

1. Die Geschlechterfrage bei der Untersuchung psychischer Gesundheit: Drei Ebenen der Geschlechtsrolle

Die Begriffe Weiblichkeit - Männlichkeit umschreiben ein sehr komplexes Konstrukt, das so unterschiedliche Facetten umfaßt wie körperliche Charakteristika, sexuelles Verhalten, Interessen, Werte und Aktivitäten, Eigenschaften und Verhaltensweisen oder nonverbales Ausdrucksverhalten (s. z.B. Bierhoff-Alfermann 1989, Spence und Sawin 1985). Eine häufig vorgenommene grobe Unterteilung des Gesamtkonstruktes definiert drei Ebenen der Geschlechtsrolle. Man unterscheidet a) das biologische Geschlecht, b) die soziale Geschlechtsrolle (in der Familie/in der Gesellschaft) als ein System von Verhaltensregeln, das vom biologischen Geschlecht abhängig ist (s. Merz 1979), sowie c) psychologische Charakteristika, die mit dem biologischen Geschlecht assoziiert werden.

Eine gute Veranschaulichungsmöglichkeit für diese Unterteilung bietet das Modell von Parsons u. Bales (1955). Darin werden Männern und Frauen aufgrund ihres biologischen Geschlechts (a) unterschiedliche Geschlechtsrollen im System Familie zugewiesen. An den Mann werden Verhaltenserwartungen entsprechend der *instrumentellen oder aufgabenbezogenen Rolle* (b) gerichtet. Er ist für die Beziehungen der Familie nach außen zuständig (vor allem für ihre materielle Basis); innerhalb der Familie ist er die letzte Entscheidungsinstanz, führt Bestrafungen aus und bewahrt Disziplin und Kontrolle. Als für einen Mann typisch und angemessen gelten psychologische Charakteristika, die ihn für diese Rolle befähigen (c): Unabhängigkeit, logisches Denken, Wettbewerbsorientierung und Abenteurergeist. An die Frau werden entsprechend der *expressiven Rolle* komplementäre Verhaltenserwartungen gerichtet (b). Sie ist zuständig für die inneren Angelegenheiten in der Familie, vor allem für die sozialemotionale Unterstützung aller Familienangehörigen. Ihr kommt eine Vermittlerrolle zu; ihre Aufgabe ist es, ein harmonisches Gleichgewicht in der Familie zu schaffen. Von ihr werden folgende psychologischen Charakteristika erwartet (c): Wärme, Einfühlsamkeit, Emotionalität und die Sorge um andere.

Psychische Gesundheit scheint mit jedem der drei Aspekte assoziiert zu sein, wobei bisher die meisten Forschungsergebnisse zum biologischen Geschlecht vorliegen. Die Geschlechterfrage wird bisher überwiegend aufgrund der höheren Prävalenz psychischer Störungen bei Frauen diskutiert (s. Abschn. 1.1). Zur Interpretation der geringeren psychischen Gesundheit von Frauen wurden bisher in erster Linie die Lebenssituation und die Anforderungen der weiblichen Geschlechtsrolle(n) erforscht (Abschn. 1.2). Noch zu wenig systematisch untersucht ist die Frage, inwieweit *psychologische Charakteristika*, die als männlich oder weiblich bezeichnet werden, mit psychischer Gesundheit assoziiert sind. In diesem Beitrag

wird eine Annäherung an diesen Themenbereich versucht, wobei einige bisher vorliegende Forschungsarbeiten - überwiegend aus dem Bereich der Sozialpsychologie -, die sich mit diesem Aspekt von Weiblichkeit - Männlichkeit beschäftigen haben, vorgestellt werden.

1.1 Geschlechtsunterschiede in epidemiologischen psychiatrischen Studien und in Persönlichkeitstests

Auf der Ebene des biologischen Geschlechts interessierte bisher in erster Linie die Frage, ob es *generelle Geschlechtsunterschiede* in dem Vorkommen, der Häufigkeit und im Verlauf psychischer Störungen bzw. psychischer Gesundheit gibt. Sind Frauen durchschnittlich psychisch gesünder bzw. kränker als Männer? Epidemiologische Studien und Persönlichkeitstests können einigen Aufschluß bringen.

Der übereinstimmende Befund aus den bisher vorliegenden *epidemiologischen Studien* läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: Frauen erkranken in westlichen Industriegesellschaften häufiger an psychischen Krankheiten, sie leiden an anderen psychischen Störungen als Männer, sie nehmen mehr therapeutische Hilfe in Anspruch, sie bekommen häufiger Psychopharmaka verschrieben, sie frequentieren psychiatrische und psychotherapeutische Institutionen häufiger als Männer (Becker und Minsel 1986, Dohrenwend und Dohrenwend 1976, Gove 1979, Rudolf und Stratman 1989, Schepank 1986, 1987 sowie in diesem Band, Tress und Schepank 1989).

Die Verbreitung psychogener Erkrankungen im (west-)deutschen Raum wurde im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 116 von der Arbeitsgruppe um Schepank (1987) erforscht (Mannheimer Kohortenprojekt). Im Abstand von 3 Jahren wurde eine Zufallsstichprobe von 600 Erwachsenen jeweils zweimal untersucht. Das Mannheimer Kohortenprojekt erbrachte eine Fallrate psychogener Erkrankungen von 34 % bei den Frauen und 18 % bei den Männern (Schepank 1987, Tress und Schepank 1989). Bei diesen Falldefinitionen handelte es sich um sogenannte Punktprävalenzen (bezogen auf die letzten 7 Tage vor der Befragung), das heißt: zum Zeitpunkt der Befragung einer repräsentativen Stichprobe Erwachsener wurde jede 3. Frau, aber nur jeder 5. Mann von einem psychiatrischen Experten als psychisch gestört eingestuft. (Bei der Nachuntersuchung waren die Geschlechtsunterschiede etwas weniger stark ausgeprägt. Die Fallrate betrug bei den Frauen 29,4 % und bei den Männern 22,5 %.)

Zur Art psychischer Erkrankungen: Frauen leiden häufiger an neurotischen Störungen, insbesondere Depressionen und Phobien, sowie an psychosomatischen Symptomen (Becker und Minsel 1986, Schepank 1987); bei Männern werden häufiger Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus und Drogenmißbrauch diagnostiziert.

Über die *Ursachen dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede* können aufgrund von epidemiologischen Untersuchungen keine Aussagen abgeleitet werden. So

schreibt Schepank (1986): "Die Ursachen der festgestellten geschlechtsspezifischen Manifestationsdifferenzen sind letztlich unbekannt" (S. 18).

Die Antwortmuster in *Persönlichkeitsfragebögen* scheinen die Befunde aus den epidemiologischen Untersuchungen zu bestätigen. In einigen Persönlichkeitsmerkmalen, die mit psychischer Gesundheit assoziiert werden können, zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, vor allem bei Maßen emotionaler Befindlichkeit. Im Gießen-Test beschreiben Frauen sich durchschnittlich als ängstlicher, depressiver und unsicherer als Männer (Richter 1973, Beckmann et al. 1983). Im Freiburger Persönlichkeitsinventar zeigt sich ein vergleichbares Muster. Frauen haben durchschnittlich höhere Werte auf den Skalen Gehemmtheit, Erregbarkeit, Psychosomatische Beschwerden und Emotionalität (im Sinne von Neurotizismus) (Fahrenberg et al. 1973). Daß Frauen solche psychischen Störungen *durchschnittlich* häufiger angeben als Männer, führte gar zu der Konstruktion einer Maskulinitäts-Skala, in der die "typisch männliche Selbstschilderung" zu einem Synonym für psychische Gesundheit, die "typisch weibliche Selbstschilderung" dagegen zu einem Synonym für psychische Gestörtheit wurde.

Die "*typisch männliche Selbstschilderung*" war im FPI folgendermaßen definiert:

"Pb. schildert aktive, u.U. auch körperliche Durchsetzung, selbstbewußt, unternehmungslustig, zuversichtlich, einsatzbereit; ausgeglichene Stimmungslage; wenig körperliche Beschwerden, wenig Lampenfieber und wenig psychosomatische Allgemeinstörungen" (Fahrenberg et al. 1973, S. 50).

Die "*typisch weibliche Selbstschilderung*" sah dagegen so aus:

"Pb. schildert Zurückhaltung, schüchtern, u.U. gehemmt; niedergedrückte Stimmung, leicht enttäuscht oder verzagt; wenig Zuversicht oder Selbstvertrauen; körperliche Beschwerden und psychosomatische Allgemeinstörungen ..." (ebd.).

Erst in der vierten revidierten Auflage des Freiburger Persönlichkeitsinventars wurde diese Maskulinitätsskala abgeschafft, da sie "selbst unter Diplom-Psychologen manche Mißverständnisse und wohl auch Mißbrauch" hervorgerufen habe (Fahrenberg et al. 1984, S. 15).

Die immer wieder festgestellte höhere Klagsamkeit von Frauen über Ängste, Depressionen und seelische Konflikte wurde von Richter (1974) im positiven Sinne als eine größere "Fähigkeit zum Leiden" interpretiert. Beckmann (1976) verweist auf die Möglichkeit, daß Frauen aufgrund ihrer größeren emotionalen Offenheit ihre psychischen Konflikte weniger in körperliche Krankheiten verdrängen müßten als Männer. Becker (1986) macht auf mögliche geschlechtsspezifische Antworttendenzen in den Selbstauskünften von Persönlichkeitsfragebögen aufmerksam. So könnten Frauen eher bereit sein, psychische Probleme wie Ängste oder Depressionen zuzugeben. Nicht zu übersehen ist jedoch die Möglichkeit, daß das Leben vieler Frauen "tatsächlich belastender und frustrierender ist als das der

Männer" (Becker 1986, S. 168) und damit die geringere psychische Gesundheit eine Folge dieser Belastungen und Frustrationen wäre (s. Abschnitt 1.2).

Interessant ist, daß manche Geschlechtsunterschiede in Persönlichkeitsfragebögen in den letzten Jahren an Bedeutung verloren haben oder sogar ganz verschwunden sind. Hierzu einige Ergebnisse aus der jüngsten Neustandardisierung des Gießen-Test (Beckmann et al. 1991): Frauen beschreiben sich durchschnittlich zwar noch als depressiver, der Unterschied ist jedoch deutlich geringer als 1975. Auch die Feststellung einer größeren "Expansivität" (Becker 1986) oder Dominanz bei Männern stimmt nicht mehr. Junge Frauen sehen sich (im Gießen-Test) inzwischen als genauso dominant wie junge Männer.

1.2 Psychische Gesundheit in Abhängigkeit von sozialen Geschlechtsrollen

Die höhere psychische Morbidität von Frauen wird häufig vor dem Hintergrund der sich wandelnden Rolle der Frau in westlichen Gesellschaften analysiert. Eine besondere Belastung wird darin gesehen, daß Frauen trotz ihrer größeren Beteiligung in der Berufswelt im häuslichen Bereich keine wirkliche Entlastung durch ihre Partner erhalten (Doppelrolle, Rollenstreß, Doppelbelastung der Frau). Das *Dilemma der heutigen Frau* besteht nach Richter darin, "daß der Mann aus äußeren und inneren Gründen nicht mehr zu der hergebrachten Beschützerrolle und in der Regel noch nicht zu einer ebenbürtigen Teilhaberrolle in Haushalt und Kindererziehung taugt" (1973, S. 301). Untersuchungen zur familiären Aufgabenverteilung erbringen immer wieder eine auffallende Diskrepanz zwischen der Ideologie einer partnerschaftlichen Aufteilung und der Realität einer traditionellen Aufteilung¹. Bei einer ausdrücklichen Betonung der gemeinsamen Aufgabenbewältigung übernehmen die Frauen de facto fast die gesamten häuslichen Aufgaben (s. Krüger 1984). Als wesentliche Barriere für eine umgreifende Veränderung *beider* Geschlechtsrollen erweist sich in erster Linie die Unantastbarkeit der männlichen Berufsrolle (Erler et al. 1988, Nauck 1987, Sieverding 1990). Die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit bleibt nicht ohne Folgen. Je weniger Männer sich an den Aufgaben im Haushalt beteiligen und je mehr innerfamiliäre Aufgaben zu bewältigen sind, desto höher ist die subjektive Belastung der Frauen (Nauck 1987).

Die expressive Funktion, die Frauen im System Familie von Parsons und Bales (1955) zugeschrieben wurde, bezieht sich in erster Linie auf das Gewähren von sozialemotionaler Unterstützung (s. Belle 1982). Frauen geben im allgemeinen mehr soziale Unterstützung, als daß sie diese erhalten: in der Familie, in der Partnerschaft, aber auch am Arbeitsplatz, ein Phänomen, das Belle (1982) als den "Streß des Umsorgens" ("stress of caring") bezeichnet hat. Die direkte und indirekte Bedeutung, die sozialer Unterstützung für die psychische Gesundheit zu-

¹ "In der Familie stellt der Mann den Ernährer, die Frau die Fürsorgerin dar" (Burkhardt und Meulemann 1976).

kommt, ist inzwischen hinlänglich bekannt (s. z.B. Cobb 1976, Holahan und Moos 1990, Roos und Cohen 1987). Es ist nicht verwunderlich, daß das Fehlen von sozialer Unterstützung in einer geringeren psychischen Gesundheit von Frauen resultiert.

Die Tatsache, daß die höhere Prävalenzrate psychischer Störungen von Frauen erst nach der Pubertät zu beobachten ist (vorher weisen Jungen mehr psychische Störungen als Mädchen auf, s. z.B. Gove 1979), unterstützt ebenfalls die Rollenkonflikthypothese. In der frühen Schulzeit werden an Mädchen noch sehr ähnliche Erwartungen gerichtet wie an Jungen (so sollen sie z.B. in der Schule gute Leistungen erbringen). Erst um die Zeit der Pubertät, noch stärker zum Ende der Ausbildung hin, wächst bei jungen Frauen der Druck zur Übernahme der traditionellen weiblichen Rolle (Becker und Minsel 1986, Komarovsky 1946). Zu der schulischen und beruflichen Orientierung kommt nun die familiäre Orientierung hinzu, die "moderne" Rolle gerät in Konflikt mit der "femininen" Rolle (s. Komarovsky 1946). Um als Frau anerkannt zu werden, muß sie in einer festen Partnerbeziehung gebunden sein, möglichst heiraten und eine Familie gründen. Die gerade in Westdeutschland besonders ausgeprägte Mutter-Kind-Ideologie fordert eine bedingungslose Unterordnung der eigenen - nicht nur beruflichen - Bedürfnisse unter das Wohl des Kindes bzw. der Familie (s. Sieverding 1990). Obwohl auch an den jungen Mann die Erwartung gerichtet wird, eine Familie zu gründen, bringt ihn dies kaum in Konflikt mit seiner beruflichen Entwicklung. Die berufliche Karriere eines Mannes wird in der Regel durch Heirat oder Geburt von Kindern nicht berührt (s. Erler et al. 1988, Sieverding 1990), gerade wegen der Bereitschaft vieler Frauen, sich dem Diktat der traditionellen weiblichen Rolle zu beugen und im Zweifelsfall lieber die Karriere des Mannes zu unterstützen als die eigene zu verfolgen.

Sind Frauen, die sich mehr an der traditionellen weiblichen Rolle orientieren und den Konflikt zwischen Berufsrolle und familiärer Rolle vermeiden, psychisch gesünder? Birnbaum (1975) verglich Hausfrauen mit berufstätigen Frauen und stellte fest, daß die Hausfrauen ihre seelische Gesundheit am schlechtesten einschätzten, das geringste Selbstbewußtsein besaßen und unglücklicher in ihrer Ehe waren. Die beiden anderen Gruppen der verheirateten und alleinstehenden Berufstätigen waren demgegenüber mit der eigenen Situation zufriedener und beschrieben sich als psychisch gesünder.

Die Überzeugung, daß berufstätige Frauen psychisch gesünder seien als die sogenannten Familienfrauen, ist recht weit verbreitet. Jedoch zeigt die Analyse von Warr und Parry (1982), daß die Unterteilung von Frauen lediglich in zwei Gruppen - berufstätige und nicht berufstätige Frauen - zu grob ist. Ein Überblick über 38 Studien zeigt: einige Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, daß berufstätige Frauen psychisch gesünder als nichtberufstätige Frauen sind, in anderen wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden. Einerseits ist dieser Befund durch die unterschiedliche Art der Operationalisierung von psychischer Gesundheit zurückzuführen. Andererseits gibt es eine Reihe von Variablen, die den Zusammenhang beeinflussen. Als wichtigste dieser Moderatorvariablen seien ge-

nannt: familiärer Status, Kinder, sozioökonomischer Status (Qualität der privaten Umwelt), Qualität der beruflichen Umwelt, berufliches Engagement.

Insbesondere persönliche Bedürfnisse sind zu berücksichtigen, wenn der Zusammenhang zwischen Rollenausübung und psychischer Gesundheit analysiert wird (Betz 1982, 1984). Ein Beispiel ist die berufliche Motivation ("wanting to work", nach Moss und Plewis 1977), die als "interne Anforderung" interpretiert werden kann. So war die Situation einer Frau in den 50er Jahren weniger konflikthaft, da eindeutig auf ihre expressive Rolle in der Familie zentriert, als die Situation einer Frau in den 80er und 90er Jahren, für die Berufstätigkeit zu einer wichtigen Quelle der Selbstbestätigung geworden ist (s. z.B. die Untersuchungen von Junker 1965, Erler et al. 1988, Krüger 1984).

Bisher steht fest, daß in westlichen Industriegesellschaften Frauen durchschnittlich über eine geringere psychische Gesundheit verfügen als Männer. Der Zusammenhang mit der Lebenssituation von Frauen und die Ungereimtheiten bezüglich der Anforderungen an die weibliche Rolle erscheint offensichtlich und ist Thema von diversen Forschungsarbeiten (s. z.B. die Beiträge von Maschewsky-Schneider et al. und Gavranidou in diesem Band). Neben soziokulturellen Faktoren spielen jedoch auch individuelle Merkmale im Sinne von persönlichen Ressourcen oder Kompetenzen eine maßgebliche Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischer Gesundheit. Es ist nicht auszuschließen, daß bestimmte Einstellungen, Eigenschaften und Verhaltensweisen eher gesundheitsfördernde Funktion besitzen, während andere der Gesundheit eher abträglich sind. Daß Frauen häufiger an psychischen Störungen leiden als Männer, könnte das Ergebnis einer geringeren Verfügbarkeit gesundheitsfördernder persönlicher Ressourcen und Kompetenzen bei Frauen sein.

In der deutschsprachigen Forschung ist bisher der dritte Aspekt der Geschlechtsrolle - "männliche" bzw. "weibliche" Persönlichkeitscharakteristika - bei der Erforschung psychischer Gesundheit weitgehend unberücksichtigt geblieben (eine Ausnahme stellt das Buch "Androgynie" von Bierhoff-Alfermann (1989) dar). Die zentrale Forschungsfrage lautet: Gibt es einen Zusammenhang zwischen "männlichen" und "weiblichen" Persönlichkeitsmerkmalen und psychischer Gesundheit?

Vorweggenommen sei eine begriffliche Klärung: Es gibt keine Persönlichkeitscharakteristika, die nur bei Männern oder nur bei Frauen zu beobachten sind, weshalb die Bezeichnung als "männlich" oder "weiblich" eigentlich irreführend ist. Die Etikettierung von Eigenschaften als "männlich" oder "weiblich" ist jedoch weit verbreitet, vielleicht sogar unvermeidlich. In der Regel werden damit jene Eigenschaften bezeichnet, die entweder in ihrer Auftretenshäufigkeit bzw. -intensität oder in ihrer sozialen Erwünschtheit zwischen den Geschlechtern differenzieren, was je nach Ort, kulturellem Umfeld, historischer und aktueller Situation sehr verschieden sein kann. Um dies zu kennzeichnen, werden die Führungsstriche benutzt. Eine andere Möglichkeit der Differenzierung wurde von Bierhoff-Alfermann (1989) vorgeschlagen. Sie spricht von männlich oder weiblich

nur, wenn das *biologische Geschlecht* gemeint ist und benutzt zur Kennzeichnung der mit dem biologischen Geschlecht assoziierten *psychologischen Charakteristika* die Begriffe maskulin und feminin.

2. "Weibliche" und "männliche" Eigenschaften und psychische Gesundheit. Sozialpsychologische Annäherungen

2.1 Die traditionelle Sichtweise

In der Wahrnehmung vieler Menschen herrscht ein bipolares Modell vor, mit der Tendenz, Maskulinität und Feminität als einander ausschließende Begriffe zu definieren; ihnen werden entweder gegensätzliche oder sich ergänzende Eigenschaften zugeschrieben. Was weiblich ist, ist *nicht männlich* und umgekehrt. Bis in die 70er Jahre herrschte auch in der sozialpsychologischen Forschung die Auffassung vor, das Persönlichkeitskonstrukt Männlichkeit-Weiblichkeit (genauer Maskulinität-Feminität) ließe sich auf *einer* Dimension erfassen, welche von dem Pol extremer Maskulinität über einen neutralen Wert zu dem Pol extremer Feminität reichte (s. Bierhoff-Alfermann 1989, Sieverding 1990).

Entsprechend dieser Auffassung von Maskulinität und Feminität als komplementären Eigenschaftsmustern galt das traditionelle *Kongruenz-Modell psychischer Gesundheit*, nach dem die psychische Gesundheit am höchsten bei Personen mit einem zum biologischen Geschlecht passenden Eigenschaftsmuster sein soll. Ausgeprägte Maskulinität mit wenig femininen Anteilen wurde als erstrebenswert bzw. gesund für Männer angesehen, ausgeprägte Feminität mit wenig maskulinen Anteilen als erstrebenswert bzw. gesund für Frauen. Personen mit Persönlichkeitsattributen, die nicht mit ihrem biologischen Geschlecht übereinstimmten, wurden dementsprechend als pathologisch angesehen. Häufig wurde von beobachteten Eigenschaften und Verhaltensweisen unzulässigerweise auf die Einstellung zur sozialen Geschlechtsrolle oder die sexuelle Orientierung einer Person geschlossen. So wurde "nichtkongruenten" Personen beispielsweise die Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle oder Homosexualität unterstellt.

2.2 Maskulinität und Feminität als unabhängige Dimensionen

Zu Beginn der 70er Jahre wurde das eindimensionale Modell von mehreren Seiten einer massiven Kritik unterzogen (Bem 1974, Constantinople 1973, Spence et al. 1975). Statt dessen wurde ein dualistisches Modell postuliert, wonach Maskulinität und Feminität nicht als Endpunkte auf einem Kontinuum, sondern vielmehr als *zwei voneinander unabhängige Dimensionen* anzusehen sind. Nach diesem Konzept kann eine Person unabhängig von ihrem Geschlecht sowohl maskuline als auch

feminine Attribute besitzen. In der Forschung wurde nicht mehr nach absoluten, sondern eher nach relativen Unterschieden in den Persönlichkeitseigenschaften zwischen den Geschlechtern gesucht. Schwerpunktmäßig wurden dabei Geschlechtsstereotype und Selbstbilder untersucht.

2.2.1 Instrumentalität und Expressivität als die "Essenzen" von Maskulinität und Feminität

Die Ergebnisse von umfangreichen empirischen Untersuchungen mündeten in die Entwicklung eines Fragebogens zur Messung von geschlechtsspezifischen Attributen, dem "Personal Attributes Questionnaire" (PAQ; Spence et al. 1974, 1975; eine deutsche Fassung liegt von Runge et al. (1981) vor). Die M-Skala enthält instrumentelle, aufgabenbezogene Eigenschaften, die - von mehreren unabhängigen Personengruppen - für beide Geschlechter in einem bestimmten Grad als sozial erwünscht angesehen werden, jedoch als charakteristischer für einen "typischen Mann" gelten. In der F-Skala sind sozial erwünschte expressive Eigenschaften enthalten, die als charakteristischer für eine "typische Frau" gelten.² Die ursprüngliche Bezeichnung als Maskulinitäts- und Feminitätsskala wurde wegen der mißverständlichen Bedeutung geändert in Instrumentalitäts- und Expressivitätsskala.

Das, was traditionell als "männliche" und "weibliche" Eigenschaften angesehen wurde, ist angemessen durch die Dimensionen Instrumentalität und Expressivität repräsentiert. Jedoch sind Eigenschaften - wie in der Einleitung bereits beschrieben - nur *ein* Aspekt des Konstruktes Weiblichkeit - Männlichkeit. Entgegen populären Annahmen ist die Selbstbeschreibung in diesen Skalen kaum mit anderen Aspekten der Geschlechtsrolle (wie Einstellung zur sozialen Geschlechtsrolle, sexuelle Orientierung, Interessen und Aktivitäten) assoziiert.

Zu der Instrumentalitäts-Skala gehören aufgabenbezogene Eigenschaften wie "selbstsicher", "Druck gut standhaltend", "aktiv". Auf der Expressivitäts-Skala sind Eigenschaften der soziale emotionalen Unterstützung zu finden wie "gefühlbetont", "hilfreich zu anderen" oder "fähig, auf andere einzugehen" (s. Abb. 1, S. 41).

Das zweite gängige Verfahren zur Messung des Selbstbildes in Termini von "männlichen" und "weiblichen" Persönlichkeitsattributen, der Bem Sex Role Inventory (BSRI, Bem 1974), unterscheidet Maskulinität und Feminität - vor allem in der revidierten Fassung (Bem 1978) - ebenfalls entlang den Dimensionen Instrumentalität und Expressivität. Er ist dem PAQ in der revidierten Kurzfassung inhaltlich so ähnlich, daß er von Spence (1983) als eine Parallelförm des PAQ be-

² Eine dritte Skala, die M-F-Skala, enthält Eigenschaften, die sich in ihrer sozialen Erwünschtheit in Abhängigkeit vom Geschlecht unterscheiden.

zeichnet worden ist. Die Korrelationen der beiden Meßinstrumente liegt bei .84 (M-Skala) und .69 (F-Skala) (s. Bierhoff-Alfermann 1989).

Skala "Instrumentalität" (M)	Originalfassung im PAQ
unabhängig	independent
aktiv	active
konkurrierend	competitive
leicht Entscheidungen fällend	decisive
nicht leicht aufgebend	never gives up
selbstsicher	self-confident
sich überlegen fühlend	feels superior
Druck gut standhaltend	stands up under pressure
Skala "Expressivität" (F)	
gefühlbetont	emotional
fähig auf andere einzugehen	devotes self
hilfreich zu anderen	helpful
freundlich	kind
der Gefühle anderer bewußt	aware of feelings
verständnisvoll gegenüber anderen	understanding
sanft	gentle
herzlich in Beziehung zu anderen	warm

Abbildung 1: Der Personal Attributes Questionnaire (PAQ, nach Spence und Helmreich 1978)

Die dualistische Hypothese wurde durch zahlreiche empirische Untersuchungen bestätigt (s. Spence und Helmreich 1978). Männliche Probanden beschreiben sich im Selbstbild durchschnittlich zwar als instrumenteller und weniger expressiv als weibliche Probanden; innerhalb eines Geschlechtes sind die beiden Dimensionen jedoch voneinander unabhängig. Damit ist das klassische Verständnis von Maskulinität und Feminität in zweierlei Hinsicht widerlegt: a) Expressivität und Instrumentalität sind keine komplementären oder gar einander ausschließenden Eigenschaftsmuster. Im Gegenteil ist die Expressivität einer Person unabhängig von ihrem Ausmaß an Instrumentalität (und umgekehrt); b) zwar beschreiben Männer sich durchschnittlich als etwas instrumenteller und Frauen sich als etwas expressiver; es gibt jedoch einen großen Überlappungsbereich zwischen den Geschlechtern sowie eine Reihe von Frauen, die instrumenteller sind als Männer, und Männer, die expressiver sind als Frauen.

2.2.2 Das Androgynie-Konzept psychischer Gesundheit

Ausgehend von dem dualen Modell von Maskulinität und Feminität führte Bem (1974, 1976) das Konzept der psychologischen Androgynie wieder ein.³ Sie griff damit alte Vorstellungen vom Menschen als "androgynes" Wesen auf, wonach der Mensch in seiner Persönlichkeit "immer auch 'Anteile' des Gegengeschlechts mit einschließt" (Rohde-Dachser 1989, S. 203; s. auch die "Anima-Animus"-Theorie von C.G. Jung). Personen, die über expressive *und* instrumentelle Eigenschaften verfügen, werden als androgyn definiert.⁴ Handlungsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und psychische Gesundheit sollen bei androgynen Personen größer sein als bei geschlechtstypisierten Personen, da sie über ein größeres Repertoire an Eigenschaften und Verhaltensweisen verfügen und sich auf die Erfordernisse von verschiedenen Situationen flexibler einstellen können.

Das *Androgynie-Modell psychischer Gesundheit* behauptet im Gegensatz zu dem Kongruenzmodell, daß nicht die geschlechtstypisierten Personen - also maskuline Männer, feminine Frauen - sondern die androgynen Personen beiderlei Geschlechts über die größte psychische Gesundheit verfügen. Demnach ist es für Männer und Frauen gesund, sowohl feminine als auch maskuline Persönlichkeitsmerkmale zu besitzen.

Ursprünglich standen zwei Androgyniemodelle zur Diskussion, das Balance-Modell von Bem (1974) sowie das additive Modell von Spence et al. (1975). Das Balance-Modell postuliert eine neue Qualität durch das Zusammenwirken femininer und maskuliner Merkmale; Androgynie wird dann diagnostiziert, wenn instrumentelle und expressive Merkmale ausgewogen, balanciert sind. Das additive Modell dagegen geht davon aus, daß sich die Effekte positiv bewerteter femininer und maskuliner Qualitäten addieren; Androgynie liegt nur dann vor, wenn eine Person über ein hohes Maß an instrumentellen und expressiven Merkmalen verfügt.

Die ursprüngliche Androgynie-Definition von Bem hat sich nicht durchgesetzt. Nach diesem Modell waren auch solche Personen als androgyn bezeichnet worden, die gleichniedrige Werte auf beiden Dimensionen aufweisen (die sogenannten "undifferenzierten"). In empirischen Überprüfungen stellte sich jedoch heraus, daß die Gruppe der "undifferenzierten" von der Gruppe der "androgynen" Personen in vielen relevanten Persönlichkeitsvariablen abweicht, z.B. im Selbstwertgefühl

³ "Androgyn" leitet sich her von "andro" für griechisch "männlich" und "gyne" für griechisch "weiblich".

⁴ Wie Bock (1988) dargestellt hat, ist die Vorstellung der Androgynie eine der ältesten Utopien, ein "uralter Menschheitstraum", zu finden beispielsweise in antiken Mythen und Schöpfungsgeschichten. Das Ideal ist eine "symmetrisch gestaltete Einheit, in der das Weibliche und Männliche gleichwertig in Eins gesetzt sind" (S. 125); in diesem Ideal kommt das menschliche Sehnen nach Glück und Vollkommenheit zum Ausdruck. Gegen dieses umfassende Verständnis von Androgynie als utopisches Geschlechtermodell, als "Utopie einer humanen Gesellschaft ... (und) der Befreiung der Frau von männlicher Vorherrschaft" (Bock 1988, S. 128) beschränkt sich der sozialpsychologische Androgyniebegriff auf die Integration positiv bewerteter "männlicher" und "weiblicher" Persönlichkeitseigenschaften in einer Person.

(Spence et al. 1975) oder in der Anpassungsfähigkeit ("adjustment") (Gilbert et al. 1981). Nach dem von Spence und KollegInnen eingeführten additiven Modell wird eine Person nur dann als androgyn bezeichnet, wenn sie sich selbst als überdurchschnittlich instrumentell und expressiv beschreibt. Nicht mehr berücksichtigt ist die Annahme einer positiven Wechselwirkung zwischen expressiven und instrumentellen Merkmalen.

Ausgehend von zwei unabhängigen Dimensionen können nunmehr unabhängig vom biologischen Geschlecht vier Persönlichkeitstypen unterschieden werden: feminine, maskuline, androgyne und undifferenzierte.

In Abhebung zum biologischen Geschlecht ist diese Selbstbeschreibung mit expressiven bzw. instrumentellen Eigenschaften vielfach als *Geschlechtsrollenorientierung* bezeichnet worden (s. z.B. Bierhoff-Alfermann 1989). Dieser Begriff ist jedoch mißverständlich, da es sich bei den mit PAQ und BSRI gemessenen Konstrukten eher um relativ stabile Persönlichkeitsdimensionen handelt (Spence et al. bezeichnen sie als "trait measure" oder "personality dimension"), die nicht mit Einstellungen zur sozialen Geschlechtsrolle oder tatsächlichem Rollenverhalten verwechselt werden sollte. Man sollte deshalb besser von *instrumentellem und expressivem Selbstkonzept* oder aber von Instrumentalität und Expressivität sprechen (s. Sieverding und Alfermann 1992).

Die Definition der vier Typen erfolgt üblicherweise anhand einer Mediandichotomisierung auf den Skalen des Personal Attributes Questionnaire (bzw. den entsprechenden Skalen des Bem Sex Role Inventory).

Über die Gesamtpopulation von Männern und Frauen werden für jede Skala die Mediane berechnet. Anhand einer Mediandichotomisierung ("median split method") wird jede Person entsprechend ihrem Skalenwert auf jeder Dimension in zwei Gruppen eingeteilt. Liegt ihr Skalenwert auf beiden Dimensionen über dem Median, gilt die Person als "androgyn"; liegt der Wert auf der Expressivitätsskala über dem Median, auf der Instrumentalitätsskala unter dem Median, als "feminin". Als "undifferenziert" werden solche Personen bezeichnet, die auf beiden Skalen niedrige Werte aufweisen (s. Abb. 2, S. 44).

Diese Differenzierung ermöglicht einen neuen Zugang zur Erforschung der Geschlechterfrage hinsichtlich psychischer Gesundheit. Generelle Geschlechtsunterschiede können weiter aufgeschlüsselt werden. Es geht nicht mehr um Männer und Frauen als undifferenzierte Kategorien, sondern um feminine, maskuline, androgyne und undifferenzierte Männer und Frauen. Unterscheiden sich diese Gruppen in ihrer psychischen Gesundheit? Bevor empirische Ergebnisse zu dieser Fragestellung vorgelegt werden, erfolgt ein kurzer Abriss zur Operationalisierung psychischer Gesundheit.

Instrumentalität

hoch	maskulin	androgyn
niedrig	undifferenziert	feminin
	niedrig	hoch

Expressivität

Abbildung 2: Charakterisierung von Persönlichkeitstypen (in Anlehnung an Spence und Helmreich 1978)

3. "Psychische Gesundheit" - Was ist das überhaupt? Definitionen und Operationalisierungen

Nicht nur in der WHO-Gesundheitsdefinition⁵, sondern auch in neuerer Literatur zur Gesundheitspsychologie ist die Forderung formuliert, den Bezugspunkt (psychische) Krankheit zu ersetzen durch den Bezugspunkt (psychische) Gesundheit (s. z.B. Antonovsky 1979, 1987 oder Holahan und Moos 1990). Trotzdem ist die empirische Forschung bisher überwiegend einer pathologischen Orientierung, dem "nicht krank werden", verhaftet.

Welcher Mensch ist psychisch gesund? Wegen der Schwierigkeit, eine von subjektiven Wertmaßstäben unabhängige Definition psychischer Gesundheit zu leisten und damit den Versuch zu wagen, eine psychisch gesunde Person - eine "fully functioning person" im Sinne Rogers' (1951, Rogers und Dymond 1954) - in positiven Merkmalen zu beschreiben, erfolgt die Operationalisierung in wissenschaftlichen Untersuchungen meist über das Fehlen von negativen Merkmalen: Als psychisch gesund gilt eine Person, wenn sie keine psychischen Symptome oder Krankheiten hat oder hatte und wenn sie keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch nimmt oder genommen hat.

Exemplarisch für diese Art der Identifizierung "psychisch Gesunder" ist die Vorgehensweise von Lieberz (1988). In dem Artikel "Was schützt vor der Neurose?" werden solche Personen als "gesund" definiert, die a) noch nie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen waren und die b) sich zum

⁵ WHO-Definition von Gesundheit: "Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen."

Zeitpunkt der Untersuchung psychisch gesund und nicht behandlungsbedürftig fühlten.

In der psychiatrischen Epidemiologie wird psychische Gesundheit ebenfalls über die Freiheit von relevanten psychogenen (Krankheits-) Symptomen definiert, als ein "symptomfreies Funktionieren" oder auch als "Resistenz gegen psychosomatische und neurotische Erkrankungen" (Schepank 1987, S. 166). Dabei wird ein stufenloses Kontinuum zwischen "völliger Gesundheit und schwerster psychogener Erkrankung" angenommen. Psychogene Störungen werden qualitativ diagnostiziert über ICD-Diagnosen (v.a. ICD 300 - 307: Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, psychosomatische Erkrankungen und besondere Symptome); die "Falldefinition" erfolgt über ein quantitatives Kriterium, den Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung, und zwar dann, wenn ein bestimmter "Cut-off point" im "Goldberg-Cooper-Interview" oder in den "Beeinträchtigungsschwere-Scores" BSS (Schepank 1987) überschritten wird.

Allerdings ist bisher keineswegs erwiesen, daß das Fehlen negativer Indizes (z.B. von psychischen Störungen) unbedingt mit dem Vorhandensein positiver Indizes (psychischer Gesundheit) einhergeht (s. z.B. Diener 1984). Im Gegenteil: Bradburn (1969) fand heraus, daß positive und negative Gefühle unabhängig voneinander existieren. Neuere Ergebnisse haben diese duale Natur affektiven Wohlergehens bestätigt (Bryant und Veroff 1982, Zevon und Tellegen 1982). Die schlichte Abwesenheit von negativen Gefühlen bedeutet nicht, daß jemand zufrieden oder glücklich ist. Entsprechend bedeutet das Fehlen von Risikofaktoren nicht, daß jemand psychisch gesund ist (bzw. in Zukunft sein wird).

Der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit (bzw. Krankheit) und Risikofaktoren ist sogar noch komplexer. Auch von dem Vorhandensein "krankmachender" Faktoren kann man nicht auf die Entstehung psychischer Krankheit schließen. Im Gegenteil: es gibt eine erstaunlich große Anzahl von Menschen, die in ihrer Kindheit äußerst belastenden Situationen ausgesetzt waren und sich trotzdem als Erwachsene einer guten psychischen Gesundheit erfreuen können. Dieses - besonders vor dem Hintergrund psychoanalytischer Entwicklungstheorie - unerwartete Phänomen erfuhr in den letzten Jahren ein vermehrtes wissenschaftliches Interesse (s. z.B. Ernst und v.Luckner 1985, Lieberz 1988 oder Tress 1986).

Zur Herstellung psychischer Gesundheit reicht es also nicht, negative Faktoren auszuschalten, wenn nicht gleichzeitig positive Bedingungen oder Fähigkeiten aufgebaut werden. Bisher am konsequentesten wurde dieser Gedanke in der Gemeindepsychologie umgesetzt. Das Ziel - ein Höchstmaß psychosozialer Gesundheit der Bevölkerung - soll vor allem über das Prinzip der primären Prävention erreicht werden. Primäre Prävention - ansetzend am Individuum und an der Umwelt - besteht nicht nur in der Reduktion potentiell krankmachender Faktoren, sondern gerade auch in der Vermittlung von Kompetenzen, die eine effektive Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen ermöglichen (s. Sommer und Ernst 1977).

Das von der Gemeindepsychologie aufgestellte Kompetenzmodell psychischer

Gesundheit, das sich in erster Linie auf die Bewältigung von konkreten Lebenssituationen - und damit externen Anforderungen - konzentriert, wurde von Becker (1982, Becker und Minsel 1986), der eine vollständige Theorie der psychischen Gesundheit vorgelegt hat, um die Bewältigung von internen Anforderungen erweitert. Nach seiner Definition ist eine Person in dem Maße psychisch gesund, in dem es ihr gelingt, externe und interne Anforderungen in effizienter Weise zu bewältigen.

Der individuelle Gesundheitsgrad einer Person kann anhand von sieben Indikatorenbereichen, die aus den verschiedensten Theorien zur psychischen Gesundheit zusammengestellt wurden (Becker 1982), beurteilt werden (s. Becker und Minsel 1986). Diese sind:

- a) negative vs. positive emotionale Befindlichkeit
- b) Energiemangel und Antriebsschwäche vs. hohes Energieniveau und Interesse
- c) Defensivität vs. Expansivität
- d) Funktions- und Leistungsstörungen vs. optimale Leistungsfähigkeit und Produktivität
- e) Selbstzentrierung vs. Selbsttranszendenz
- f) Hilfesuchen, Abhängigkeit vs. Autonomie
- g) geringes vs. hohes Selbstwertgefühl

Becker und Minsel (1986) unterscheiden Krankheitszeichen von Gesundheitszeichen, entsprechend der Auffassung, daß "ein hoher Grad von Gesundheit nicht nur im Fehlen von Krankheitszeichen, sondern auch in der starken Ausprägung von Gesundheitszeichen zum Ausdruck kommt" (S. 8). Bei dem Indikator psychischer Gesundheit "emotionale Befindlichkeit" wären Angst, Depressivität, Gereiztheit oder Schuldgefühle Beispiele für Krankheitszeichen, Gefühle von Freude, Glück oder Lebenszufriedenheit Beispiele für Gesundheitszeichen. Ausgehend von einem Kontinuummodell psychischer Gesundheit wäre eine Person um so gesünder, "je mehr stark ausgeprägte Gesundheitszeichen und je weniger stark ausgeprägte Krankheitszeichen bei ihr vorliegen" (S. 9).

Bei einem Überblick über empirische Studien zeigt sich, daß alle Indikatoren in einem mittleren Ausmaß positiv miteinander korreliert sind. Eine Ausnahme bilden Indikatoren aus dem Bereich Selbstzentrierung - Selbsttranszendenz, die nur eine äußerst schwache Beziehung zu den anderen Indikatoren seelischer Gesundheit aufweisen. Selbsttranszendenz ist deshalb nur sehr eingeschränkt - wenn überhaupt - als Indikator psychischer Gesundheit brauchbar (s. Becker und Minsel 1986, S. 15ff). Die von den meisten Theorien sowie dem Alltagsverständnis seelischer Gesundheit postulierte zentrale Bedeutung der "Liebesfähigkeit" einer Person wird also durch die Empirie nicht gestützt. Die durchschnittlich höchste Korrelation (Median = .38) zu den anderen Maßen weist das Selbstwertgefühl auf und gilt somit als ein "sehr vielversprechender Indikator für seelische Gesundheit" (Becker und Minsel 1986, S. 15).

Ein hohes Selbstwertgefühl wird von KlinikerInnen und ForscherInnen aus un-

terschiedlichen theoretischen Richtungen als ein gesundes und wünschenswertes Merkmal eingeschätzt; umgekehrt gehen psychische Störungen (Depressionen, Ängste) häufig mit einem niedrigen Selbstwertgefühl einher. So erstaunt es nicht, daß in den meisten bisher vorliegenden Untersuchungen zur Erfassung der psychischen Gesundheit das Selbstwertgefühl als Indikator benutzt wurde.

4. Befunde zum Zusammenhang zwischen "weiblichen" und "männlichen" Persönlichkeitsmerkmalen und psychischer Gesundheit

Im folgenden werden einige exemplarische Indikatoren psychischer Gesundheit in Beziehung zum instrumentellen bzw. expressiven Selbstkonzept gesetzt; die berichteten Ergebnisse wurden aus Selbstbeschreibungen gewonnen.

4.1 Das Selbstwertgefühl in Abhängigkeit vom instrumentellen und expressiven Selbstkonzept

Das Selbstwertgefühl eines Menschen hat sich bisher als bester "Einzelprädiktor" für seelische Gesundheit erwiesen (s. Abschn. 3). Männer und Frauen unterscheiden sich nicht generell in der Höhe ihres Selbstwertgefühls (s. Rosenberg 1965). Es finden sich jedoch eindeutige Unterschiede in Abhängigkeit vom Selbstkonzept. Maskuline, feminine, androgyne und undifferenzierte Persönlichkeitstypen unterscheiden sich sehr wohl in ihrem Selbstwertgefühl. Faßt man die bisher vorliegenden Untersuchungsergebnisse zusammen und bildet eine Rangreihe, verfügen die androgynen Personen über ein höheres Selbstwertgefühl als feminine und undifferenzierte Personen. Maskuline Personen weisen entweder ein gleich hohes oder sogar noch höheres Selbstwertgefühl als die androgynen auf. Eine Meta-Analyse von Whitley (1983) über 35 Studien, die den Zusammenhang zwischen instrumentellem und expressiven Selbstkonzept und Selbstwertgefühl untersucht hatten, erbrachte eine eindeutige Unterstützung der sogenannten *Maskulinitäts-Hypothese*. Maskulinität - im Sinne der Selbstzuschreibung positiv bewerteter instrumenteller Eigenschaften - "erklärt" ca. 27 % der Varianz im Selbstwertgefühl. Es fand sich zwar auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Feminität und Selbstwertgefühl, der aber wegen seiner geringen Größe als für die Praxis irrelevant angesehen werden kann (Effektgröße = .030, d.h. Feminität erklärt lediglich 3 % der Gesamtvarianz).

In einer eigenen Untersuchung an insgesamt 450 MedizinstudentInnen konnte dieses Ergebnismuster reproduziert werden (s. Sieverding 1990). Gemessen mit einer deutschen Fassung der Rosenberg Self-esteem-Skala haben feminine und undifferenzierte Studentinnen ein signifikant niedrigeres globales Selbstwertgefühl als androgyne und maskuline Studentinnen (s. Abb. 3). Bei den Studenten weisen

die androgynen Typen das höchste Selbstwertgefühl auf; maskuline und feminine Typen haben ein annähernd gleich hohes Selbstwertgefühl; mit Abstand das niedrigste Selbstwertgefühl haben die undifferenzierten Studenten.

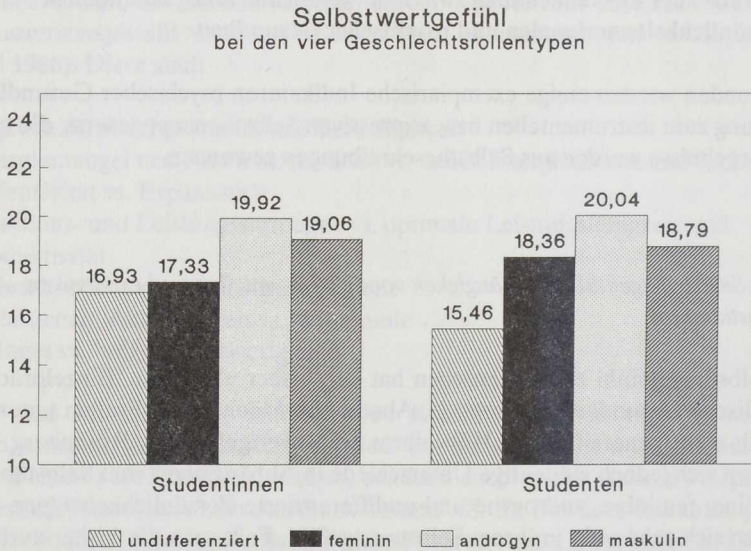


Abbildung 3: Arithmetische Mittelwerte der Rosenberg Self-esteem-Skala

Die Höhe des Selbstwertgefühls ist bei den Frauen in positiver Weise mit ihrer Instrumentalität (definiert als die Selbstbeschreibung mit instrumentellen Eigenschaften) assoziiert. Die Expressivität hat keinen Einfluss auf das Selbstwertgefühl, wie die Analyse der Korrelationen zwischen Instrumentalität/Expressivität und Selbstwertgefühl zeigt (Tab. 1, S. 49).

Auch bei den männlichen Befragten ist das Selbstwertgefühl in positiver Weise mit dem Ausmaß an Instrumentalität assoziiert. Bei ihnen gibt es interessanterweise zusätzlich noch einen positiven Zusammenhang zwischen Expressivität und Selbstwertgefühl.

Während die femininen Studentinnen ein vergleichbar niedriges Selbstwertgefühl aufweisen wie die undifferenzierten Studentinnen, verfügen bei den männlichen Kommilitonen die femininen Typen über ein genauso hohes Selbstwertgefühl wie die maskulinen Typen.

Tabelle 1: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen Selbstwertgefühl und den Skalen Instrumentalität und Expressivität, * $p = .01$, ** $p = .001$ bei Studentinnen (F) und Studenten (M)

	F	M
Instrumentalität	.40**	.46**
Expressivität	.06	.27**

In letzter Zeit sind neben dem Selbstwertgefühl einige weitere psychologische Variablen im Zusammenhang mit Instrumentalität und Expressivität erfaßt worden, die als Indikatoren psychischer Gesundheit gelten können; einige exemplarische Befunde werden im folgenden dargestellt.

4.2 Optimismus in Abhängigkeit vom instrumentellen und expressiven Selbstkonzept

Während Pessimismus schon längere Zeit als ein zentrales Attribut von Depression erkannt ist (s. Beck 1967 sowie Taylor und Brown 1988) hat man sich dem komplementären Konstrukt, dem Optimismus, erst relativ spät zugewandt. Diese Lücke schlossen Scheier und Carver (1985) mit der Entwicklung einer Skala zur Messung des Optimismus, dem Life Orientation Test (LOT). Sie definieren Optimismus als eine generalisierte Erwartungshaltung, daß die Dinge sich gut entwickeln werden ("generalized expectancies for good outcomes"), nicht beschränkt auf einzelne Lebensbereiche. Die Konsequenzen von Optimismus, verstanden als ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal, sehen sie unter anderem in einer positiven Auswirkung auf die physische und psychische Gesundheit. In einer Reihe von Validierungsuntersuchungen konnten sie belegen, daß Optimismus in positiver Weise mit einem hohen Selbstwertgefühl, aktivem Coping und interner Kontrollüberzeugung sowie in negativer Weise mit Depression, wahrgenommenem Streß, Hoffnungslosigkeit und sozialer Ängstlichkeit assoziiert ist (Scheier und Carver 1985, 1987).

Frühere Konzeptionen psychischer Gesundheit, die einen engen Kontakt mit der Realität, eine akkurate Wahrnehmung der Wirklichkeit als eine grundlegende Voraussetzung ansahen (s. z.B. Jahoda 1958, Jourard und Landsman 1980), werden in letzter Zeit von sozialpsychologischer Seite kritisiert. Ein interessanter Überblicksartikel von Taylor und Brown (1988) verweist auf den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und verschiedenen positiven Illusionen: a) eine unrealistisch positive Sicht der eigenen Person, b)

Illusionen bezüglich der persönlichen Kontrolle und c) ein unrealistischer Optimismus, was die eigene Zukunft angeht.

Sogar ein überhöhter Optimismus scheint mit psychischer Gesundheit assoziiert. Taylor und Brown (1988) zeigen auf, daß "normale" (psychisch gesunde) Individuen häufig unrealistisch optimistische Sichtweisen von ihrer Zukunft haben, während leicht depressive Menschen zu einer ausgewogeneren Sicht bezüglich ihrer wahrscheinlichen Zukunft neigen.

Diese Befunde machen Optimismus (neben Selbstwertgefühl) interessant als einen relativ leicht zu messenden weiteren Prädiktor psychischer Gesundheit. Eine deutschsprachige Version des LOT liegt von Filipp et al. (1988) vor.

In der oben erwähnten Untersuchung an Studierenden der Medizin (Sieverding 1990) wurde über den LOT der Optimismus erfaßt. Während keine generellen Geschlechtsunterschiede zu finden waren (Mittelwerte $F = 16,91$, $M = 16,54$), unterschieden sich wiederum die verschiedenen Persönlichkeitstypen. Wie Abb. 4 zeigt, findet sich ein ähnliches Muster wie beim Selbstwertgefühl. Die undifferenzierten Personen sind am wenigsten optimistisch, es folgen die femininen Personen. Am optimistischsten zeigen sich die androgynen und maskulinen Personen.

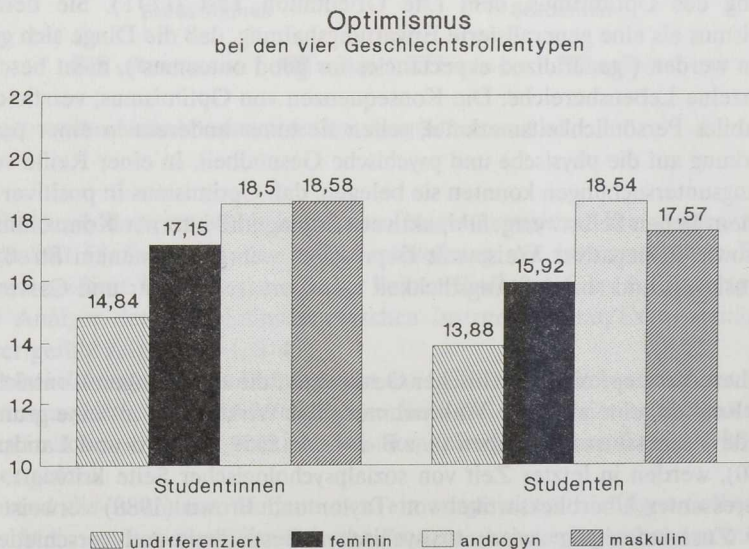


Abbildung 4: Arithmetische Mittelwerte - Life Orientation Test (LOT)

Wiederum zeigt die Analyse der Interkorrelationen der Skalen, daß bei den Frauen der Optimismus nur mit Instrumentalität, nicht jedoch mit Expressivität in positiver Weise korreliert ist. Personen, die sich selbst als überdurchschnittlich instrumentell beschreiben, sind signifikant optimistischer als Personen, die sich als wenig instrumentell beschreiben. Bei den Männern zeigt sich - wieder wie bei dem Selbstwertgefühl - zusätzlich ein leichter positiver Zusammenhang zwischen Expressivität und Optimismus (s. Tab. 2).

Tabelle 2: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen Optimismus und den Skalen Instrumentalität und Expressivität bei Studentinnen (F) und Studenten (M), * p = .01, ** p = .001

	F	M
Instrumentalität	.32**	.47***
Expressivität	.09	.18*

4.3 Instrumentelles und expressives Selbstkonzept

In einer Reihe von Untersuchungen wurde der Zusammenhang zwischen *Anpassungsfähigkeit* ("adjustment") und Selbstkonzept erforscht. Jones et al. (1978) fanden heraus, daß unabhängig vom Geschlecht Anpassungsfähigkeit, Kompetenz, Kreativität, Flexibilität und Unkonventionalität bei den maskulinen Personen am stärksten ausgeprägt waren. Sie beschreiben Anpassungsfähigkeit als eine direkte Funktion instrumenteller Persönlichkeitseigenschaften wie Selbstsicherheit und Durchsetzungsfähigkeit. Was sie nicht erwartet hatten: Ausgesprochen maskuline Frauen, die traditionelle weibliche Rollenerwartungen vollkommen verletzten, beschrieben sich als glücklicher, kompetenter und anpassungsfähiger als androgyne oder feminine Frauen. Gefragt, in welche Richtung sie sich möglicherweise ändern wollten, gaben die femininen Frauen die größten Änderungswünsche (in Richtung mehr Instrumentalität) an. Am wenigsten verspürten die maskulinen Frauen ein Bedürfnis nach Veränderung.

Instrumentalität als Persönlichkeitsmerkmal spielt eine moderierende bzw. puffernde Rolle in der *Bewältigung von streßvollen Situationen* ("life stress adjustment"; Roos und Cohen 1987, Towbes et al. 1989). In Längsschnittstudien mit StudentInnen und Jugendlichen konnte gezeigt werden, daß Instrumentalität (gemessen mit dem PAQ) eindeutig negativ mit psychologischen Störungen (Ängstlichkeit und Depressivität) assoziiert war. Darüber hinaus wurde eine streßpuffernde Wirkung von Instrumentalität festgestellt. Junge Frauen mit einem hohen Maß an instrumentellen Eigenschaften konnten mit (kontrollierbaren) negativen Lebensereignissen besser umgehen als Frauen, die sich als wenig instrumentell beschrieben.

Die Instrumentalität bzw. die Expressivität einer Person beeinflusst weiterhin das *Problemlöseverhalten* einer Person. Maskuline Personen sind bereitwilliger, sich Problemsituationen zu nähern und zeigen ein größeres Vertrauen in ihre Fähigkeit, Probleme zu lösen als feminine und androgyne Personen (Brems und Johnson 1989).

Die bisher vorliegenden empirischen Befunde zu den Variablen Anpassungsfähigkeit, Bewältigungs- und Problemlöseverhalten unterstützen somit eindeutig das Ergebnismuster, das bereits beim Selbstwertgefühl sowie beim Optimismus gefunden wurde. In der Regel sind diese Variablen in einem recht hohen Maß mit Instrumentalität assoziiert, während sich kein positiver Zusammenhang mit expressiven Eigenschaften finden läßt.

5. Zusammenfassung und Diskussion

5.1 Wie hängen "männliche" und "weibliche" Eigenschaften mit psychischer Gesundheit zusammen?

Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen sind ein bedeutsamer Aspekt des Konstruktes Weiblichkeit - Männlichkeit. Eigenschaften und Verhaltensweisen, die als "weiblich" oder als "männlich" gelten, sind in unterschiedlicher Weise mit psychischer Gesundheit assoziiert; darauf verweisen die oben dargestellten Ergebnisse aus Selbstbeurteilungen psychischer Gesundheit.

Nach den vorliegenden Befunden ist die klassische Kongruenz-Hypothese psychischer Gesundheit zumindest für das weibliche Geschlecht zurückzuweisen. Faßt man die Ergebnisse im Hinblick auf die bislang verwendeten Indikatoren psychischer Gesundheit zusammen, weisen feminine Frauen eindeutig nicht die höchste psychische Gesundheit auf. Jedoch finden sich auch nur wenige Belege für die Androgynie-Hypothese, und wenn, dann eher für das männliche als für das weibliche Geschlecht. (Wie die Ergebnisse aus der eigenen Studie zu Selbstwertgefühl und Optimismus andeuten, kann das Zulassen femininer Anteile für einen Mann durchaus einen persönlichen Gewinn bedeuten.) Androgyne Personen sind in der Regel zwar psychisch gesünder als undifferenzierte und feminine, nicht aber psychisch gesünder als maskuline Personen. Bisher sprechen die meisten Befunde für ein drittes Modell, das Maskulinitäts-Modell, wonach die psychische Gesundheit am höchsten bei maskulinen Personen beiderlei Geschlechts ist. Die psychische Gesundheit erweist sich dabei als eine direkte Funktion instrumenteller Eigenschaften.

Es stellt sich heraus, daß androgyne und maskuline Frauen über ein hohes globales Selbstwertgefühl und eine ausgesprochen optimistische Lebenseinstellung verfügen. Wie sich in einem Überblick über verschiedene Untersuchungen gezeigt hat, sind diese Frauentypen auch anpassungsfähiger und flexibler und eher in der Lage, streßvolle Situationen adäquat zu bewältigen. Instrumentelle Eigenschaften,

die traditionell als "typisch männliche" Eigenschaften galten, scheinen demnach gerade bei Frauen eindeutig die Rolle von persönlichen Ressourcen oder Kompetenzen zu besitzen, die für die psychische Gesundheit förderlich sind.

5.2 Wie ist es zu erklären, daß es vor allem die maskuline Komponente ist, die zählt?

Sich in oben beschriebener Weise instrumentell zu verhalten, bedeutet nichts anderes, als sein eigenes Leben aktiv zu gestalten und die eigenen Bedürfnisse und Ziele selbstsicher zu verfolgen. Um einem häufigen Mißverständnis vorzubeugen: dies heißt *nicht*, rücksichtslos, egoistisch und womöglich auf Kosten von anderen seinen eigenen Weg zu gehen. Sicher kann instrumentelles Verhalten auch diese Extremform annehmen, wie ja Extremformen expressiven Verhalten (z.B. die Aufopferung für andere bis zum Masochismus) bekannt sind. In der erweiterten Fassung des Extended Personal Attributes Questionnaire (EPAQ, s. Spence et al. 1979) sind diese Extremformen instrumentellen und expressiven Verhaltens in eigenen Skalen repräsentiert. Während in der M-Skala des PAQ sozial erwünschte instrumentelle Eigenschaften zu finden sind, besteht die M-Minus-Skala aus *sozial unerwünschten Attributen*, die als charakteristisch für Männer gelten. Beispielitems sind "nur auf sich selbst bedacht", "zynisch" und "überheblich". In der F-Minus-Skala sind entsprechend sozial unerwünschte Attribute zu finden, die als charakteristisch für Frauen gelten wie "unterwürfig" oder "weinerlich".

Positiv bewertete instrumentelle Fähigkeiten sind in den verschiedensten Lebensbereichen vonnöten: in der Berufswelt in besonderem Ausmaß (s. Sieverding 1990), aber eben auch im privaten Bereich, in der Familie und in der Partnerschaft. Eine Frau, die sich für ihre Familie "aufopfert" und nicht weiß, wie sie ihre eigenen Bedürfnisse durchsetzen kann, wird möglicherweise eher an psychischen Störungen leiden als eine Frau, die ihren eigenen Standpunkt gegenüber ihrer Familie vertreten und sich einen eigenen Lebensraum verschaffen kann. Umgekehrt kann eine Frau, die lernt, sich besser gegen die Forderungen nach sozialer Unterstützung von anderen abzugrenzen, ihre eigene Gesundheit schützen (Belle 1982). Diese Interpretation wird durch den von Becker und Minsel (1986) berichteten Befund gestützt, wonach Selbsttranszendenz mit seinen Komponenten Liebesfähigkeit, soziale Wärme und Feminität der einzige aus der Literatur abgeleitete Indikator psychischer Gesundheit ist, der nur äußerst geringe Korrelationen zu den anderen Indikatoren aufweist (s. Abschn. 3).

Neben dieser direkten gesundheitsfördernden Wirkung von instrumentellen Attributen sind noch indirekte Effekte wirksam. Jones et al. (1978) verweisen auf *gesellschaftliche Verstärkungsmuster*, wonach eine Person, die instrumentelle (nicht aber expressive) Eigenschaften zeigt, mit einer Vielzahl von sozialen Belohnungen rechnen kann. Diese ungleiche Bewertung und Honorierung expressiver und instrumenteller Eigenschaften führt dazu, daß maskuline Personen - in diesem gesellschaftlichen Umfeld - nicht nur erfolgreicher sind, sondern eben auch zufriede-

ner mit sich selbst, psychisch gesünder.

"Thus the important issue becomes not whether one has internalized the traits and behaviors appropriate to one's gender but the extent to which one has assimilated the tendencies most highly valued by society" (Jones et al. 1978, S. 311).

Deutsch und Gilbert (1976), die ebenfalls den Zusammenhang zwischen dem instrumentellen/expressiven Selbstkonzept und Anpassungsfähigkeit untersucht hatten, kommen zu einem sehr ähnlichen Ergebnis: Der Erwerb von instrumentellen (maskulinen) Eigenschaften bedeute für Frauen in einer an männlichen Werten orientierten Kultur einen persönlichen Gewinn; Männer haben es dagegen nicht nötig, sich expressive (feminine) Eigenschaften anzueignen. (Der zweite Teil dieser Aussage scheint inzwischen so nicht mehr zuzutreffen. Es gibt einen zunehmenden Erwartungsdruck an Männer in Richtung einer größeren Expressivität.) Auf eine einfache Formel gebracht bedeutet das: Maskulinität ist gesund, Femininität ungesund:

"Although we realize the limitations of generalizing from our college sample, the conclusion may be that masculinity is healthy for both sexes in our society and that femininity is unhealthy" (Deutsch und Gilbert 1976, S. 378).

Ohne Zweifel sind expressive Eigenschaften wie Einfühlsamkeit, Besorgtsein um andere oder Fürsorglichkeit wertvolle Qualitäten, ohne die menschliches Zusammensein nicht denkbar ist. Es bedarf jedoch anscheinend eines instrumentellen Gegengewichts, damit diese nicht in Abhängigkeit, Unterordnung und Selbstaufopferung enden. Auf die Wichtigkeit eines solchen Ausgleichs hat bereits Bakan (1966) aufmerksam gemacht. Nach seiner Einschätzung ist jede exzessive Ausprägung von nur einer Orientierung, unbalanciert durch das andere Prinzip, selbstdestruktiv. Die Entwicklungsaufgabe für Männer besteht für ihn darin, die eigene Instrumentalität (nach seinem Begriff den eigenen "sense of agency") abzumildern durch Expressivität ("sense of communion"), für Frauen gilt das Umgekehrte.

5.3 Methodische Einschränkungen, Anregungen für weitere Forschung

Bei den bisher vorliegenden Untersuchungen handelt es sich um erste, noch unvollständige Annäherungen an das komplexe Problem psychischer Gesundheit in Zusammenhang mit "weiblichen" und "männlichen" Eigenschaften. Bisher wurden nur einige wenige Indikatoren psychischer Gesundheit (und zumeist in jeder Untersuchung nur jeweils einer) in Verbindung zum instrumentellen/expressiven Selbstkonzept gebracht; am häufigsten wurde das Selbstwertgefühl als Indikator

psychischer Gesundheit benutzt. Weitergehende Forschung auf diesem Gebiet erscheint jedoch vielversprechend; vor allem sollten weitere und komplexere Parameter psychischer Gesundheit mit dem instrumentellen/expressiven Selbstkonzept in Verbindung gesetzt werden.

Eine wichtige Überlegung betrifft die Vergleichbarkeit von Selbsteinschätzungen von Männern und Frauen. Es ist wahrscheinlich, daß Männer und Frauen einen unterschiedlichen Bezugsrahmen benutzen, wenn sie einen Fragebogen zur Selbstbeschreibung mit geschlechtsspezifischen Persönlichkeitsattributen ausfüllen. Die Vermutung liegt nahe, daß eine Frau in erster Linie andere Frauen (gleichen Alters, in gleicher Situation) als Anker benutzt, wenn sie sich selbst als mehr oder weniger gefühlsbetont und herzlich (expressive Attribute) bzw. unabhängig und aktiv (instrumentelle Attribute) einschätzt, während ein Mann sich an einer Vergleichsgruppe von Männern orientiert. Es ist weiter anzunehmen, daß aufgrund unterschiedlicher Sozialisation und nach wie vor bestehender Geschlechtsstereotype Frauen ein höheres Maß an Expressivität für sich erwarten und für selbstverständlich halten, Männer ein höheres Maß an Instrumentalität. Eine Frau, die sich aufgrund dieses weiblichen Vergleichsniveaus als überdurchschnittlich instrumentell beschreibt (z.B. sehr aktiv, sehr durchsetzungsfähig), wäre möglicherweise verglichen mit dem männlichen Vergleichsniveau lediglich durchschnittlich oder sogar unterdurchschnittlich instrumentell. Umgekehrt könnten die sogenannten femininen Männer vielleicht lediglich solche sein, die im Vergleich zu anderen Männern (nicht aber im Vergleich zu Frauen) ein überdurchschnittliches Ausmaß an expressiven Qualitäten mitbringen. Methodenkritische Untersuchungen zur Klärung der Frage eines unterschiedlichen Bezugsrahmens sind deshalb notwendig.

Auf jeden Fall reicht es nicht (mehr) aus, lediglich das biologische Geschlecht als unabhängige Variable zu betrachten und Frauen als undifferenzierte Kategorie zu untersuchen. Vielversprechender für die Gewinnung weiterer Erkenntnisse erscheint die Untersuchung spezieller Gruppen von Frauen (und Männern). Die Analyse der größeren psychischen Morbidität von Frauen unter dem Aspekt ihrer gesellschaftlichen Rolle(n) und Situation war und ist ein wichtiges Anliegen (s. Abschn. 1.2). Hinzukommen müßte daher eine verstärkte Analyse des Zusammenhangs zwischen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit und psychischen Persönlichkeitsmerkmalen und Ressourcen - z.B. im Sinne der oben beschriebenen Instrumentalität und Expressivität. Es wäre also konkret zu erforschen, ob depressive Frauen, Frauen mit phobischen Ängsten, Eßstörungen oder anderen "typisch weiblichen" neurotischen Störungen überproportional häufig solche Frauen sind, denen instrumentelle Fähigkeiten fehlen. Meine Hypothese dazu lautet, daß - in unserer Gesellschaft - in erster Linie die besonders femininen Frauen gefährdet sind, psychisch zu erkranken. Die "Wahl" der Symptome würde für eine solche Vermutung sprechen. Eines der wenigen bislang vorliegenden Beispiele von Untersuchungen, die einen Zusammenhang zwischen psychischer Störung und instrumentellen/expressiven Selbstkonzept hergestellt haben, ist die Untersuchung von Habermas (1990). Er fand, daß bulimische Patientinnen im Vergleich zu einer

Kontrollgruppe sich selbst als weniger instrumentell beschrieben.

Die Ergebnisse aus Selbstbeurteilungen psychischer Gesundheit sollten unbedingt mit Fremdbeurteilungen verglichen werden. Befragungen von klinischen ExpertInnen (PsychiaterInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen) aus dem amerikanischen Raum scheinen die Befunde aus den Selbstbeschreibungen zu unterstützen. In diesen Untersuchungen wurde wiederholt ein doppelter Standard psychischer Gesundheit für Männer und Frauen festgestellt, wobei "männliche" Eigenschaften häufiger als psychisch gesund eingeschätzt wurden als "weibliche" (s. Broverman et al. 1970, Phillips und Gilroy 1985, Whitley 1979).

5.4 Implikationen für die Praxis

Die Frage, inwiefern "Weiblichkeit" ein zu förderndes Eigenschafts- und Verhaltensmuster bei Frauen ist, sollte Personen, die in der Sozialisation von Frauen eine Rolle spielen - Eltern, LehrerInnen, TherapeutInnen - bewußt sein. Nicht zu Unrecht fragen Deutsch und Gilbert (1976), ob es richtig sei, wenn TherapeutInnen Frauen darin bestärken, an "ihrem Platz" zu bleiben, wenn "ihr Platz" eine schlechte Anpassung/Eingliederung ("maladjustment") oder persönliche Unzufriedenheit bedeutet.

Ob Frauen psychisch gesund sind bzw. streßvolle oder belastende Situationen in ihrem Leben bewältigen und sich selbst ein zufriedenstellendes Leben schaffen können, hängt vermutlich in einem wesentlichen Ausmaß davon ab, ob sie die Möglichkeit hatten, sich instrumentelle Eigenschaften anzueignen. Die Vermittlung solcher Fähigkeiten an Mädchen und Frauen - möglichst nicht erst in einem Selbstsicherheitstraining für erwachsene Frauen, sondern bereits in der frühen Sozialisation durch Elternhaus und Schule - könnte eine Maßnahme der primären Prävention sein, indem die individuelle Kapazität, mit verschiedensten Situationen fertig zu werden, gestärkt wird und die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Störung verringert wird.

Dieser Forderung widerspricht ein in den letzten Jahren wiedererstarkter Weiblichkeitskult, der sich nicht nur in der Mode oder in der Stilisierung bestimmter weiblicher Stars in den Medien niederschlägt (z.B. die Filme "Carmen" und "Pretty Woman", die Sängerin Madonna), sondern auch in den Erwartungen von jungen Männern an ihre Idealpartnerin (Sieverding 1988). Es scheint kein Zufall zu sein, daß gerade zu Zeiten, wo Frauen vermehrt in die Berufswelt drängen und von ihren Partnern eine größere Anteilnahme an den expressiven Aufgaben in der Familie verlangen, das Schreckensbild einer vermännlichten Frau, der Karrierefrau oder Emanze gezeichnet wird. Die gesellschaftliche Anerkennung gilt einseitig maskulinen Attributen; Frauen droht jedoch die soziale Zurückweisung, wenn sie eine maskuline Ausrichtung zeigen, ein Phänomen, das Bierhoff-Alfermann (1989) als das "weibliche Dilemma" bezeichnet hat.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. Jossey-Bass: San Francisco.
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass: San Francisco.
- Bakan, D. (1966): The duality of human existence. Rand McNally: Chicago.
- Beck, A.T. (1967): Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. Harper und Row: New York.
- Becker, P. (1982): Psychologie der seelischen Gesundheit. Theorien, Modelle, Diagnostik (Band 1). Hogrefe: Göttingen.
- Becker, P. (1986): Geschlecht und seelische Gesundheit. In: Becker, P; Minsel, B.: Psychologie der seelischen Gesundheit. Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten (Band 2, S. 120-183). Hogrefe: Göttingen.
- Becker, P.; Minsel, B. (1986): Psychologie der seelischen Gesundheit. Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten (Band 2). Hogrefe: Göttingen.
- Beckmann, D. (1976): Paardynamik und Gesundheitsverhalten - Einige Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung. In: Richter, H.-E.; Strotzka, H.; Willi, J. (Hrsg) Familie und seelische Krankheit - eine neue Perspektive der psychologischen Medizin und der Sozialtherapie (S. 123-130). Rowohlt: Reinbek.
- Beckmann, D.; Brähler, E.; Richter, H.-E. (1983): Der Gießen-Test. 3., überarbeitete Auflage mit Neustandardisierung. Huber: Bern.
- Beckmann, D.; Brähler, E.; Richter, H.E. (1991): Der Gießen-Test. 4., überarbeitete Auflage mit II. Neustandardisierung. Huber: Bern.
- Belle, D. (1982): The stress of caring: Women as providers of social support. In: Goldberger, L.; Breznitz, S. (eds): Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects (pp 496-505). Free Press: New York.
- Bem, S.L. (1974): The measurement of psychological androgyny. Journal of Consulting and Clinical Psychology 42, 155-162.
- Bem, S.L. (1976): Die Harten und die Zarten. Psychologie Heute 2, 54-59.

- Bem, S.L. (1978): The short Bem Sex Role Inventory. Consulting Psychologists Press: Palo Alto.
- Betz, E.L. (1982): Need fulfillment in the career development of women. *Journal of Vocational Behavior* 20, 53-66.
- Betz, E.L. (1984): Two tests of Maslows's theory of need fulfillment. *Journal of Vocational Behavior* 24, 204-220.
- Bierhoff-Alfermann, D. (1989): *Androgynie*. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Birnbaum, J.A. (1975): Life patterns and self-esteem in gifted family oriented and career committed women. In: Mednick, M.T.S.; Tangri, S.S.; Hoffman, L.W. (eds): *Women and achievement* (pp 396-419). Wiley: New York.
- Bock, U. (1988): *Androgynie und Feminismus*. Beltz: Weinheim.
- Bradburn, N.M. (1969): *The structure of psychological well-being*. Aldine: Chicago.
- Brems, C.; Johnson, M.W. (1989): Problem-solving appraisal and coping style: The influence of sex-role orientation and gender. *The Journal of Psychology* 123, 187-194.
- Broverman, I.K.; Broverman, D.M.; Clarkson, F.E.; Rosenkrantz, P.S.; Vogel, S.R. (1970): Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 34, 1-7.
- Bryant, F.B.; Veroff, J. (1982): The structure of psychological well-being: A sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 43, 653-673.
- Burkhardt, W.; Meulemann, H. (1976): *Die Rolle des Mannes und ihr Einfluß auf die Wahlmöglichkeiten der Frau*. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 41. Kohlhammer: Stuttgart.
- Cobb, S. (1976): Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38, 300-314.
- Constantinople, A. (1973): Masculinity-femininity. An exception to a famous dictum? *Psychological Bulletin* 80, 389-407.
- Deutsch, C.J.; Gilbert, L.A. (1976): Sex role stereotypes: effects on perceptions of self and others and on personal adjustment. *Journal of Counseling Psychology* 23, 373-379.

- Diener, E. (1984): Subjective well-being. *Psychological Bulletin* 95, 542-575.
- Dohrenwend, B.P.; Dohrenwend, B.S. (1976): Sex differences and psychiatric disorders. *American Journal of Sociology* 81, 1447-1459.
- Erler, G.; Jaeckel, M.; Pettinger, R.; Sass, J. (1988): Kind? Beruf? Oder Beides? Eine repräsentative Studie über die Lebenssituation und Lebensplanung junger Paare zwischen 18 und 33 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland im Auftrag der Zeitschrift *Brigitte*. DJI: München.
- Ernst, C.; v.Luckner, N. (1985): Stellt die Frühkindheit die Weichen? Eine Kritik an der Lehre von der schicksalhaften Bedeutung erster Erlebnisse. Enke: Stuttgart.
- Fahrenberg, J.; Hampel, R.; Selg, H. (1973): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. 2. Aufl. Hogrefe: Göttingen.
- Fahrenberg, J.; Hampel, R.; Selg, H. (1984): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. 4. rev. Aufl. Hogrefe: Göttingen.
- Filipp, S.-H.; Ferring, D.; Freudenberg, E.; Klauer, T. (1988): Affektiv-motivationale Korrelate von Formen der Krankheitsbewältigung - Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie mit Krebspatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie* 38, 37-42.
- Gilbert, L.A.; Waldroop, J.A.; Deutsch, C.J. (1981): Masculine and feminine stereotypes and adjustment: A reanalysis. *Psychology of Women Quarterly* 5, 790-794.
- Gove, W.R. (1979): Sex differences in the epidemiology of mental disorders: Evidence and explanations. In: Gomberg, E.W.; Franks, V. (eds): *Gender and disordered behavior* (pp 23-70). Brunner Mazel: New York.
- Habermas, T. (1990): Die geschlechtstypischen Real- und Idealselbstbilder von bulimischen Patientinnen und Nichtpatientinnen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 19, 50-60.
- Holahan, C.J.; Moos, R.H. (1990): Life Stressors, Resistance Factors, and Improved Psychological Functioning: An Extension of the Stress Resistance Paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology* 58, 909-917.
- Jahoda, M. (1958): *Current concepts of positive mental health*. Basic Books: New York.

- Jones, W.H.; Chernovetz, M.E.; Hansson, R.O. (1978): The enigma of androgyny: Differential implications for males and females? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, 298-313.
- Jourard, S.M.; Landsman, T. (1980): *Healthy personality: An approach from the viewpoint of humanistic psychology* (4th ed.). Macmillan: New York.
- Junker, R. (1965): *Die Lage der Mütter in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Forschungsbericht. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Frankfurt/M..*
- Komarovsky, M. (1946): Cultural contradictions and sex roles. *American Journal of Sociology* 52, 184-189.
- Krüger, D. (1984): Trends und Tendenzen in der häuslichen Arbeitsteilung unter rollentheoretischer Perspektive. In: Nave-Herz, R. (Hrsg), *Familiäre Veränderungen seit 1950 - eine empirische Studie* (S. 176-203). Abschlußbericht, Universität Oldenburg.
- Lieberz, K. (1988): Was schützt vor der Neurose? Ergebnisse einer Vergleichsuntersuchung an hochrisikobelasteten Neurotikern und Gesunden. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 34, 338-350.
- Merz, F. (1979): *Geschlechterunterschiede und ihre Entwicklung. Hogrefe: Göttingen.*
- Moss, P.; Plewis, I. (1977): Mental distress in mothers of preschool children in inner London. *Psychological Medicine* 7, 641-652.
- Nauck, B. (1987): *Erwerbstätigkeit und Familienstruktur. Juventa: Weinheim.*
- Parsons, T.; Bales, R.F. (1955): *Family. Socialization and interaction process.* Routledge und Kegan: London.
- Phillips, R.D.; Gilroy, F.D. (1985): Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health: the Brovermans's findings reexamined. *Sex Roles* 12, 179-193.
- Richter, H.E. (1973): Konflikte und Krankheiten der Frau. In: Claessens, D.; Milhoffer, P. (Hrsg): *Familiensoziologie* (S. 293 - 308). Fischer: Frankfurt/M.
- Richter, H.E. (1974): *Lernziel Solidarität. Rowohlt: Reinbek.*
- Rogers, C.G. (1951): *Client centered therapy. Houghton Mifflin: Boston.*

- Rogers, C.G.; Dymond, R.F. (ed) (1954): *Psychotherapy and Personality Change*. University Press: Chicago.
- Rohde-Dachser, C. (1989): Unbewußte Phantasie und Mythenbildung in psychoanalytischen Theorien über die Differenz der Geschlechter. *Psyche* 43, 193-218.
- Roos, P.E.; Cohen, L.H. (1987): Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 576-585.
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. University Press: Princeton.
- Rudolf, G.; Stratmann, H. (1989): Psychogene Störungen bei Männern und Frauen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 35, 201-219.
- Runge, T.E.; Frey, D.; Gollwitzer, P.M. Helmreich, R.L.; Spence, J.T. (1981): Masculine (instrumental) and feminine (expressive) traits. A comparison between students in the United States and West Germany. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 12, 142-162.
- Scheier, M.F.; Carver, C.S. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology* 4, 219-247.
- Scheier, M.F.; Carver, C.S. (1987): Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized expectancies on health. *Journal of Personality* 55, 169-210.
- Schepank, H. (1986): Epidemiologie psychogener Störungen. In: Kisker, K.P.; Lauter, H.; Meyer, J.-E.; Müller, C.; Strömgen, E. (Hrsg): *Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie (Psychiatrie der Gegenwart Bd. 1, S. 1-27)* Springer: Berlin.
- Schepank, H. (1987): *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine tiefenpsychologisch-epidemiologische Feldstudie in Mannheim*. Springer: Berlin.
- Sieverding, M. (1988): Attraktion und Partnerwahl. Geschlechtsrollenstereotype bei der Partnerwahl. *Report Psychologie* 7, 9-14.
- Sieverding, M. (1990): *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Enke: Stuttgart.

- Sieverding, M.; Alfermann, D. (1992): Instrumentelles (maskulines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: ihre Bedeutung für die Geschlechtsrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* (im Druck).
- Sommer, G.; Ernst, H. (Hrsg) (1977): *Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt*. Urban und Schwarzenberg: München.
- Spence, J.T. (1983): Comment on Lubinski, Tellegen, and Butcher's "Masculinity, femininity, and androgyny viewed and assessed as distinct concepts". *Journal of Personality and Social Psychology* 44, 440-446.
- Spence, J.T.; Helmreich, R.L. (1978): *Masculinity & femininity. Their psychological dimensions, correlates & antecedents*. University of Texas Press: Austin.
- Spence, J.T.; Helmreich, R.L.; Stapp, J. (1974): The Personal Attributes Questionnaire: A measure of sex role stereotypes and masculinity-femininity. *Journal Supplement Abstract Service Catalog of Selected Documents in Psychology* 1974, 4, 43.
- Spence, J.T.; Helmreich, R.L.; Stapp, J. (1975): Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology* 32, 29-39.
- Spence, J.T.; Sawin, L.L. (1985): Images of masculinity and femininity: A reconceptualization. In: O'Leary, V.E.; Unger, R.K.; Wallston, B.S. (eds): *Women, gender, and social psychology* (pp 35-66). Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale.
- Spence, J.T.; Helmreich, R.L.; Holahan, C.K. (1979): Negative and positive components of psychological masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology* 37, 1673-1682.
- Taylor, S.E.; Brown, J.D. (1988): Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin* 103, 193-210.
- Towbes, L.D.; Cohen, L.H.; Glyshaw, K. (1989): Instrumentality as a life-stress moderator for early versus middle adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 109-119.
- Tress, W. (1986): *Das Rätsel der seelischen Gesundheit*. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht: Göttingen.

Tress, W.; Schepank, H. (1989): Grundlagenwissenschaft Epidemiologie: Ergebnisse zur Häufigkeit, zur Verteilung und zum Verlauf psychogener Erkrankungen in der Bevölkerung. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 35, 341-363.

Warr, P.; Parry, G. (1982): Paid employment and women's psychological well-being. Psychological Bulletin 91, 498-516.

Whitley, B.E. (1979): Sex roles and psychotherapy: A current appraisal. Psychological Bulletin 86, 1309-1321.

Whitley, B.E. (1983): Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. Journal of Personality and Social Psychology 44, 765-778.

Zevon, M.A.; Tellegen, A. (1982): The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. Journal of Personality and Social Psychology 43, 111-122.