Gegenteil, am Horizont droht die Gefahr eines Backlashs! In den meisten Ländern ist die gläserne Decke noch nicht wirklich überwunden. Auch ist die Erreichung vereinbarter Quoten bleibt eher die Ausnahme als die Regel. Zu dicht sind noch die Netzwerke, die von Männern bespielt werden.

Andererseits werden Argumente ins Treffen geführt, Frauen würden sich seltener bewerben, sich nicht in Position bringen, wären wesentlich selbstkritischer und ambivalenter und auch weniger strategisch in der eigenen Karriereplanung. Sind Frauen tatsächlich das »schwächere« Geschlecht, wie das die klassischen Frauenstereotypen seit Jahrhunderten paraphrasieren? Wie sehr ist es bis jetzt gelungen, diese Zuordnung zu konterkarieren, abzuwerfen und zu überwinden? Welche Barrieren sind wirksam? Die Frauen- und Geschlechterforschung hat dazu viel an Wissen und Zusammenhängen generiert (Becker u. Kortendiek 2008). Dennoch ist zu konstatieren, dass ein Durchbruch im Denken und Handeln, ein Eingang der Erkenntnisse in diverse Polycys (noch) nicht stattgefunden hat.

Thesen zur Ungleichheit der Geschlechter haben viele Wurzeln, die historisch weit zurückreichen und zum Teil noch immer ihre Gültigkeit haben. Die Nachrangigkeit der Frauen ist in vielen Religionen und Kulturen tief verankert. Diese hat weitreichende nachhaltige Auswirkungen, regelt sie doch Normen, Sprache, Begriffe und somit Denken und Befinden. Und diese prägen und prägen noch immer die Sozialisation der Mädchen bzw. der Jungen von Anfang an. In der Tendenz müssen wir von einer einengenden Sozialisation der Frauen ausgehen, die historisch all jene Frauen, die sich dem entgegenstimmten, die ihre Kreativität, Aktivität, Autonomie und Eigenständigkeit zu leben versuchten, sanktionierte, diskriminierte und zum Teil aus der Gesellschaft austieß. Und dies geschieht, wie wir den Medien entnehmen müssen, in manchen Ländern, wie zum Beispiel in Indien, Pakistan oder Afghanistan, noch immer.

Ein kritischer Blick zeigt, wie Nachrangigkeit und Abhängigkeit von Frauen zu Zwangsverheiratungen, Frauenhandel und anderen Mechanismen der männlichen Kontrolle über Körper und Sexualität der Frau führen. Weitere Beispiele sind das jahrtausendealte Ritual der Genitalverstümmelung (FGM), der sozialen Isolierung von Frauen und der Unsichtbarmachung durch Verschleierung, aber auch massive Gewalttaten bis heute (Garcia-Moreno u. Riecher-Rössler 2013).

Diese einengende Zuschreibung von weiblichen Charakteristika auf Passivität, Ängstlichkeit, Unselbstständigkeit und geringe Kreativität prägte auch psychologische Konzepte und Modelle sowie Vorstellungen von psychischen und physiologischen Funktionen des weiblichen Geschlechtes. Die Erforschung und Etablierung des menschlichen Körpers und seiner psychischen und mentalen Funktionen folgten historisch – durch den jahrtausendealten Ausschluss der Frauen aus der Welt der Wissenschaft – ausschließlich männlichen Werte- und Normvorstellungen. Diese führten zu einem Menschenbild und Wertekonzept zum Verhältnis der Geschlechter, die eine klare Nachrangigkeit und Unterordnung der Frau bedeuteten. Somit ist die gesamte Medizinforschung von der Antike an von männlichen Konzepten und Normen geleitet und bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts ausschließlich von männlichen Wissenschaftlern erforscht und publiziert. Sie folgten männlichen Logiken, Fragestellungen und Hypothesen. Wie nachhaltig der »Ausschluss Evas aus dem Tempel der Wissenschaft« wirkt, lässt sich an

der Geschlechterrelation der Nobelpreisträger für Medizin deutlich ablesen. Von 1900 bis 2013 waren lediglich 6% der Gewinner des Nobelpreises für Medizin weiblich. Das heißt, den Frauen wurde bisher wenig Platz in den »heiligen Hallen der Wissenschaft« eingeräumt. Erklärungsmodellen zum psychischen Funktionieren von Männern und Frauen werden wir nur dann gerecht, wenn wir diese historischen »Footsteps« sehen und verstehen.

Zu Recht kritisiert Sabine Scheffler (2008), dass Erkenntnisse der Frauen- und Genderforschung vor allem in der klinischen Psychologie (in Deutschland, aber auch in Österreich) nicht prominent reflektiert werden. Vorrangiges Dilemma der klinischen Psychologie ist, dass sowohl die realen Lebensbedingungen als auch unsere Denk- und Wertsysteme und Institutionen geschlechtsspezifisch strukturiert sind.

Besonders relevant ist der folgende Aspekt: Die »medizinische und psychologische Diagnostik« ist von Zuschreibungen geprägt, wie sich eine »normale gesunde« Frau und ein »normaler gesunder« Mann zu verhalten hätten (ebd.).

Faktum ist, dass Frauen bereits als Mädchen einen geringeren Selbstwert aufweisen und sich dies im Durchsetzungsverhalten deutlich ausdrückt. Dieser Fragestellung ist Susan Nolen-Hoeksema, die Professorin für klinische Psychologie und Sozialisationsforschung an der Yale University, in vielen Langzeitstudien (2001) nachgegangen. Sie fand eine eindeutige geschlechtsspezifische Tendenz dahingehend, dass Mädchen bereits im Kindergartenalter eigene Entscheidungen sowie ihre Persönlichkeit oder ihr Verhalten permanent hinterfragen, sich dadurch verunsichern lassen und über ihr Auftreten, ihre Wortmeldungen oder Verhaltensweisen grübeln (Ruminating). Ein Verhalten, das bei Jungen so gut wie nicht vorkommt.

Im nächsten Abschnitt wird der Frage nachgegangen, warum Einschätzungen zum Selbstwert geschlechtsspezifisch unterschiedlich ausfallen.

1.2 Selbstwert, Sozialisation und Gender

Selbstwert bezeichnet ein »positives Verhältnis der Person zu sich selber, also das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten« (Fend 2001, S. 213).

Es zeigt sich deutlich, dass Männer bereits im Jugend- und jungen Erwachsenenalter einen höheren Selbstwert aufweisen als Frauen (Kling et al. 1999).

Andererseits wurde auch erwiesen, dass sich zum Beispiel Frauen mit Kindern kompetenter in der Kindererziehung erleben als Männer mit Kindern. Hingegen schätzen sich Frauen in ihrer beruflichen Selbstwirksamkeit geringer ein als Männer. Auch Männer mit Kindern erleben sich im Beruf kompetenter als berufstätige Frauen mit Kindern. Die Selbstwirksamkeitseinschätzung ist jedoch bei Frauen, die keine Kinder haben, in Bezug auf ihren Beruf gleich hoch wie bei Männern (Sandmeier 2005). Daraus ist überdeutlich abzulesen, wie sehr Rollenbilder, Sozialisation und Selbstwert miteinander interagieren. Hurrelmann (1993, S. 14) definiert »Sozialisation« als Prozess der Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit, der in Abhängigkeit von und in der Auseinandersetzung mit den sozialen und dinglich materiellen Lebensbedingungen verläuft, die zu einem bestimmten Zeitpunkt der historischen Entwicklung einer Gesellschaft existieren. Noch schärfer beschreibt Durkheim (1997, S. 161) unsere Sozialisation als Prozess:

- » Der Mensch, den die Erziehung in uns verwirklichen muss, ist nicht der Mensch, den die Natur gemacht hat, sondern der Mensch, wie ihn die Gesellschaft haben will; und sie will ihn so haben, wie ihn ihre innere Ökonomie braucht.

Die Frauenforscherin Bilden (1980) führt dazu aus, dass jedoch nur definierte Geschlechterrollen funktional für die Gesellschaft sind.

Deshalb gehen neue Ansätze weg von der Betrachtung des Geschlechtes im Sinne von Gender hin zur Analyse der Geschlechterverhältnisse, um die sozialen Interaktionen sichtbarer zu machen. Diese folgen den Erkenntnissen, dass soziale Verhältnisse in Bezug auf Gender von langer Hand verinnerlicht sind. Die Prozesse laufen über Sprache, Zuweisung von Normen und Positionen bis hinein in Gesetze und Rechtsprechungen. Die Zweiteilung unserer Gesellschaft in männlich und weiblich ist tief in unserem Denken, Fühlen und Verhalten verankert und wird permanent über wichtige Institutionen und Ressourcen auf der Makro- und Mesoebene bis hinein in die Mikroebene der Erziehung und Paarbildung reproduziert und damit perpetuiert. Hingegen wird die Geschlechtszugehörigkeit als sozialer Prozess ins Visier genommen. Gildemeister bringt es auf den Punkt: »Nicht der ‚Unterschied‘ konstituiert die Bedeutung«, sondern die Bedeutung die Differenz (Gildemeister 2008, S. 137).

»Doing Gender« meint das Herstellen von Geschlecht als »eine gebündelte Vielfalt sozial gesteuertener Tätigkeit auf der Ebene der Wahrnehmung, der Interaktion und der Alltagspolitik, welche bestimmte Handlungen mit der Bedeutung versehen, Ausdruck weiblicher oder männlicher Natur zu sein« (West u. Zimmermann 1987, nach Gildemeister 2008, S. 137). Daher auch die bange Frage kritischer Frauenforscherinnen: »Can we ever do NOT gender?« (West u. Zimmermann 1987, nach Gildemeister 2008, S. 143)

Ein Denken und Fühlen außerhalb der binären Struktur männlich/weiblich ist fast nicht denkbar, wiewohl dies von neueren Ansätzen der feministischen Frauenforschung angedacht wird.

➤ **Das Konzept von »Doing Gender« problematisiert, dass die Gesellschaft und somit auch die Forschung bestimmte Rollenzuschreibungen verstärken, die sie dann wiederum kritisch hinterfragen. Das heißt, wir bewegen uns in dieser Frage in einem permanenten Circulus vitiosus.**

Wie lauten die klassischen Geschlechterstereotypen? Zunächst zur Erläuterung:

Unter Geschlechterstereotypen werden jene kognitiven Strukturen verstanden, die soziales Wissen über charakteristische Merkmale von Frauen und Männern enthalten, also ein allgemeines kulturelles Verständnis von »typischen« Merkmalen von Männern bzw. Frauen. Diesen entsprechen Geschlechterrollen, worunter soziale Verhaltenserwartungen verstanden werden (Eckes 2008).

Fatal im Sinne einer alternativ gedachten Gesellschaft, in der Geschlechterstereotypen aufgehoben werden, ist, dass diese so stark verinnerlicht sind, dass sie Fantasien von werdenden Eltern spezifisch färben und somit bereits die psychische Entwicklung des Kindes als Mädchen oder Junge vorstrukturieren. Geschlechterstereotypen sind daher in hohem Maße änderungsresistent (vgl. Eckes 2008). So gelten noch immer Eigenschaftszuschreibungen wie: »Frauen sind verständnisvoll und emotional, Männer sind dominant und zielstrebig«. Daraus leitet sich auch ab, dass sie eben so sein sollen, um diesen Stereotypen gerecht zu werden.

Das Modell der Geschlechterrolle wird in der Literatur uneinheitlicher verwendet. Die Betonung liegt auf den sozial vermittelten Verhaltenserwartungen in Bezug auf ein sozial zugeschriebenes Geschlecht. Die Wahrnehmung von geschlechtstypischen Merkmalen findet sich schon im Alter von bis zu sechs Monaten. So kann ein Kind im Alter von sechs Monaten zwischen männlichen und weiblichen Stimmen und in einem Alter von rund neun Monaten zwischen männlichen und weiblichen Gesichtern unterscheiden (Fagot, Rodgers u. Leinbach 2000). Schon bei Einjährigen muss davon ausgegangen werden, dass sich Stereotypenbildungen

abzeichnen. Bischof-Köhler (2002) und Maccoby (2000) wiesen für das 1. und 3. Lebensjahr geschlechtsspezifische Präferenzen für Spielsachen und Aktivitäten nach.

Infolge der inhärenten Strukturen, Normen, Interaktionsmuster und Barrieren bedeutet dies für Frauen, Eigenschaften entwickeln zu müssen, damit sie in einer angepeilten Geschlechterdemokratie gleichwertig empfinden und handeln können, z.B. Durchsetzungsvermögen. Im selben Umfang müssen aber (noch) männliche Herrschaftsstrukturen und klassische männliche Rollenstereotype verändert werden.

1.3 Sind Depressionen weiblich?

Frauen stufen sich in allen Befragungen zu Beschwerdehäufigkeit und Wohlbefinden signifikant schlechter ein als Männer. Wir finden dieses irritierende Ergebnis bereits ab dem 12. Lebensjahr. Angststörungen und depressive Störungen treten bei Frauen in einem Verhältnis von 2 : 1 auf (Merbach et al. 2002; Patel et al. 1999). Auch Panikerkrankungen und Phobien werden bei Frauen signifikant häufiger festgestellt (Weissman et al. 1997). In einer Repräsentativ-Befragung von Männern und Frauen mithilfe des »Beck-Angstinventars« in Deutschland zeigte sich, dass 8,8% der Bevölkerung Angstsymptome angeben. Zwei Drittel dessen sind Frauen (Margraf u. Poldrack 2000). Folgen wir großen internationalen Metastudien, so scheint eindeutig, dass Frauen psychisch vulnerabler sind. Dies gilt für alle Kulturen weltweit, wie epidemiologische Studien im »Global Burden of Disease« der WHO (2008) nachweisen. Depression macht bei Frauen 13,4%, bei Männern 8,3% des Verlustes an gesunden Lebensjahren weltweit aus. Die Belastung durch Depressionen fällt bei Frauen um 50% gravierender aus als bei Männern, wie die Studie zu den globalen Krankheitsbelastungen der WHO (WHO 2008) zeigt. Dies wirft die Frage auf, ob wir Instrumente verwenden, in denen die klassischen, tradierten Stereotypen inhärent sind oder Männer sich gewissen Fragen nicht stellen (dürfen) oder ihre Gefühle und Wahrnehmungen spezifisch anders konnotiert werden. Diese Fragen gelten auch für die international signifikant höheren Verschreibungen von Psychopharmaka an Frauen. Klar drückt sich das in den Kosten aus. So wurden in Österreich von 2008 bis 2010 Frauen Antidepressiva im Wert von 212 Millionen € verschrieben. Für Männer hingegen wurden für Psychopharmaka 95 Millionen € ausgegeben (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2012).

Ferner gilt es, bestimmte soziale Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit zu berücksichtigen.

Soziale Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit

- Stärkere Abhängigkeitsverhältnisse
- Geringerer sozialer Status
- Geringere soziale Unterstützung
- Multiple Rollen
- Höheres Armutsrisiko
- Höhere Verantwortlichkeit und Verbindlichkeit für familiäre Belange und Krisen

➤ **Depressionsfördernd ist der Umstand, dass bei Frauen eine große Diskrepanz zwischen Selbstbild, Selbstideal und Normideal besteht (Wimmer-Puchinger et al. 2013).**

Ein weiterer Aspekt ist »Cost of Caring«, das heißt die emotionale und zeitliche Investition in häusliche Pflegeleistungen. Rudolph (2002) ermittelte in einer breit angelegten Studie, dass Partner- und Familienkonflikte bei Frauen doppelt so häufig genannt werden wie bei Männern. Frauen erleben dies als Auslöser für Erkrankungen. Ein zusätzliches Belastungspotenzial, das sehr krisenhaft sein kann, sind Fragen des Kinderwunsches, der Familienplanung, Fruchtbarkeit bzw. Infertilität. Diese betreffen Frauen unmittelbarer, sowohl auf der individuellen, familiendynamischen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene. Diese Problematik umfasst krisenhafte, da ungeplant und ungewollt eingetretene Schwangerschaften, welche eine grundlegende Entscheidung zur weiteren Lebensplanung mit oder ohne Kind bedeutet (Wimmer-Puchinger 2013a), und auch die ungewollte Infertilität, die zu der Entscheidung zwingt, kinderlos zu bleiben, eine Adoption anzustreben oder sich einer künstlichen Befruchtung zu unterziehen. Auch unglückliche Schwangerschaften, wie Fehl- und Totgeburten, sowie traumatisierende Geburten sind psychische Erlebnisse, die sich sehr vulnerabilisierend auf das weitere Leben auswirken, vor allem wenn keine Unterstützung und Hilfe zur Verarbeitung und Heilung erfolgt. Nur rund 12% der Frauen nehmen in solchen Krisen professionelle Hilfe in Anspruch. Agnes von Wyl (2013b) führt einige destabilisierende Momente im Zusammenhang mit weiblichem Selbstbewusstsein an:

- Wer ist der richtige Mann, dessen selbst entworfene Biografie zu meiner passt oder der bereit ist, eine Übereinstimmung auszuhandeln?
- Bringe ich Kinder- und Karrierewunsch in Einklang, oder misslingt es mir?
- Meistere ich die unvermeidliche Regression bei der Geburt meines Kindes in einem Umfeld, das mich als Mutter allein lässt?
- Gelingt mir als Mutter der (teilweise) Rückzug in den privaten Raum nach meinem beruflichen Wirken im öffentlichen Raum?
- Bin ich der Doppelbelastung Beruf und Familie gewachsen, oder zerbreche ich daran?
- Habe ich den Kinderwunsch zugunsten meiner Karriere geopfert, und bedauere ich das?

Ein anderer Aspekt in Bezug auf Vulnerabilität und Depressionen betrifft Unterschiede im emotionalen Ausdruck zwischen Männern und Frauen. So zeigen Studien, dass Frauen in der Erinnerung von Gefühlen deutlich besser sind, andererseits aber auch mehr Angst, Trauer und Niedergeschlagenheit empfinden (Kring u. Gordon 1998). Ob die Empfindungen bei Männern ebenso verlaufen, aber sie diese nicht oder anders ausdrücken oder aufgrund ihres verinnerlichten männlichen Selbstbildes so nicht empfinden, bleibt eine offene Frage. Als gesichert gilt, dass Frauen aggressionsgehemmter sind. Dies zeigt sich in der Interaktion, in der Familiendynamik und vor allem im Hinblick auf häusliche Gewalt. Gewaltdelikte werden weltweit überwiegend von Männern verübt (Garcia-Moreno u. Riecher-Rössler 2013). Gewalt wird an Frauen in allen Lebensphasen verübt – vom weiblichen Genozid und von der Zwangsheirat im Kindesalter bis zu sexueller Gewalt und Kinderpornographie, von Massenvergewaltigungen bis zu Gewalt gegen Frauen im hohen Alter. In die weltweit festgestellte höhere Vulnerabilität von Frauen ergibt sich aus gesellschaftlichen Konzepten, in denen emotionaler, selbstkritischer und unsicherer zu sein und somit einen geringeren Selbstwert zu haben, Schwäche bedeutet und somit negativ bewertet wird. Diesem Gesellschaftsbild sind eher männliche Normen inhärent.

Es finden sich in der Literatur zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden folgende Hypothesen und Erklärungsmodelle (Ernst 2001):

Artefakthypothese Die Unterschiede werden auf Vorurteile männlicher Ärzte, Psychologen und Psychiater zurückgeführt, die Frauen im Sinne des »schwachen Geschlechts« pathologisieren und Äußerungen zu realen Benachteiligungen als psychiatrische Symptome interpretieren.

Dieser Gender Bias im Sinne der klassischen Rollenetikettierung von psychischen Störungen und Weiblichkeit wurde bereits 1972 von Broverman et al. aufgezeigt. Nachgewiesen wurde, dass bei identischen Beschwerdeschilderungen diese bei Frauen als psychisch oder psychosomatisch bedingt diagnostiziert werden; bei Männern hingegen als somatisch bedingt.

Stresshypothese Entsprechend dieser Hypothese ist der Geschlechtsunterschied auf die reale schlechtere soziale Position der Frau zurückzuführen: Diese entsteht, vor allem bei sozial benachteiligten Frauen, durch einen geringeren Bildungsabschluss, ein geringeres Einkommen und einen geringeren Berufsstatus. Nicht unerheblich ist ferner der Aspekt, dass Frauen einem höheren Risiko der Fremdbestimmung (z.B. durch finanzielle Abhängigkeit) ausgesetzt sind. Insbesondere trifft dies für Frauen in Gewaltbeziehungen zu (Nyberg u. Riecher-Rössler 2013; Wimmer-Puchinger 2013b).

Hypothese der mangelnden sozialen Unterstützung Bei diesem Ansatz wird einerseits die Isolation der Hausfrauen, andererseits – bei berufstätigen Frauen – die mangelnde Integration in kollegiale Netzwerke als Ursache für psychische Erkrankungen angesehen.

Bewältigungshypothese Diese Hypothese geht von unterschiedlichen Coping-Mechanismen bei belastenden Ereignissen bei Männern und Frauen aus. Demnach neigen Frauen eher dazu, in einer für sie ungünstigen Lebenslage zu verharren, sich selbst zu beschuldigen, zu grübeln und niedergeschlagen zu sein. Männer hingegen lenken sich bei belastenden Ereignissen z.B. mit Alkohol und Sport ab und können dadurch ihre negative Verstimmung eher überwinden (Nolen-Hoeksema et al. 1987, 1994).

Expressivitätshypothese Die Expressivitätshypothese beruht auf der Beobachtung, dass Frauen Emotionen, positive und negative, farbiger und mit größerer innerer Beteiligung schildern als Männer. Sie verfügen auch über ein größeres Vokabular, um Gefühle auszudrücken. Demnach geht es Frauen nicht schlechter als Männern, sondern sie reden nur mehr über negative Erfahrungen.

Biologische Hypothese Bei dieser Hypothese wird davon ausgegangen, dass Frauen neurophysiologisch rascher auf Stressreaktionen reagieren als Männer. Es wird angenommen, dass die rechte Gehirnhälfte, die Gefahren wahrnimmt und Angst sowie Dysphorie vermittelt, bei Frauen stärker entwickelt ist als bei Männern. Jedoch liegt nur eine geringe wissenschaftliche Evidenz vor, dass Hormone oder genetische Faktoren den Unterschied der psychischen Vulnerabilität der Geschlechter hinreichend erklären (Merbach et al. 2002).

Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich auch in den psychotherapeutischen Interaktionen. Rudolph (2002) analysierte 2000 ambulante und stationäre Psychotherapie-Patienten und -Patientinnen im Hinblick auf Interaktionsmuster. Die Studie ergab folgende signifikante Unterschiede:

- Psychotherapeutinnen pathologisieren allgemein ihre Klientel weniger als ihre männlichen Kollegen, die deutlich mehr Klientinnen/Patientinnen als krankheitswertig einstufen.
- Psychotherapeuten bewerten Frauen als Klientinnen/Patientinnen deutlicher als psychisch krank.
- Psychotherapeutinnen beschreiben ihre männlichen Klienten/Patienten als weniger krank als ihre männlichen Kollegen.

- Psychotherapeutinnen beschreiben ihre Klientinnen/Patientinnen mit positiveren Eigenschaften, wie z.B. spontan, beweglich, mitfühlend oder gefühlvoll.
- Psychotherapeuten beschreiben ihre männliche und auch weibliche Klientel eher als naiv, schwerfällig, einfalllos oder matt.

Offen bleibt die Frage, ob dies erwünschte Antworten im Sinne der Perpetuierung von Stereotypen sind. Verhalten sich Frauen normgemäß im Sinne von »Doing Gender« (vgl. Gildemeister 2008)? Wird gleiches Verhalten von Männern und Frauen anders bewertet (Hare-Mustin u. Maracek 1998)? Generell ist durchgängig festzustellen, dass männliches Verhalten als Norm gesellschaftlich akzeptiert gilt, hingegen weibliches Verhalten eher als defizitär bewertet wird (Willutzki 2001).

Im nächsten Abschnitt wird der Frage nachgegangen, ab wann sich geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf den Selbstwert manifestieren.

1.4 Adoleszenz als Turning Point?

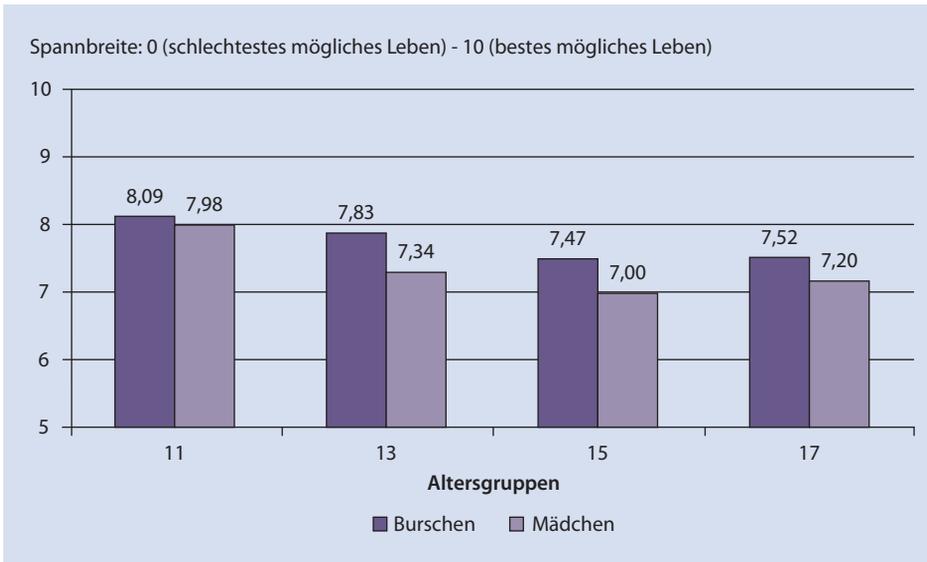
Zeigen sich bereits im Grundschulalter zwischen Mädchen und Jungen gravierende Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit des Aussehens und des Körperbildes (Smolak et al. 1998), so differiert die Bewertung des eigenen psychischen Wohlbefindens in der Adoleszenz gravierend. Mädchen fühlen sich zwischen 13 und 16 Jahren wesentlich weniger psychisch wohl als Jungen (Müller u. Beroud 1987; Buddeberg-Fischer 1997). Auch steigt die Prävalenz von Depressionen zwischen 15 und 18 Jahren bei Jungen von 1 auf 4%, bei Mädchen hingegen von 4 auf 23% (Hankin et al. 1998).

Nolen-Hoeksema (2001) resümiert zur Frage der geschlechtsspezifischen Unterschiede des Selbstwertes in der Adoleszenz, dass in dieser Lebensphase der soziale Druck vor allem für weibliches Verhalten steigt, ebenso für Aussehen im Sinne der Schönheitsnorm, dass jedoch die Kompetenzerwartungen des sozialen Umfeldes geringer sind als jene an Jungen. Gille und Krüger (2000) betonen die unterschiedliche Orientierung des Selbstbildes und Lebensstils von Mädchen und Jungen durch die Erwartungen der sozialen Umwelt.

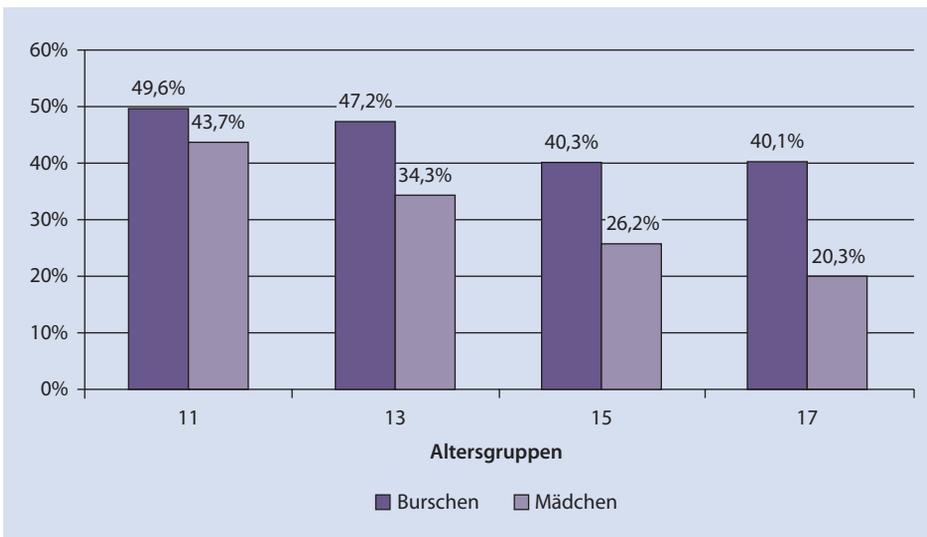
Wie sich diese Gender-Unterschiede in Bezug auf subjektives Wohlbefinden in den Langzeitstudien der WHO (Health Behaviour School Study 2012) ausdrücken, ist den folgenden Abbildungen zu entnehmen (■ Abb. 1.1; ■ Abb. 1.2; ■ Abb. 1.3; ■ Abb. 1.4).

Moksnes und Espnes (2012) untersuchten die Entwicklung des Selbstwertes während der adoleszenten Phase und ermittelten bei 1.209 Jugendlichen im Alter von 13 bis 19 Jahren Angst- und Depressionswerte. Dabei zeigte sich eindeutig, dass Mädchen signifikant höhere Werte aufwiesen als Jungen (■ Abb. 1.5). Jungen gaben hingegen signifikant höhere Werte in Bezug auf ihren Selbstwert an. Die Autoren resümiieren aus ihrer Studie, dass Mädchen wesentlich vulnerabler für psychische Probleme während der Adoleszenz sind. Als Ursachen werden in Bezug auf Affektivität eine höhere emotionale Reaktionsbildung angeführt, in Bezug auf die biologische Ebene die Pubertät und die körperliche Entwicklung sowie genetische Vulnerabilität und hinsichtlich der kognitiven Ebene Selbstzweifel (Rumination) und Körperbewusstsein. Zudem werden auf der gesellschaftlichen Ebene eine Intensivierung der geschlechtstypischen Rollenerwartungen und Beurteilungen sowie vor allem auch Role Models in der Werbung und Medien als selbstwertschwächende Faktoren gesehen (ebd.).

Ein anderer Aspekt, der zur Schwächung des Selbstwertgefühls bei jungen Mädchen beitragen kann, betrifft das Erleben und die Gestaltung von Mädchenfreundschaften im Vergleich zu Freundschaften unter Jungen. So konnte Amanda J. Rose (2002) in einer Befragung von

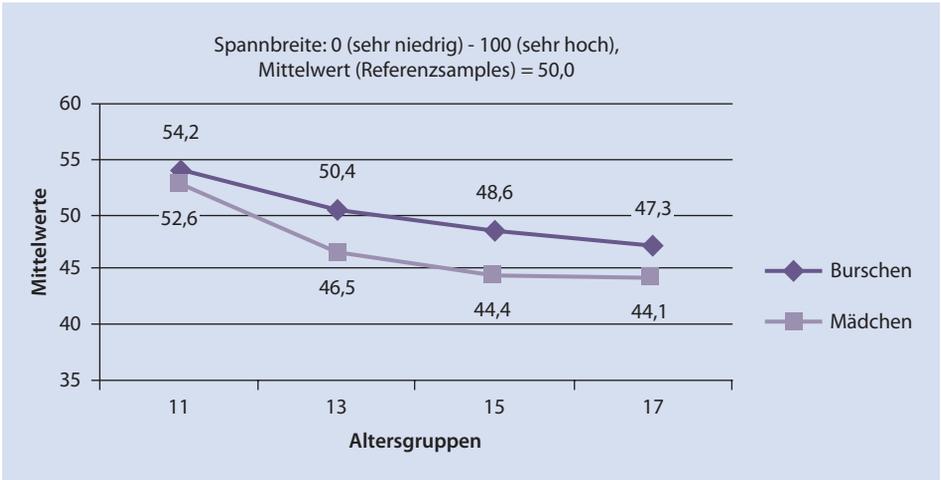


■ **Abb. 1.1** Mittlere Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler, nach Alter und Geschlecht. (Aus Ramelow u. Felder-Puig 2012; mit freundl. Genehmigung)

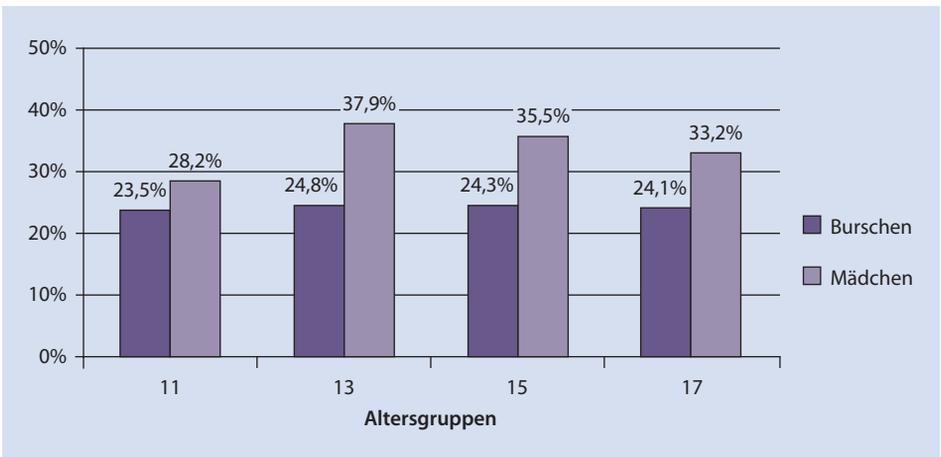


■ **Abb. 1.2** Ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schülern, nach Alter und Geschlecht. (Aus Ramelow u. Felder-Puig 2012; mit freundl. Genehmigung)

608 Jugendlichen von 8 bis 15 Jahren zeigen, dass bei Mädchen signifikant ausgeprägter und häufiger Probleme, gemeinsames Grübeln und extrem negativ fokussierte Selbstoffenbarungen (Selfdisclosure) auftreten als bei Jungen. Mädchen haben engere dyadische Freundschaften, in denen jedoch im Sinne von selbst und gegenseitig verstärkenden Mechanismen oder einer selbsterfüllenden Prophezeiung ängstliches, depressives Verhalten und somit auch eine Internalisierung von Problemen stattfinden (Co-Rumination).



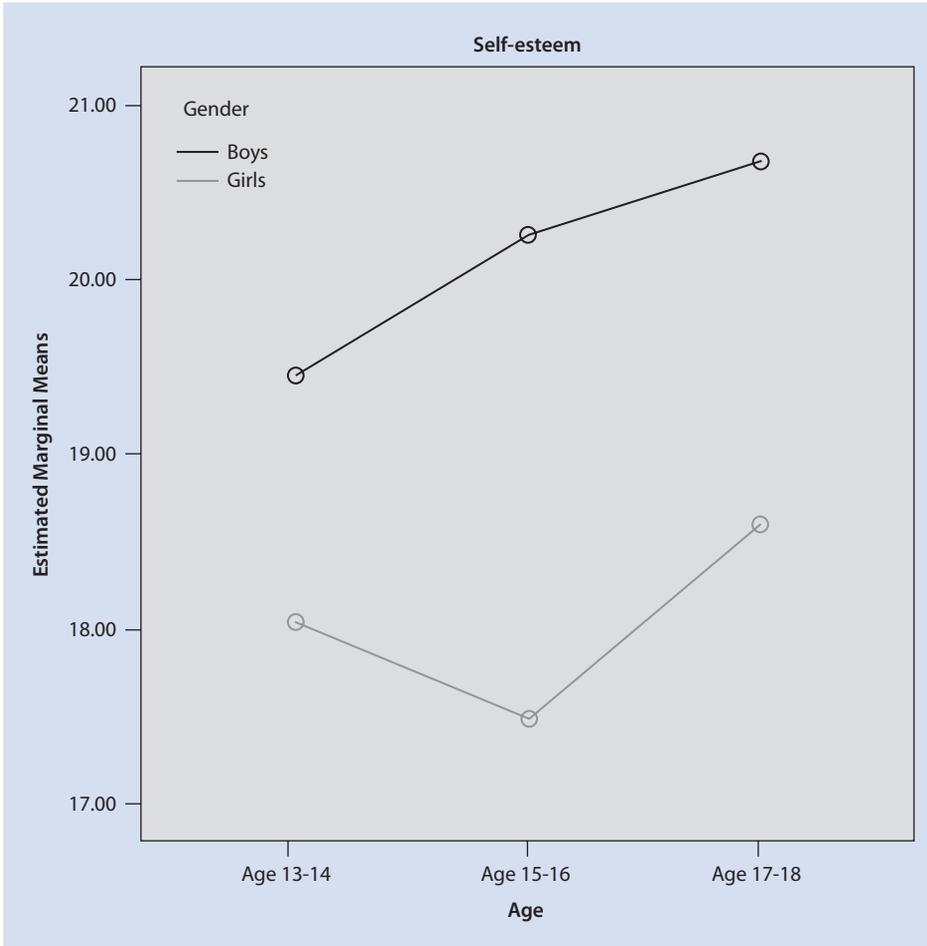
■ **Abb. 1.3** Durchschnittlicher »Mental Health Index« der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler nach Alter und Geschlecht. (Aus Ramelow u. Felder-Puig 2012; mit freundl. Genehmigung)



■ **Abb. 1.4** Anteil der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler, die mehrmals pro Woche oder täglich an psychischen Beschwerden leiden nach Alter und Geschlecht. (Aus Ramelow u. Felder-Puig 2012; mit freundl. Genehmigung)

1.5 Körperunzufriedenheit und Selbstwert der Frauen: ein Ergebnis der patriarchalen Strukturen?

Ein wesentliches Element des Selbstwertes konstituiert sich durch das Körperbild, das Frau oder Mann von sich hat. Das Körperbild ist als wichtigster Baustein des Selbstkonzeptes für die eigene Identität unumstritten. Es setzt sich aus Gefühlen und Einstellungen dem eigenen Körper gegenüber zusammen, dem »mentalen« Bild von der eigenen körperlichen Erscheinung, und wird somit als Aspekt des Selbstkonzeptes verstanden, das sich aus der Gesamtheit der Einstellungen dem eigenen Körper gegenüber (Wahrnehmung, Kognitionen, Affekte und Wertungen) ergibt. Entwicklungspsychologisch und somit auf der individuellen Ebene bildet sich



■ **Abb. 1.5** Entwicklung des Selbstwertes während der Adoleszenz. (Aus Moksnes u. Espnes 2012; mit freundl. Genehmigung)

das Körperbild bereits in einem sehr frühen Stadium, im Kleinstkindalter, durch die permanente Interaktion auf verschiedenen Kommunikationsebenen mit den frühen Objekten. Die Basis bildet eine empathische elterliche Grundhaltung, auf die Signale des Kindes (Mädchen oder Junge) spezifisch zu reagieren, und zwar durch

- Zuwendung beim Stillen, Pflegen, Baden, Füttern,
- die Körpersprache sowie motorische und taktile Erfahrungen,
- sinnliche Empfindungen (Hautsinn, Vegetativum, Hunger, Durst, Sättigung).

Wichtig sind zudem

- die emotionale Interaktion mit den Eltern,
- die Wahrnehmung des Körpers durch die Eltern,
- Beobachtungen und Erfahrungen des Kindes, wie Eltern mit dem eigenen Körper agieren (angespannt, entspannt, schamhaft oder ablehnend), sowie

- Erfahrungen mit Schmerz, Krankheit oder Einengung und vor allem auch mit Vernachlässigung, körperlichen Übergriffen bis hin zur sexuellen Gewalt.

Bereits in dieser Phase sind die Erfahrungen bei Mädchen in mancher Hinsicht anders als bei Jungen. Wie wird bewertet? Welche Erwartungen sind in Bezug auf Aussehen und Körper erlebbar? Wie wird das Aussehen von der Mutter bzw. vom Vater konnotiert? Was wird von den Spielkameraden im Kindergarten in Bezug auf Aussehen und Körperbild erfahren? Und auf welcher sicheren oder unsicheren Basis erfolgen dann in der Pubertät eine Neubewertung und ein Neuerleben des Körpers?

Die Dimension des Körperbildes als wichtiger Grundstein und Baustein der eigenen Identität und des Selbstwertes kann nicht individuell, innerfamiliär und auch nicht auf der Mesoebene, d.h. im sozialen Umfeld, allein erfasst werden. Hier muss nach Einflussfaktoren der westlichen Industrie-, Leistungs- und Konsumgesellschaft gefragt werden. Von Anfang an sind hier Normen und Standards geschlechtsspezifisch sehr unterschiedlich gelagert.

Der Wert einer Frau wird seit jeher am Aussehen gemessen, entsprechend der jeweiligen kulturellen Vorstellungen und Prägungen. Schönheit, Attraktivität und weibliche Ausstrahlung wurden immer schon durch ein männliches Maß bestimmt, ein- und ausgegrenzt und Idealbilder nach männlichen Vorstellungen forciert. In der heutigen Informations- und Mediengesellschaft werden Normen und Bilder auf einem globalisierten Markt transportiert und explosionsartig verbreitet. Medial transportierte Körpernormen und -bilder werden verinnerlicht und dienen als Anker der Bewertung von sich selbst und der anderen. Zahlreiche Studien bestätigen den negativen Einfluss von kreierte und perfektioniertem Aussehen auf die Körperzufriedenheit (Bell u. Dittmar 2011; Tiggemann u. Slater 2013, 2014). Dies gilt jedoch in einem überwältigenden Ausmaß vor allem für das weibliche Geschlecht, und das bereits schon für Mädchen im Pflichtschulalter. So sind 6-jährige Mädchen bereits mit ihrem Körper unzufrieden und haben Bedenken bezüglich ihres Gewichtes (Smolak 2002). 40–70% der Mädchen zwischen 12 und 16 Jahren sind mit zwei oder mehreren Bereichen ihres Körpers unzufrieden, und – besonders prekär – 44% der Mädchen beurteilen sich selbst als übergewichtig, obwohl sie nur zu 6% einen BMI über 25 haben. All diese Befunde gelten für Mädchen, die Selbstbeurteilungen der Jungen sind hingegen wesentlich positiver. Ebenfalls ist eindeutig nachgewiesen, dass Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper mit einem negativen Selbstkonzept und niedrigen Selbstwert über die Lebensspanne hinweg korreliert (Webster u. Tiggemann 2003). Diese Schwächung des weiblichen Selbstwertes und somit auch eines positiven Selbstbewusstseins und Durchsetzungsvermögens ist legendär, reduziert das weibliche Geschlecht mehr denn je auf Aussehen und behindert daher, verstärkt durch globale, medial forcierte Schönheitswettbewerbe, eine weibliche Identität, die sich durch Fähigkeiten und Persönlichkeit definiert. Das Resümee dieser Entwicklung ist, dass sich der weibliche Selbstwert nach den Anforderungen der Konsumgesellschaft in einem globalen Schönheitsmarkt und sich somit an männlichen Spielregeln orientiert. Passt Selbst- und Idealbild in Bezug auf Körperbild und Aussehen nicht zusammen, so suchen bereits Teenager eine Lösung darin, dass sie durch diverse ästhetische Interventionen – bis hin zu Schönheitsoperationen – auf eine »Verbesserung« hoffen. Das bedeutet, sich diesen künstlich perfektionierten und fremdbestimmten Vorbildern zu unterwerfen, welche den Selbstwert in der Regel schwächen.

- **Das Resümee dieser Entwicklung ist, dass sich der weibliche Selbstwert an den Anforderungen der Konsumgesellschaft in einem globalen Schönheitsmarkt und sich somit an männlichen Spielregeln orientiert.**

1.6 Gender Gap und weiblicher Selbstwert

Einkommen repräsentiert in kapitalistischen Gesellschaften Hierarchien, Dominanz und somit Macht. Weltweit ist Einkommensgleichheit noch nicht selbstverständlich gegeben. Alleine in den EU-Ländern finden wir folgende Unterschiede:

Der Gender Gap in der Erwerbsarbeit von Männern und Frauen beträgt im Durchschnitt der EU-25-Länder 15%. Dass von einer Feminisierung des Dienstleistungssektors gesprochen werden muss, ist ein nachhaltiges Ergebnis der historisch weit zurückreichenden Stereotype der Frau als »Dienende und Helfende«. So arbeiten 73% (EUROSTAT 2008) der Frauen in der EU im Gesundheitswesen und der Sozialarbeit. Dass in der Gesellschaft diese existenziell wichtigen Dienstleistungen geringer honoriert und wertgeschätzt werden, entspricht der Logik einer patriarchalen Tradition. Diese durchgängige hierarchische Positionierung spiegelt sich auch in dem Umstand wider, dass z.B. in Deutschland der Anteil von Frauen in Aufsichtsgremien in den 254 größten DAX-30-Unternehmen 15% beträgt. In der Welt der Wissenschaft beträgt der Anteil von weiblichen Führungskräften in Deutschland und Österreich unter 10%. Noch stärker ist die Unterrepräsentation von Frauen in leitenden Führungspositionen in den größten Wirtschaftsbetrieben (in Deutschland rund 17%, in Österreich rund 6%; vgl. EUROSTAT 2008).

Die geringe Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen spiegelt deutlich wider, dass gesellschaftlich nachhaltige Entscheidungen nach wie vor überwiegend von Männern, d.h. über Frauen hinweg getroffen werden. Dies ist aber auch ein Ergebnis von Sozialisation sowie gesellschaftlich zugewiesenen Rollenbildern und Lobby-Strukturen, die wesentliche Barrieren und Stolpersteine beim Durchbruch der »gläsernen Decke« sind. Unter diesen gegebenen Konstellationen ein den Männern »ebenbürtiges« Selbstwertgefühl zu entwickeln ist nur unter den günstigsten Rahmenbedingungen möglich. Will man diese Eckdaten der noch durchgängig fehlenden Gleichstellung ändern, bedarf es gesamtgesellschaftlicher Anstrengungen, wie z.B.

- durchgängige Quotenregelungen bis in die Führungsebenen,
- Sanktionen von sexistischer Berichterstattung, Werbung und Medienbeiträgen,
- gendergerechte Spielzeugindustrie und Pädagogik sowie
- Maßnahmen zur gesellschaftlichen Akzeptanz und Ermöglichung von Kinderbetreuung und Pflege durch Männer.

1.7 Fazit für die Praxis

Wie internationale Studien weltweit belegen, leiden Frauen signifikant häufiger an diversen psychischen Belastungen, Traumata und Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Essstörungen. Diesem Faktum entspricht auch die signifikant häufigere Verschreibung von Psychopharmaka. Unklar bleibt, inwiefern ein durchgängiger Gender Bias mitschwingt, der in Etikettierungen, Beurteilungen, Erwartungshaltungen und Bewertungen in diverse Messinstrumente Eingang findet und Männern derzeit nicht gerecht wird.

Als Resümee wäre zu folgern, dass Frauen vulnerabler zu sein scheinen bzw. ihnen eine »Opferrolle« zugewiesen wird, die das Bild der höheren Vulnerabilität perpetuiert und daher zurecht von der Frauenforschung kritisch reflektiert wird.

Wir müssen daher das gesellschaftliche Bedingungsgefüge sehen, das auf allen relevanten Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) zum Nachteil weiblichen Selbstbewusstseins und historisch im Sinne der klassischen Rollenzuweisungen perfide ineinandergreift. Nachhaltig wirken hier Sprache, Begrifflichkeiten, Denk- und Verhaltensgebote sowie -verbote, also

Regeln bezüglich dessen, was Mädchen/Frauen dürfen oder nicht oder ihnen zugetraut wird oder nicht. Diese verinnerlichten Denkmuster limitieren Mädchen und Frauen, wenn sie nicht gegen den Mainstream agieren wollen oder dürfen. Sheryl Sandberg (2015) beschreibt das Verhalten, sich als Frau selbst in Top-Führungspositionen zurückzunehmen und entsprechende innere Barrieren wahrzunehmen, sehr gut nachvollziehbar und belegt dies mit wissenschaftlichen Studien zu geschlechtsspezifischen Verhaltensunterschieden und Beurteilungen von Männern und Frauen in Wirtschaftsunternehmen und Organisationen.

Ein weiterer Faktor, der Frauen verletzbarer macht, ist, dass sie im Lebenslauf mit mehr emotionalisierenden Erlebnissen konfrontiert werden als Männer. Dies ist einmal im Kontext von Fertilität, Schwangerschaft, Geburt und Verlusterfahrungen zu sehen. So sei zum einen der hohe Anteil von 15–18% aller Jungmütter mit postpartalen Krisen erwähnt (Wimmer-Puchinger 2006). Zum anderen ist der hohe Anteil von rund 20% der Frauen EU-weit hervorzuheben, die physische, sexuelle und psychische Gewalt erfahren (FRA 2014). Wie verinnerlicht die Opferrolle von Frauen bereits ist, zeigt die Tatsache, dass wir vielfach formulieren, dass Frauen Gewalt *erleiden*. Wäre es nicht überlegenswert, ob wir nicht die Perspektive ändern sollten, um diese Opferrolle nicht zu verfestigen, indem wir feststellen, dass 20% der Männer (Partner) ihren Frauen Gewalt *antun* – dass somit die Täter betont werden, wenn wir von Gewalt an Frauen reden?

■ Welche Strategien gibt es für die Praxis?

Wie eine Metastudie von Lee et al. (2013) – basierend auf 33 Studien mit insgesamt 31.071 Teilnehmern – nachwies, sind Selbstwirksamkeit, Selbstwert, Lebenszufriedenheit, Optimismus und soziale Unterstützung die relevanten Schutzfaktoren vor psychischen Erkrankungen. Damit diese greifen können, ist jedoch gesellschaftlich bei folgenden Überlegungen anzusetzen: Männer müssen an Gleichstellungsprozessen beteiligt werden, insbesondere bei geteilter Pflege und Gewaltprävention. Die klassischen Frauenrollen, die derzeit noch massiv durch Werbung, Spielzeug- und Filmindustrie sowie TV- und Print-Medien verfestigt werden, müssen mit allen Mitteln endlich ganz aufgebrochen werden. Dazu wären klare – auch von der Politik gewollte – Leitbilder zu kommunizieren. Gender- und Gleichstellungs-Monitorings sind dazu wegweisende Instrumente.

Für die Praxis bedeutet dies immer auch, verinnerlichte Barrieren, erlebte Benachteiligungen und Gewalterfahrungen auszuloten.

Literatur

-
- Albert M, Hurrelmann K, Quenzel G, TNS Infratest Sozialforschung (Hrsg) (2010) 16. Shell Jugendstudie. Jugend 2010. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main
- Becker R, Kortendiek B (Hrsg) (2008) Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Bell BT, Dittmar H (2011) Does Media Matter? The role of identification in adolescent girls' media consumption and the impact of different thin-ideal media on body image. *Sex Roles* 65: 478–490
- Bilden H (1980) Geschlechtsspezifische Sozialisation. In: Hurrelmann K, Ulich D (Hrsg) Handbuch der Sozialisationsforschung. Julius Beltz Verlag, Weinheim
- Bischof-Köhler D (2002) Von Natur aus anders. Die Psychologie der Geschlechterunterschiede. Kohlhammer, Stuttgart
- Broverman I, Vogel S, Broverman D, Clarkson F, Rosenkranz S (1972) Sex-role stereotypes: a current appraisal. *Journal of Social Issues* 28: 59–78
- Buddeberg-Fischer B (1997) Weibliche Identitätsfindung zwischen Provokation und Weigerung. Entwicklungspsychologische und soziokulturelle Aspekte von Eßstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 14(6): 633–638

- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Barnekow V (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, Nr. 6), Copenhagen
- Durkheim E (1997) Erziehung und Gesellschaft. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg) (2008) Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Eckes T (2008) Geschlechterstereotype: Von Rollen, Identitäten und Vorurteilen. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg) (2008) Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 178–189
- Ernst C (2001) Geschlechtsunterschiede bei psychischen Erkrankungen. In: Riecher-Rössler A, Rohde A (Hrsg) Psychische Erkrankungen bei Frauen. S. Karger AG, Basel, S 47–61
- EUROSTAT (2008) The life of women and men in Europe. A statistical portrait. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg
- Fagot BI, Rodgers CS, Leinbach MD (2000) Theories of Gender Socialization. In: Eckes T, Trautner H (eds) The Developmental Social Psychology of Gender. Erlbaum, Mahwah, NJ
- Fend H (2001) Qualität im Bildungswesen, 2. Aufl. Juventa, Weinheim
- FRA Studie (2014) Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. European Union Agency For Fundamental Rights
- Garcia-Moreno C, Riecher-Rössler A (Hrsg) (2013) Violence Against Women and Mental Health. S. Karger AG, Basel
- Gildemeister R (2008) Doing Gender: Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg) (2008) Handbuch der Frauen und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 137–145
- Gille M, Krüger W (Hrsg) (2000) Unzufriedene Demokraten. Politische Orientierungen der 16- bis 29-Jährigen im vereinigten Deutschland (DJI – Jugendsurvey, Band 2). Springer, Heidelberg
- Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE (1998) Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 107(1): 128–140
- Hare-Mustin J, Maracek RT (1990) A Short History of the Future: Feminism and Clinical Psychology. *Psychology of Women Quarterly* 15(4): 521–536
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012) Eine Analyse anhand von Medikamenten-Abrechnungsdaten der österreichischen Sozialversicherung. Wien
- Hurrelmann K (1993) Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. Beltz Verlag, Weinheim
- Kling KC, Hyde JSh, Showers CJ, Buswell BN (1999) Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 125(4): 470–500
- Kring AM, Gordon AH (1998) Sex differences in emotion: Expression, experience, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology* 74(3): 686–703
- Lee JH, Nam SK, Kim A-R, Kim B, Lee MY, Lee SM (2013) Resilience: A Meta-Analytic Approach. *Journal of Counseling and Development* 91(3): 269–279
- Lambert M, Bock T, Naber D, Lowe B, Schulte-Markwort M, Schafer I et al (2013) Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 81(11): 614–627
- Maccoby EE (2000) Psychologie der Geschlechter – Sexuelle Identität in verschiedenen Lebensphasen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Margraf J, Poldrack A (2000) Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29(3): 157–169
- Merbach M, Singer S, Brähler E (2002) Psychische Störungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*. Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S 258–272
- Moksnes UK, Espnes GA (2012) Self esteem and emotional health in adolescents health – gender and age as a potential moderators. *Scandinavian Journal of Psychology* 53: 483–489
- Müller R, Bérout G (1987) Gesundheit – Für Jugendliche (k)ein Problem? (Forschungsbericht Nr. 16). Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne
- Nolen-Hoeksema S (1987) Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin* 101(2): 259–282

- 1
- Nolen-Hoeksema S (1994) The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin* 115(3): 424–443
- Nolen-Hoeksema S (2001) Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science* 10(5): 173–176
- Nyberg E, Riecher-Rössler A (2013) Psychische Belastung durch häusliche Gewalt. In: Boothe B, Riecher-Rössler A (Hrsg) *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen, Störungsbilder, Behandlungskonzepte*. Schattauer, Stuttgart, S 82–93
- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C (1999) Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine* 49(11): 1461–1471
- Ramelow D, Felder-Puig R (2012) HBSC Factsheet Alters- und Geschlechtsunterschiede in der subjektiven Gesundheit österreichischer Schülerinnen und Schüler: Ergebnisse 2010 und Trends. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Rose AJ (2002) Co-Ruminations in the Friendships of girls and boys. *Child Development* 73(6): 1830–1843
- Rudolph KD (2002) Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health* 30: 3–13
- Sandberg S (2015) *Lean In: Frauen und der Wille zum Erfolg*. Ullstein Verlag, Berlin
- Sandmeier A (2005) Selbstwertentwicklung vom Jugendalter bis ins frühe Erwachsenenalter – eine geschlechtsspezifische Analyse. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 1
- Scheffler S (2008) *Psychologie: Arbeitsergebnisse und kritische Sichtweisen psychologischer Geschlechterforschung*. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg) (2008) *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 659–667
- Smolak L (2002) Body image development in children. In: Cash T, Pruzinsky T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. The Guilford Press, New York
- Smolak L, Levine MP, Schermer F (1998) Lessons from lessons: An evaluation of an elementary school prevention program. In: Vandereycken W, Noordenbos G (Hrsg) *The prevention of eating disorders*. Athlone Press, London, pp 137–172
- Tiggemann M, Slater A (2013) NetGirls: The Internet, Facebook, and Body Image Concern in Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders* 46: 630–633
- Tiggemann M, Slater A (2014) NetTweens: The Internet and Body Image Concerns in Preteenage Girls. *Journal of Early Adolescence* 34(5): 606–620
- von Wyl A (2013a) Neue Sozialmuster – neue Bindungsformen – neue Karrieren. In: Boothe B, Riecher-Rössler A (Hrsg) *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen, Störungsbilder, Behandlungskonzepte*. Schattauer, Stuttgart, S 19–28
- von Wyl A (2013b) Psychische Vulnerabilität und weiblicher Selbstwert. In: Boothe B, Riecher-Rössler A (Hrsg) *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen, Störungsbilder, Behandlungskonzepte*. Schattauer, Stuttgart, S 24–25
- Webster J, Tiggemann M (2003) The Relationship Between Women's Body Satisfaction and Self-Image Across the Life Span: The Role of Cognitive Control. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development* 164(2): 241–252
- Weissman M, Bland R, Canino G, Faravelli C, Greenwald S, Hwu H, Yeh E (1997) The Cross-national Epidemiology of Panic Disorder. *Archives of Genetic Psychiatry* 54(4): 305–309
- Willutzki U (2001) Feministische Perspektiven für die psychosoziale Versorgung. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg) *Klinische Psychologie der Frau: ein Lehrbuch*. Hogrefe, Göttingen, S 689–715
- Wimmer-Puchinger B (2006) Prävention von postpartalen Depressionen – Ein Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit. In: Wimmer-Puchinger B, Riecher-Rössler A (Hrsg) *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*. Springer, Wien, New York, S 21–49
- Wimmer-Puchinger B (2013a) Schwangerschaft und Postpartalzeit. In: Boothe B, Riecher-Rössler A (Hrsg) *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen, Störungsbilder, Behandlungskonzepte*. Schattauer, Stuttgart, S 54–58
- Wimmer-Puchinger B (2013b) Gewalt in der Schwangerschaft. In: Boothe B, Riecher-Rössler A (Hrsg) *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen, Störungsbilder, Behandlungskonzepte*. Schattauer, Stuttgart, S 239–249
- Wimmer-Puchinger B, Langer M, Rathner E (2013) Körperbild, Selbstwert und Essstörungen bei Wiener Jugendlichen. Eine Fragebogenstudie im Auftrag des Wiener Programms für Frauengesundheit. Unveröff. Manuskript
- World Health Organization (WHO) (2010) *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Genf
- World Health Organization (2008) *The Global Burden of Disease: the 2004 update*. WHO Press, Genf