



## Discussion Paper



| Beiträge von **Studierenden**

### **Psychiatrie und Geschlecht. Weiblichkeitskonstruktionen im gesellschaftlichen Psychiatrie-Diskurs**

Sandra Knorr

Harriet Taylor Mill-Institut für Ökonomie und Geschlechterforschung  
Discussion Paper 50, 10/2024

#### **Herausgeberinnen**

Miriam Beblo

Claudia Gather

Madeleine Janke

Friederike Maier

Antje Mertens

Aysel Yollu-Tok

Discussion Papers des Harriet Taylor Mill-Instituts für Ökonomie  
und Geschlechterforschung der Hochschule für Wirtschaft und  
Recht Berlin

Herausgeberinnen: Miriam Beblo, Claudia Gather, Madeleine Janke,  
Friederike Maier, Antje Mertens & Aysel Yollu-Tok

**Discussion Paper 50, 10/2024**

ISSN 1865-9806

Download: <https://www.htmi.hwr-berlin.de/publikationen/discussion-papers/>

Discussion Papers des Harriet Taylor Mill-Instituts  
für Ökonomie und Geschlechterforschung  
der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

*Beiträge von Studierenden*

Mit der Unterreihe *Beiträge von Studierenden* möchten wir außergewöhnlich interessante und diskussionswürdige Arbeiten von Studierenden, insbesondere von Studentinnen und Studenten der HWR Berlin vorstellen.

Die Arbeiten sollen anregende Beiträge zur wissenschaftlichen wie auch politischen Diskussion um Geschlechterfragen in den Bereichen Wirtschaft, Recht, Soziologie und Verwaltung liefern. Sie können im Rahmen von größeren Seminararbeiten, der Bachelor- oder der Masterarbeit entstanden sein. Die Reihe erscheint in loser Folge.

Eingereichte Manuskripte werden durch zwei Gutachter\*innen geprüft. Für den Inhalt sind die Autorinnen und Autoren selbst verantwortlich.

Weitere Informationen zur Discussion Paper Reihe des Harriet Taylor Mill-Instituts der HWR Berlin finden sich hier:

<https://www.htmi.hwr-berlin.de/publikationen/discussion-papers/#c58339>

Die Herausgeberinnen

**Psychiatrie und Geschlecht  
Weiblichkeitskonstruktionen im  
gesellschaftlichen Psychiatrie-Diskurs**

**Sandra Knorr**

## Autorin

Sandra Knorr, Master of Arts, studierte von 2017 bis 2020 den soziologischen Masterstudiengang *Gesellschaft und Kulturen der Moderne* an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Hauptberuflich ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin und Bildungsreferentin. Ihre Schwerpunkte und Interessen sind Analysen zu sozialer Ungleichheit, Gewalt- und Machtverhältnissen sowie Transformation von Ökonomie und Gesellschaft aus Genderperspektive. Sie widmete 2019 ihre Masterthesis der Betrachtung asymmetrischer Geschlechterverhältnisse innerhalb des psychiatrischen Diskurses. Die Masterthesis liegt hier in einer gekürzten Variante vor und wurde von Dr. Il-Tschung Lim und Dr. Andrea Silva-Tapia begutachtet.

## Abstract

Die vorliegende Arbeit untersucht die Beziehung zwischen Psychiatrie und Geschlecht mit besonderem Fokus auf die Konstruktionen von Weiblichkeit im gesellschaftlichen Psychiatrie-Diskurs. Der Schwerpunkt liegt auf der historischen Entwicklung psychiatrischer Konzepte und deren geschlechtsspezifischen Implikationen. Die Arbeit analysiert, wie patriarchale Strukturen und gesellschaftliche Normen psychische Erkrankungen beeinflussen und ein asymmetrisches Geschlechterverhältnis fördern. Dabei wird aufgezeigt, wie sich diese Dynamiken in der psychiatrischen Praxis widerspiegeln und in welcher Wechselbeziehung Psychiatrie und Geschlecht stehen.

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung .....	1
2.	Psychiatrie als Disziplin der Wissensproduktion .....	2
2.1	Zur Entstehung und Geschichte der Psychiatrie .....	2
2.2	Die Konstruktion normativer Gesundheit und deren Auswirkungen auf die Geschlechtsidentität .....	5
2.2.1	Wissensgenerierung von Krankheits- und Gesundheitskonzepten.....	5
2.2.2	Auswirkungen auf die Geschlechtsidentität .....	6
3.	Psychiatrie und Geschlecht.....	7
3.1	Die Hysterie .....	8
3.2	Frauen in der Psychiatrie.....	10
3.3	Psychiatriekritik aus feministischer Perspektive .....	11
4.	Transformation der Gesellschaft und die Auswirkungen auf Geschlecht und Emotionen .....	13
4.1	Die Entwicklung der Disziplinargesellschaft in eine Leistungsgesellschaft .....	13
4.2	Emotionen und gesellschaftliche Ordnung.....	14
4.3	Die Herstellung geschlechtsspezifischer Emotionen .....	16
5.	Diagnostik und Geschlecht .....	17
5.1	Depression.....	17
6.	Fazit .....	20
7.	Bibliografie.....	23

## 1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit thematisiert den Forschungsgegenstand *Psychiatrie und Geschlecht. Weiblichkeitskonstruktionen im gesellschaftlichen Psychiatrie-Diskurs* und konzentriert sich auf die Untersuchung des gesellschaftlichen Zusammenhangs von Psychiatrie und Geschlechterverhältnissen. Schwerpunkt dieser Arbeit ist die Forschungsfrage, inwiefern asymmetrische Geschlechterverhältnisse in der Psychiatrie manifestiert sind. Daraus ergeben sich weitere Unterkategorien und Fragestellungen, um den Forschungsgegenstand näher zu betrachten: Welche psychischen Krankheitsbilder werden diagnostiziert und beruhen auf Geschlechterstereotype? In welchem Zusammenhang stehen Psychiatrie und Gesellschaft? Diese Fragestellungen umfassen die zusätzliche These, dass Pathologisierungen und psychiatrische Diagnostik geschlechtsspezifisch verlaufen und in einem Gesamtkontext gesellschaftlicher Praktiken zu verstehen sind. Ergänzend wird die Verhandlung von emotionalem Leid und die Entstehung psychischer Erkrankungen innerhalb von Subjektivierungs- und Vergesellschaftungsprozessen diskutiert. Im Fokus der Untersuchung steht die Konstruktion der »Weiblichkeit«<sup>1</sup>, auf die Konstruktion von »Männlichkeit« kann ihm Rahmen dieser Arbeit nur am Rande eingegangen werden.

Die Arbeit ist in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil widmet sich einleitend (Kapitel 2) einer soziologisch-geschichtlichen Auseinandersetzung mit der Entstehung und Transformation der Psychiatrie. Auf dieser Grundlage wird folglich die Etablierung von Psychiatrie als medizinisches Verfahren skizziert und der Zusammenhang zwischen Machtdynamiken von Medizin und Psychiatrie im gesellschaftlichen Kontext hinterfragt. Der Begriff der Psychiatrie wird von zwei Seiten beleuchtet: Die psychiatrische Praxis als Institution und die Theorie und Disziplin als medizinisch-psychiatrische Wissenschaft. Die daraus resultierenden Ergebnisse werden im Zusammenhang von Geschlecht und heteronormativer Geschlechterordnung in Kapitel 3 untersucht und diskutiert. Darauf aufbauend wird die Wechselwirkung von Geschlechtsstereotypen und pathologisiertem Verhalten aufgezeigt und überprüft, wie die Vorstellungen von »Krankheit« und »Gesundheit« mit der Herstellung von Geschlechtsidentität korrelieren. Abschließend erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem Forschungsstand der kritischen Psychologie und der feministischen Psychiatriekritik.

Der zweite Teil umfasst eine Zeitdiagnose, beschreibt Theorien zur Gegenwartsgesellschaft und analysiert die Auswirkungen neuer Anforderungen auf das moderne Subjekt. Es wird der Frage nachgegangen, wie neue psychiatrische Formen auf das moderne Subjekt einwirken. Um diese Frage zu beantworten, wird darauf aufbauend der Umgang mit Emotionen innerhalb der gegenwärtigen neoliberalen Gesellschaft untersucht.

---

<sup>1</sup> Im laufenden Text werden gesellschaftliche Konstruktionen zur Versinnbildlichung mit Guillemets markiert.

Analysiert wird zunächst die These, inwiefern die Vorstellung und Etablierung von normativen Emotionen die gesellschaftliche Ordnung stabilisieren. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass gesellschaftliche Ordnung auf einer strukturellen dichotomen Geschlechtsdifferenz basiert, die kulturell bestimmt ist und durch Emotionen reproduziert werden kann. Untersucht wird, inwieweit diese geschlechtsspezifischen Zuschreibungen auch zu einem Antagonismus der Geschlechter führen und asymmetrische Machtverhältnisse fördern können. In Kapitel 5 werden kontemporäre Ideale wie beispielsweise die Selbstoptimierung und die Normierung von Emotionen erörtert und dargelegt, in welcher Hinsicht sie psychische Leiderfahrungen prägen. Es wird diskutiert, inwiefern geschlechtsspezifische Unterscheidungen in Symptomatik und Diagnostik in einem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Vorstellungen von »Weiblichkeit« in der Gegenwartsgesellschaft stehen.

## **2. Psychiatrie als Disziplin der Wissensproduktion**

Im folgenden Kapitel werden die Entstehung und Transformation der Psychiatrie als Institution sowie als wissenschaftliche Disziplin skizziert und analysiert, inwiefern der psychiatrische Diskurs als Wissensordnung interpretiert werden kann. Es wird aufgezeigt, dass Psychiatrie und Gesellschaft in einer symbiotischen Beziehung zueinanderstehen, die sich sowohl in der Disziplinar- als auch in der Kontrollgesellschaft manifestiert. Letztlich wird der psychiatrische Diskurs am Beispiel der Entstehung psychiatrischer Krankheitskonzepte als Machtinstrument betrachtet, das Einfluss auf die Konstruktion von »Weiblichkeit« und die Nutzung innerhalb dichotomer Geschlechterordnung hat.

### **2.1 Zur Entstehung und Geschichte der Psychiatrie**

Die Psychiatrie ist in Bezug auf die jeweiligen gesellschaftlichen Systeme und die historische Entwicklung von Gesellschaft zu betrachten. Eine Transformation der Gesellschaft ist somit gleichbedeutend mit einem Wandel der Psychiatrie, anlehnend und orientierend an gesellschaftlichen Verhältnissen und Veränderungen. Eine Psychiatriegeschichte kann dadurch auch als eine Kulturgeschichte verhandelt werden (Neuhäuser 2010), welche den gesellschaftlichen Umgang mit denen als »krank« und »abnorm« markierten Subjekten widerspiegelt. Je nach kulturellem und historischem Kontext wurde auf die Erkrankung der Psyche unterschiedlich reagiert und eingewirkt. Auch der Umgang mit und die Interpretation von psychischem Leid unterliegt dem Wandel der Gesellschaft. In der Zeit der Säkularisierung und im Zuge der Aufklärung wurden religiöse Deutungsmuster abgelöst und psychische Erkrankungen als Bedrohung der Vernunft angesehen. Das psychische Leiden wurde als Unvernunft klassifiziert, dadurch zentraler Bestandteil der medizinischen Praxis und zunehmend als psychische Erkrankung



verhandelt (ebd.). Die Psychiatrie als Institution und medizinische Disziplin entstand Ende des 18. Jahrhunderts. Als Wegbereiter der modernen Psychiatrie zählt der französische Psychiater Philippe Pinel, welcher – von der Aufklärung beeinflusst – die Psychiatrie reformierte. Die Vorstellung, dass auch die psychische Erkrankung heilbar und durch die medizinische Praxis behandelbar sein müsse, mündete in der Etablierung der Psychiatrie als Institution (Shorter 1999). Die Herausbildung der Psychiatrie als Institution und medizinische Disziplin basiert jedoch nicht auf einer Reformierung des medizinischen und gesellschaftlichen Umgangs mit dem erkrankten Subjekt, sondern umfasste vielmehr die Isolierung der psychiatrischen Insass\*innen. Diese Ausgrenzung basierte auf der verbreiteten Vorstellung, dass von ihnen eine gesellschaftliche Gefahr ausgehen könne. Die Psychiatrie hatte somit nicht nur eine medizinische, sondern auch eine gesellschaftliche Funktion: Die Etablierung einer neuen gesellschaftlichen Ordnung. Diese Grenzziehung zwischen »gesund« (vernünftig) und »krank« (unvernünftig) impliziert einen separierenden Umgang mit dem »Wahnsinn«. Ein gesellschaftlicher Ausschluss beinhaltete nicht nur die Idee, die Gesellschaft zu schützen, sondern das psychiatrische Ordnungsprinzip wurde zugleich Legitimation für sozialpolitische Kontrollinstrumente (Wüest 2014).

Nach der Entstehung des Bürgertums und der Auflösung feudaler Strukturen hatte die Psychiatrie den Auftrag, das psychisch erkrankte Subjekt wieder arbeitsfähig zu machen (Roer/Henkel 1996). Die Stabilisierung und Erneuerung der ökonomischen Struktur können somit als weitere Grundfunktion der Psychiatrie betrachtet werden (Wüest 2014). Zugleich wurde im 19. Jahrhundert die Disziplin der Psychiatrie zunehmend mit der Neurologie verknüpft und entwickelte sich zu einer naturwissenschaftlich orientierten Disziplin. Während des Nationalsozialismus wurde die psychiatrische Praxis mit ideologischen und eugenischen Vorstellungen verknüpft, was zu systematischen Morden und Zwangssterilisationen führte<sup>2</sup>. Im Faschismus wurde die ursprüngliche Intention der Psychiatrie, das *Heilen und Verwahren*, zu einem *Heilen und Vernichten* (Roer/Henkel 1996, S. 14). In der Nachkriegszeit wurden die psychiatrischen Praktiken weiterentwickelt, jedoch die soziale Isolation und gesellschaftliche Stellung der Insass\*innen der Psychiatrie nicht aufgehoben. Die biologische Psychiatrie dominierte die psychiatrische Praxis der 1970er Jahre und wurde dadurch verstärkt als medizinisches Spezialgebiet etabliert (Shorter 1999). Die Durchführung von einer in den 1930er Jahren entwickelten Schocktherapie<sup>3</sup> sowie die Lobotomie entwickelten sich zu gängigen neurochirurgischen

---

<sup>2</sup> Eine ausführliche Aufarbeitung und Dokumentation der Psychiatrie im Faschismus ist von Ernst Klee dargestellt worden. Darüber hinaus beschreibt Klee die fehlende Aufarbeitung der nationalsozialistischen Ideologie innerhalb der Psychiatrie selbst und stellt dar, wie Psychiater\*innen aus der Zeit des Nationalsozialismus ihre Arbeit innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit fortsetzten und den Diskurs über psychiatrisches Wissen bis in die 1970er Jahre mitprägten (Klee 1993).

<sup>3</sup> Die Elektroschocktherapie betraf 70% der weiblichen Patient\*innen. Da das Applizieren von Elektroschocks kognitive Dauerdefekte auslöste und die Erinnerung beeinflusste, wird sie in der Literatur mit der elektrischen Lobotomie gleichgesetzt (Hedrich 2014). Die gegenwärtige Elektroschocktherapie wurde medizinisch

Praktiken und wurden zur Behandlung von Psychosen eingesetzt, um auf das Verhalten des psychisch erkrankten Subjekts einzuwirken (Neuhäuser 2010). Erst durch das Aufkommen einer zweiten Antipsychiatriebewegung<sup>4</sup> wurden diese Praktiken hinterfragt und kritisiert. Grundmotivation der Antipsychiatriebewegung war die These, dass psychische Krankheiten ihrer Ansicht nach keine medizinischen Ursachen haben, sondern durch soziale, politische und rechtliche Einflüsse bestimmt werden. Es sei die Gesellschaft, die festlegt, was Schizophrenie oder Depression ist, und nicht die Natur (Shorter 1999). Es wurden durch massive Proteste Veränderungen und die Aufdeckung der Machtdynamik innerhalb der Psychiatrie gefordert und die Autorität und Hierarchie der Psychiatrie kritisiert. Die Bewegung der Antipsychiatrie war von den Studien von Michel Foucault und Erving Goffman inspiriert. Michel Foucault analysiert in seinem Werk *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft* (1961), wie die Etikettierung und Pathologisierung als »krank« und »wahnsinnig« historisch-medizinisch konstruiert wurde und ein psychiatrisches Wissen entstand. Parallel dazu veröffentlichte Erving Goffman die Feldstudie *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen* (1961). In dieser definiert er die Psychiatrie als *Totale Institution* und beschreibt die Interaktion und das sozial reglementierte Leben sowie soziale Beziehungen von Patient\*innen innerhalb der geschlossenen psychiatrischen Räume. Goffman sieht in der psychischen Erkrankung eine Konstruktion beziehungsweise eine „zugeschrieben[e] Verrücktheit“, die „weitgehend ein Produkt der sozialen Distanz des Beobachters zur Situation des Patienten, und nicht in erster Linie ein Produkt seiner mentalen Störung ist“ (Goffman 1973, S. 129). Weiterführend dokumentiert Goffman den Prozess sozialer Kontrolle innerhalb einer psychiatrischen Klinik, den er als Demütigungsprozess versteht. Dieser Prozess ist gekennzeichnet durch die Aufgabe des eigenen Willens und den Verlust der Selbstbestimmung beziehungsweise der Einschränkungen von Autonomie.

In der Bundesrepublik führten die Forderungen der Antipsychiatriebewegung 1971 zu einer vom Bundestag initiierten Psychiatrie-Enquête, die Ergebnisse wurden 1975 veröffentlicht und mündeten in einer Psychiatriereform. In der Psychiatriereform wurden Forderungen wie zum Beispiel die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung der Großkrankenhäuser und Psychiatrien und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im Interesse der Patient\*innen integriert (Neuhäuser 2010). Dadurch wurden auch verstärkt ambulante Institutionen geschaffen, an die sich Betroffene wenden können.

---

weiterentwickelt und wird vordergründig bei schweren Depressionen angewendet. Die heutige Geschlechterstatistik zeigt, dass die Behandlung in Bezug auf die geschlechtsspezifische Diagnostik vermehrt Frauen betrifft.

<sup>4</sup> Der Beginn der Antipsychiatriebewegung lässt sich in den 1880er Jahren verorten. Zu diesem Zeitpunkt entstand eine psychiatriekritische Bewegung, welche ca. 40 Jahre aktiv war. Die Vorwürfe dieser Bewegung umfassten Machtmissbrauch, Anstaltskontrolle, Einweisung und Entmündigung der Patient\*innen. Hervorzuheben aus den Forderungen der Antipsychiatriebewegung Ende des 19. Jahrhunderts ist der Wunsch nach Selbstermächtigung der psychiatrischen Patient\*innen. Die Betroffenen selbst forderten die Deutungsmacht über den eigenen Gesundheits- oder Krankheitsbegriff (Schwoch 2013). An dieser Stelle zeigt sich die kritische Bezugnahme der Antipsychiatriebewegung aus den 1960er und 1970er Jahren.

Durch die Psychiatriereform wurden Fortschritte in der Veränderung der psychiatrischen Struktur erreicht, jedoch ist anzumerken, dass bis heute nicht alle Veränderungen abgeschlossen sind und intersektionale Perspektiven nur unzulänglich mitgedacht wurden (Weigand 2015). Auch wenn sich institutionell und medizinisch die psychiatrische Versorgung von Patient\*innen verändert hat, ist vor allem das medizinische und gesellschaftliche Verständnis von psychischen »Krankheiten« kritisch zu betrachten. Die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen bleibt noch immer bestehen.

## **2.2 Die Konstruktion normativer Gesundheit und deren Auswirkungen auf die Geschlechtsidentität**

### **2.2.1 Wissensgenerierung von Krankheits- und Gesundheitskonzepten**

Die Diskussion, ob »Krankheit« und »Gesundheit« medizinische oder gesellschaftliche Begriffe sind und ob psychische Erkrankung normativ oder wissenschaftlich begründet ist, wird interdisziplinär kontrovers diskutiert. Der Prozess der Unterscheidung zwischen einer »gesunden« und »kranken« Psyche unterliegt verschiedenen Kriterien und ist je nach historischem, gesellschaftlichem und kulturellem Kontext unterschiedlich zu betrachten. Die Entscheidung, ob ein psychischer Zustand als »krank« zu definieren ist, fällt seit der Institutionalisierung in das Metier der Medizin und Psychiatrie (Foucault 2013a). Die Unterscheidung in »gesund« oder »krank« verlief parallel mit einer Normierung der jeweiligen psychischen Verfassung. Nach Foucault mussten dafür Kodierungen vorgenommen werden. Diese umfassten zum einen die Klassifizierung von »Wahnsinn«, die in seiner Erscheinungsform als pathologisch eingestuft wurde und zum anderen musste »Wahnsinn« gleichzeitig als Gefahr dargestellt werden, indem er als Quelle verschiedener Bedrohungen angesehen wurde (Foucault 2013a). Die Begriffe »Gesundheit« und »Krankheit« funktionieren dieser These folgend als Einordnungskategorie. Foucaults Untersuchungen zeigen, dass »Wahnsinn« als Gegensatz zur Vernunft konstruiert wurde, um einen Mechanismus der gesellschaftlichen Abgrenzung herzustellen. Foucault schildert die Entstehung des modernen, institutionellen Umgangs mit dem »Wahnsinn«, dabei steht die Definitionsmacht der Psychiatrie über das erkrankte Subjekt im Mittelpunkt. Durch einen sich wandelnden Krankheitsbegriff entwickelten sich neue Handlungsmöglichkeiten, um gegen »Wahnsinn« vorzugehen. Diese erfolgten in Form von Disziplinierung und subjektbezogener Korrekturingriffe. Durch die Ausweitung der Begriffe »Krankheit« und »Gesundheit« rückte das Subjekt selbst in den Fokus psychiatrischer Praktiken und dessen Verhaltensweisen und Beziehungen wurden Ziel psychiatrischer Eingriffe (Foucault 2013a). Psychiatrie griff somit nicht nur auf die Erkrankung selbst ein, sondern war auch zuständig für psychische und soziale Verhaltensauffälligkeiten und deren Korrektur (Klee 1993). Durch die psychiatrische Praxis wurde ein Wissen über normiertes Verhalten (gesunde Psyche) und deviantes Verhalten (erkrankte Psyche) erzeugt. Innerhalb dieser Struktur

entstand eine Wechselwirkung zwischen psychiatrisch-medizinischem Wissen und gesellschaftlichem Wissensverständnis, welches die Wahrnehmung und das Verständnis über kulturelle Kodierung des »Wahnsinns« mitgestaltete (Hedrich 2014). Ein medizinisch-psychiatrischer Diskurs über »Gesundheit« und »Krankheit« trägt somit zu einem kollektiven gesellschaftlichen Verständnis über einen normativen Gesundheitszustand bei. Der Diskurs über »Krankheit« und »Gesundheit« kann dadurch auch als Wissensproduktion verstanden werden, weil die binäre Kategorisierung von »Krankheit« und »Gesundheit« als gesellschaftliche Einordnung fungiert. Diese Konzeption und der Prozess einer binären Einordnung ist mit der Herstellung einer dichotomen Geschlechterordnung vergleichbar. Die Asymmetrie der Geschlechter folgt ähnlichen Mechanismen und hat ihren Ursprung ebenso in der Aufklärung (Reuter 2011). Daher wird im weiteren Verlauf untersucht, wie das hegemoniale Verständnis von »Männlichkeit« und »Weiblichkeit« im psychiatrischen Diskurs widergespiegelt wird und ob sich psychiatrisches Wissen auf die Konzeption von Geschlechtsidentität auswirkt.

### 2.2.2 Auswirkungen auf die Geschlechtsidentität

Im 18. Jahrhundert entwickelte sich ein Geschlechtscharakter, welcher auf zugeschriebenen geschlechtsspezifischen Eigenschaften beruht und dazu genutzt wurde, um einen Gegensatz der Geschlechter herzustellen. Die Zuschreibungsprozesse ordneten *rationale, aktive* und *produktive* Eigenschaften dem männlichen und *emotionale, passive* und *reproduktive* Eigenschaften dem weiblichen Geschlechtscharakter zu (Hähner-Rombach 2010). Daraus ergibt sich eine verkürzte Form der Attribuierung von Kultur (Mann) und Natur (Frau), welche in der Geschlechterforschung weitgehend analysiert und diskutiert wurde und noch immer einen Erklärungsansatz hegemonialer »Männlichkeit« darstellt. Die Medizin hat das Konzept der geschlechtlichen Dichotomie in sich aufgenommen. Sylvelyn Hähner-Rombach analysierte Krankenakten aus dem 19. Jahrhundert nach den Einweisungsursachen und stellte fest, dass geschlechtsspezifische Komponenten nachweislich waren. Psychische Dispositionen, welche häufiger bei Frauen diagnostiziert wurden, wurden mit dem weiblichen Geschlechtscharakter – der konstruierten »Natürlichkeit« der Frau – begründet. Die Bestimmungen umfassten zum Beispiel die Wochenbettdepression, unglückliche Liebesverhältnisse, sexuelle Ausschweifungen und unbefriedigten Geschlechtstrieb sowie Merkmale von Schüchternheit, Ängstlichkeit und Verlassenheitsgefühlen (ebd.). Ergänzend wurden biologische Dispositionen wie die Menstruation, Schwangerschaft oder Menopause zu einem Indikator psychischer Instabilität von Frauen. Dass diese Merkmale die Diagnostik von Frauen verhandelten, weist auf eine Psychopathologisierung von Weiblichkeit im 19. Jahrhundert hin (Mauerer 2010b).

Die Konstruktion der »Weiblichkeit« als Abgrenzung zur »Männlichkeit« basierte auf der Vorstellung, dass das »Weibliche« die Abweichung von der »Norm« darstellte, welche dem »Männlichen« vorbehalten war. An dieser Konstruktion war das medizinische Wissen nicht unbeteiligt. Durch die Lehre über Geschlechtsorgane wurde der Mann als vollkommenes und die Frau, durch die Invisibilität ihres weiblichen Genitals, als abweichendes Geschlecht verstanden (Sanyal 2017). Die Funktion von Geschlechtscharakter und geschlechtlicher Kodierung liegt in der Möglichkeit der Unterdrückung und Kontrolle. Durch die medizinische Konstruktion der »Weiblichkeit« wurde die Rechtfertigung und Berechtigung geschaffen, Frauen sozial und politisch zu diskriminieren. Frauen wurde z. B. aufgrund ihrer zugeschriebenen Empfindsamkeit verstärktes Nervenleiden diagnostiziert (Stolberg 2003). Durch diese psychiatrische Annahme, Frauen seien erhöhter Instabilität und nervlichem Leid ausgesetzt, sollten auch berufliche Aufgaben und verantwortungsbewusste Ämter nicht von Frauen besetzt werden, stattdessen wurde ihnen die Hausarbeit als naturgegebene Berufung zugeschrieben (ebd.). Der soziale Status der Frau wurde somit auch durch die Wechselbeziehung des psychiatrischen Diskurses und der medizinischen Vorstellung weiblicher »Krankheit« begründet. Aufgrund der bereits erwähnten geschlechtsspezifischen Konnotationen von »Gesundheit« und »Krankheit« war somit die Konstruktion der »Weiblichkeit« mit der Vorstellung psychischer Erkrankung verknüpft. Auch die binäre Gegenüberstellung, welche sich in den psychischen Krankheitsbildern niederschlägt, ist an den Vorstellungen der geschlechtsspezifischen Krankheitsverhältnisse gekoppelt.

### **3. Psychiatrie und Geschlecht**

Dieses Kapitel untersucht die historische und gegenwärtige Verknüpfung von Psychiatrie und Geschlecht. Dabei wird die Konstruktion von Weiblichkeit im psychiatrischen Diskurs und die Pathologisierung von Sexualität thematisiert. In Anlehnung an das vorherige Kapitel wird am Beispiel der Hysterie erläutert, wie pathologische Krankheitsbilder von sozialen und kulturellen<sup>5</sup> Bedingungen der jeweiligen historischen Epoche geprägt wurden. Psychiatrie im Wandel bedeutete auch, dass die jeweilige Kritik an den psychischen Verhältnissen im Wandel ist. So wird abschließend die feministische Psychiatriekritik aufgegriffen, um die Machtverhältnisse und Stereotype in der psychiatrischen Praxis zu beleuchten.

---

<sup>5</sup> In dieser Arbeit wird sich auf die Konstruktion der »Weiblichkeit« in Europa und den USA konzentriert. Dennoch ist es wichtig auf koloniale Kontinuität innerhalb der Psychiatrie und der Medizin hinzuweisen. Noch heute wirkt der eurozentrische Blick innerhalb psychiatrischer Praxis. Wielant Machleidt beschreibt in seinem Aufsatz die Entstehung der transkulturellen Psychiatrie, das diagnostische Verfahren im globalen Vergleich sowie die Kritik und Kontroverse über Eurozentrismus innerhalb der Psychologie (Machleidt 2013). Zugleich ist darauf hinzuweisen, dass die Konstruktion des normativen Körpers und der normativen Psyche nicht nur sexistisch geprägt ist, sondern diese auch rassistisch, antisemitisch und ableistisch verläuft. So zeigt u.a. Klaus Hödl (1997) auf, wie Medizin zur Prägung von antisemitischen und rassistischen Stereotypen beigetragen hat.

### 3.1 Die Hysterie

Dem Begriff der Hysterie ist die »Weiblichkeit« eingeschrieben. Hysterie steht für das Wort Gebärmutter und umschreibt ursprünglich deren Wanderung, welche Frauen hysterisch und zugleich neurotisch machen würde. In der griechischen Antike wurde die Hysterie wie folgt beschrieben:

„Diese Wanderung macht die Gebärmutter zum unkontrollierbaren Tier, das im Leib der Frau wohnt und rastlos zu wandern beginnt, sobald es nicht regelmäßig mit Sperma gefüttert wird und unbefriedigt ist. Bis sie sich schließlich auf ihre Wanderung im Gehirn festbeißt, wie ihr die weiße Substanz das zu spärlich zur Verfügung gestellte Sperma ersetzt“ (Moser 2018, S. 180).

An diesem Zitat wird zugleich die sexuelle Komponente der Hysterie deutlich. Wie im vorherigen Kapitel dargestellt, ist die psychische Erkrankung auch an den Geschlechtscharakter und der zugeschriebenen sexuellen Rolle geknüpft. Das Ideal der heterosexuellen Orientierung, der Heteronormativität, liegt in der Annahme begründet, dass beide Geschlechter nur durch die Ergänzung des anderen komplementär werden (Dangendorf 2012). Die Komplementarität von Frau und Mann bedeute, dass das weibliche Geschlecht nur durch das männliche Genital vollständig sein könne. Der Logik des einleitenden Zitats folgend, bedeutet dies: Bleibt die Sexualität der Frau unbefriedigt und das weibliche Genital unvollständig, birgt es die Gefahr an der Hysterie zu erkranken und somit zugleich hysterisch zu werden. Auf der einen Seite wurde sexuelle Anomalie und Perversion – die Nymphomanie – als Symptom und Indiz der Hysterie angesehen, auf der anderen Seite stand die Frigidität ebenso in der Verbindung zur Hysterie. Die Sexualität beziehungsweise die Sexualstörung der Hysteriker\*innen umfasste nur zwei extreme Pole: Nymphomanie und sexuelle Frigidität. Die Diagnose der Sexualstörungen wie die Frigidität interpretierte einen unbefriedigten Geschlechtstrieb als Merkmal und Ursache einer psychischen Erkrankung. Die ‚ausbleibende‘ Sexualität der Frau wurde als Verweigerung der ihr zugeschriebenen Reproduktivität angesehen, da die Frau den ehelichen Beischlaf verweigere, um eine Schwangerschaft zu vermeiden (Schaps 1992). Zugleich wurde die Sexualität von Frauen außerhalb der Ehe und wider ihrer ‚natürlichen‘ Reproduktivität tabuisiert. Es zeigt sich, dass die Verhandlung von und Kontrolle über weibliche Sexualität einer Willkür ausgesetzt war, die je nach nützlicher Interpretation Einklang fand. Laut Foucault kann die Normierung der Sexualität auch als ein Merkmal der Machtausübung des 19. Jahrhunderts verstanden werden (Foucault 2013a). Die Hysteriker\*innen werden zu einer Metapher der weiblichen Anomalität und Bedrohung der bestehenden Geschlechterordnung. Das Bild der Hysterie charakterisiert und repräsentiert den Gegensatz zu der normkonformen Frau (Schaps 1992). Deshalb ist der Diskurs über die Hysterie auch immer mit Moral-, Norm- und Wertvorstellungen an die weibliche

Geschlechterrolle geknüpft. Innerhalb der zu dieser Zeit herrschenden Gesundheitsvorstellung wurde die Hysterie als »anormal« und deshalb »krank« behandelt, da diese Erscheinung gesellschaftlich schädlich sein könnte (Schuller 1982). Die Verhandlung über psychische Erkrankungen kann somit auch als eine Kodierungsgeschichte der manifestierten Geschlechtscharaktere interpretiert werden, da die Entstehung des weiblichen Moralismus mit der strukturell konstruierten »Weiblichkeit« und deren ideellen Vorstellungen verknüpft ist. Die Diagnose der Hysterie steht in einer Wechselbeziehung zu dem gesellschaftlichen Frauenbild im 19. Jahrhundert und der daraus resultierenden gesellschaftlichen Stellung der Frau zu der damaligen Zeit. Zugleich war die Diagnose ein Mittel, um Frauen zu diffamieren, die sich ihrer vorgesehenen Geschlechterrolle verwehren und sich vom gesellschaftlichen Lebensentwurf emanzipieren wollten. Eine Frau wurde nur als psychisch »gesund« angesehen, wenn sie sich unterordnete und ihrer weiblichen Rolle der Reproduktion entsprach (Schuller 1982). Die Diagnose der Hysterie war nützlich, um Frauen zu diskreditieren. Durch diese Reglementierung wurde den Frauen nahegelegt, das gängige Frauenbild zu leben.

Anfang des 20. Jahrhunderts kam es zu einer Umdeutung der geschlechtlichen Kodierung<sup>6</sup> der Hysterie. Im Ersten Weltkrieg wurde Soldaten, welche durch traumatische Kriegserlebnisse ihr psychisches Leid artikulierten, eine Kriegsneurose diagnostiziert. Die Symptome der Kriegsneurose wurden medizinisch anerkannt, aber die Traumatisierung und Erfahrung der Soldaten durch den Krieg nicht als Ursache verstanden (Lohff/Kintrup 2013). Die Symptome dieser Neurose umfassten Zitteranfälle, Lähmungen und Weinkrämpfe und glichen somit der Symptomatik der Hysterie. Dadurch wurde die Kriegsneurose als Verweigerung des Kriegsdienstes und somit auch als Verweigerung der Geschlechterrolle der Soldaten verstanden. Die Soldaten wurden als Hysteriker diffamiert. Der Begriff der männlichen Hysterie fungierte als Abschreckung und sollte die Negation der »Männlichkeit« verdeutlichen (Klee 1993). Da das Stigma der Hysterie den männlichen Geschlechtscharakter in Frage stellte, wurde nach dem Zweiten Weltkrieg die hysterische Kriegsneurose in *Shell Shock* – Kriegszittern – umbenannt und damit eine namentliche Abgrenzung zur Hysterie geschaffen.

---

<sup>6</sup> Eine Umkodierung geschlechtsspezifischer psychischer Erkrankungen ist kontemporär. Wie im Kapitel 2.2 erläutert deckt sich die Symptomatik der Hysterie mit der des *Shell Shocks*. Der Begriff wurde etabliert, um das weibliche Stigma abzulegen. In Bezug auf die Depression lässt sich diese Tendenz am Begriff des *Burn-out* erkennen. Die Symptomatik des *Burn-out* weist kaum Unterschiede zu Depression auf (Quindeau 2016). Eine weitere Ähnlichkeit ist im Bereich diagnostizierter Essstörungen aufzufinden – in diesem Falle wird eine Abgrenzung zwischen Magersucht und *Sportsucht* vollzogen. Die Bezeichnung der männlichen Essstörung als *Sportsucht* bedient sich dem Muster der Produktion und Reproduktion dichotomer Geschlechterstereotype, die der Männlichkeitskonstruktion Aktivität und der Weiblichkeitskonstruktion Passivität zuschreibt. Alle drei Abweichungen – *Shell Shock*, *Burn-out* und *Sportsucht* – sind nicht als Diagnose im ICD-10 gelistet, sie werden vielmehr medial diskutiert und gesellschaftlich hergestellt.

Die Diagnose Hysterie ist nicht mehr eigenständig in den internationalen Klassifikationssystemen inbegriffen. Jedoch findet sich ihre Symptomatik und die Bezeichnung in der *Dissoziativen Störung* (F44) und der *Histrionischen Persönlichkeitsstörung* (F60.4) wieder. Die Kurzbeschreibung der *Histrionischen Persönlichkeitsstörung* umfasst zum Beispiel symptomatische Beschreibungen wie dramatisch, theatralisch, übertriebenen Ausdruck von Gefühlen, egozentrisch, hysterisch und infantil (WHO 2019). Folglich sind die Vorstellungen über die Symptome der Hysterie noch in aktuellen psychiatrischen Diagnosen enthalten. Auch in weiteren medizinischen Feldern wird der Begriff der Hysterie innerhalb der Medizin genutzt, um Symptome oder Erfahrungen von Frauen zu bagatellisieren. So wird hysterisches Verhalten auch in Kombination mit Long Covid gestellt (Weber 2024).

### 3.2 Frauen in der Psychiatrie

Während der zweiten Frauenbewegung wurde, in Anlehnung an die Antipsychiatriebewegung, der Umgang mit psychischen Erkrankungen bei Frauen wieder aufgegriffen. Der Begriff des weiblichen »Wahnsinns« markierte die Abgrenzung von der sozialen Norm und stellte dadurch für die feministische Emanzipation eine doppelte Bedeutung dar. Zum einen, weil der »Wahnsinn« die deviante Psyche kennzeichnete und das Leid von Frauen stigmatisierte, zum anderen, weil die Ursache der Leiderfahrung - die patriarchale Unterdrückung - nicht inbegriffen war. Die Gesellschaft als patriarchale Gesellschaft ist prinzipiell von einer Asymmetrie der Geschlechter bestimmt, welche durch die hegemonialen Machtverhältnisse zur Unterdrückung und Einschränkung von Frauen führt und somit den weiblichen »Wahnsinn« erst hervorbringt (Duda/Pusch 1992). Die Geschichte der Psychiatrie in Verknüpfung mit Geschlecht und geschlechtsspezifischer Diagnostik ist somit auch eine Geschichte über Aushandlungsprozesse von Machtpositionen. Speziell der weibliche »Wahnsinn« wird von den Autor\*innen Sibylle Duda und Luise Pusch als Protest gegenüber des Patriarchats und der zugeschriebenen Geschlechterrolle interpretiert. Diese Interpretation spiegelt sich auch in weiteren Monografien, wie zum Beispiel in der Studie von Phyllis Chesler *Frauen – das verrückte Geschlecht?* (1972), wider. Phyllis Chesler geht davon aus, dass Frauen, die ihre emotionale Unzufriedenheit verbalisieren, privat mit Unglauben und emotionaler Distanz und institutionell sogar mit psychischer Gewalt wie mit Medikamenten, Schocktherapie und langwierigen Aufhalten in Institutionen entgegnet wird (Chesler 1977). In den 1960er Jahren waren mehr weibliche Patient\*innen in psychiatrischen Institutionen stationiert als männliche. Zudem weisen Statistiken dieser Zeit darauf hin, dass Frauen stärker an psychischen Erkrankungen litten, was insbesondere deshalb signifikant ist, da die Zahl erst seit dem Zweiten Weltkrieg anstieg (Greenglass 1986). Vor dem Krieg waren männliche Patienten die Mehrzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern. Die Sozialpsychologin



Esther Greenglass sieht den Ursprung dieser ansteigenden Zahl weiblicher Patientinnen in den modernisierten diagnostischen Erhebungsinstrumenten. Erst in der Nachkriegszeit seien explizit weibliche Krankheitscharakteristika in diagnostische Fragebögen etabliert worden. Die Erweiterung der Fragebögen münde in einer gesteigerten Anzahl von Frauen innerhalb der psychiatrischen Diagnostik. So würde nun auch vermehrt die weibliche Leiderfahrung in die Diagnostik integriert. Dies bedeute jedoch nicht, dass Frauen auch häufiger psychisch »krank« seien als Männer, sondern weise lediglich darauf hin, dass Frauen und Männer je nach unterschiedlichen Rahmenbedingungen prädisponierter für psychische Erkrankungen seien (Greenglass 1986). In diesem Zusammenhang ist innerhalb der Krankenhausstatistiken der psychischen Diagnostik eine Unterscheidung zwischen Frauen und Männern erkennbar (Enders-Drägässer 1998). Frauen weisen an dieser Stelle geschlechtsspezifische Symptome wie Paranoia, Neurosen und Angst auf und wurden mit Neurosen und affektiven Psychosen - beispielsweise der Depression - in die klinische Psychiatrie aufgenommen. Männern hingegen wurden die geschlechtsspezifischen Symptome wie Drogenabhängigkeit, Alkoholsucht, antisoziale Persönlichkeitsstörungen oder psychopathische Störungen diagnostiziert (Chesler 1977). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich auch in den aktuellen *Diagnosedaten der Krankenhäuser über die Erfassung psychischer Erkrankungen* aus dem Jahr 2017 wiedererkennen. Die Statistik<sup>7</sup> der *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* zeigt auf, dass bei der *Depressiven Episode* 67.946 Frauen und 48.817 Männer behandelt wurden. Die Behandlungskategorie *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (zum Beispiel Alkohol) umfasst 112.440 Frauen und 309.612 Männer (GBE 2019).

### 3.3 Psychiatriekritik aus feministischer Perspektive

Die feministische Psychologie entstand im Zuge der Welle der zweiten Frauenbewegung in den 1970er Jahren mit dem Selbstverständnis eines interdisziplinären Diskursfelds. Sozialwissenschaftliche, pädagogische, politische und psychologische Ansätze wurden mit feministischen Theorien und Methodiken verknüpft. Ein Hauptanliegen des feministischen und queer-feministischen Aktivismus ist die Aufdeckung von Ungleichheit und Unterdrückung, welche an Geschlecht, Sexualität und Geschlechterrolle geknüpft ist und diese zu dekonstruieren versucht (Sieben/Scholz 2013). Vor diesem Hintergrund rückt die psychiatrische Behandlung als institutionelle Praxis zur Herstellung gesellschaftlicher Ordnung in den Fokus kritischer Reflexion. Einerseits, um die Wechselbeziehung zwischen Macht, Normativität, Geschlecht und Sexualität zu analysieren und andererseits, um psychologische und psychotherapeutische Praktiken auf diskriminierende, stigmatisierende

---

<sup>7</sup> Inter\* und Trans\* Patient\*innen sind in der Statistik nicht mit inbegriffen.

und ausschließende Aspekte zu prüfen. Im Zentrum dieser Kritik steht zum einen der Gesundheits- und Krankheitsbegriff sowie das daraus resultierende diagnostische und therapeutische Behandlungsverfahren und zum anderen die Annahme, dass die Erkrankung der Psyche als individuelle Ursache gesehen und nicht in einem gesamtgesellschaftlichen Prozess behandelt wird (Scheffler 2010). In Deutschland wird Feminismus als Forschungsgegenstand weit weniger Bedeutung beigemessen als beispielsweise innerhalb des angloamerikanischen Diskurses. Dies zeigt sich auch anhand der Auslastung psychologischer oder medizinischer Lehrstühle innerhalb der deutschen Universitäten (Sieben/Scholz 2013). Eine feministische Psychologie ist in psychologischen Fakultäten nicht vorhanden und Gendermedizin als eigenständiger Lehrstuhl wird lediglich an der Charité Berlin <sup>8</sup> gelehrt. Beide Fachdisziplinen kritisieren die fehlende Gendersensibilität beziehungsweise die androzentrische Sichtweise auf Geschlecht und die Reproduktion von binären Geschlechterkonstruktionen.

Eine weitere Kritik umfasst die fehlende Umsetzung der bereits erforschten Wechselwirkungen von *sex* und *gender* auf die jeweils gesundheitlichen Auswirkungen von Frauen und Männern (Mauerer 2010a). Doch sollte Geschlecht als soziale Konstruktion auch in den jeweiligen Krankheitsverläufen von Patient\*innen unter den spezifischen Lebensrealitäten und Biografien verstanden und thematisiert werden (Kautzky-Willer 2012). Außerdem wird kritisiert, dass nur geringfügig zwischen Alter, Geschlecht, sozialer Klassenzugehörigkeit, Migration, Beruf und Religion differenziert werde. Vielmehr werde die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe automatisch in den psychiatrischen Verlauf integriert, ohne sie differenziert zu hinterfragen (Tsapos 2010). Die Psychologinnen Anna Sieben und Julia Scholz erkennen zwar Ansätze der Geschlechterforschung in der psychologischen Forschung über Frauen und Männern seit dem 20. Jahrhundert, allerdings wird das Geschlecht weiterhin biologisch definiert und determiniert (Sieben/Scholz 2013). Starr-binäre Geschlechterkonstruktionen birgen die Gefahr der Fehldiagnose. Das zeigt zum Beispiel die Diagnose der *Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung* (ADHS), welche vermehrt bei Jungen und Männern aufgrund ihrer Geschlechtsspezifikation diagnostiziert wird. Bei Mädchen und Frauen erfolgt trotz ähnlicher Symptome eine andere Diagnose (Ahlers 2016). Deutlich wird die Komplexität der Geschlechterdifferenz innerhalb des Forschungsdiskurses, denn zum einen besteht die Notwendigkeit, die geschlechtliche Differenz sichtbar zu machen, um medizinisch auf die unterschiedlichen körperlichen und psychischen Bedürfnisse und Behandlungen von Frauen und Männern einzugehen, auf der anderen Seite impliziert die Differenzforschung das Risiko der Reproduktion hegemonialer binärer Geschlechterkonstruktionen. Deshalb fordert die feministische sowie queer-feministische Bewegung einen reflektierten und kritischen Umgang mit

---

<sup>8</sup> Noch immer ist eine Leerstelle im Forschungsfeld der Gendermedizin sowie in der medizinischen Praxis der geschlechtersensiblen Medizin zu erkennen (Laumann 2024).

Geschlechterverhältnissen innerhalb der Psychotherapie und die Stärkung von Gendersensibilität und Genderkompetenz (Sieben et. al. 2015).

#### **4. Transformation der Gesellschaft und die Auswirkungen auf Geschlecht und Emotionen**

Im ersten Teil dieser Arbeit wurden bereits die historischen Entwicklungen der Psychiatrie und ihrer Wechselbeziehung zur Gesellschaft erläutert. Zudem wurde die Konstruktion der »Weiblichkeit« in Anlehnung an die Konstruktion der psychischen Erkrankung dargestellt. Da die Transformation der Gesellschaft auch den Wandel der psychiatrischen Verhältnisse impliziert und sich diese zugleich auf Geschlechterkonstruktionen auswirken kann, richtet sich der Fokus im zweiten Teil auf die Gegenwartsgesellschaft. Zunächst wird der Wandel der Disziplinargesellschaft zur gegenwärtigen Form der Leistungsgesellschaft skizziert. Darauf aufbauend wird die Auswirkung der aktuellen Gesellschaft auf das psychische Leid des modernen Subjekts diskutiert.

##### **4.1 Die Entwicklung der Disziplinargesellschaft in eine Leistungsgesellschaft**

Der französische Philosoph Gilles Deleuze beschreibt in seinem Text *Postskriptum über die Kontrollgesellschaft* von 1990 den Übergang von der Disziplinargesellschaft in einen neuen Gesellschaftstypus, der Kontrollgesellschaft. Die Disziplinargesellschaft entwickelte sich im 18. und 19. Jahrhundert und hatte zu Beginn des 20. Jahrhunderts ihren Höhepunkt (Deleuze 1993). Die Disziplinargesellschaft ist gekennzeichnet von institutionellen Disziplinierungen basierend auf dem Machttypus der Beobachtung und Überwachung. Die Gesellschaft übernahm diese Komponenten und entwickelte sich zu einer Disziplinargesellschaft. Im 20. Jahrhundert, insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg und im Zuge des Postfordismus, wurde die Disziplinargesellschaft von der Kontrollgesellschaft abgelöst. Dies macht Deleuze an einem Wandel der Kontrollinstrumente fest, die zunehmend auf die Selbstkontrolle des Subjekts zielen. Die ökonomischen Bedingungen des Postfordismus können somit als Blaupause für die Kontrollgesellschaft betrachtet werden. Die Auflösung der Grenze zwischen Privatsphäre und Erwerbsarbeit im Postfordismus förderte die Identifikation des Subjekts mit der entstandenen marktorientierten Logik. Der Anspruch an das Subjekt war gekennzeichnet durch Flexibilität, Selbstoptimierung und Selbstdisziplinierung. Durch diesen Anspruch übt die Kontrollgesellschaft Macht auf das Subjekt aus. Der Kerngedanke, dass jedes Subjekt alles erreichen kann, wenn es sich bemüht, wurde zum Sinnbild von Autonomie, Freiheit und Erfolg. Das Bestreben nach dieser Wunschvorstellung versteht Deleuze als neoliberale Kontrollfunktion, die die ursprünglichen Disziplinierungen ersetzte (ebd.,). Das Subjekt

internalisiere die neoliberalen Normen und reguliere, organisiere und optimiere sich selbst. Gekennzeichnet ist die Kontrollgesellschaft auch von einer endlosen Weiterentwicklung des Subjekts (Deleuze 1993).

Als Weiterentwicklung von Deleuzes Ansatz sieht Byung-Chul Han eine Ablösung der Kontrollgesellschaft von der Leistungsgesellschaft. Dies begründet Han in seinem Essay *Die neuronale Gewalt*, in dem er beschreibt, dass jedes Zeitalter von einer Leitkrankheit geprägt sei – für die spätmoderne Leistungsgesellschaft seien die nervlichen Erkrankungen charakteristisch. Für das 21. Jahrhundert ließe sich ein Zuwachs psychischen Leids erkennen, da *Depression*, *Burn-out*, die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (BPS) oder die *Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung* (ADHS) die Pathologisierung in diesem Jahrhundert bestimmen würden (Han 2018). Dieser Anstieg liege in der Transformation der Gesellschaft von einer Disziplinargesellschaft in eine Leistungsgesellschaft begründet. Das Subjekt habe sich von einem Subjekt des Gehorsams in ein Subjekt der Leistung transformiert. Das gegenwärtige Subjekt übernehme freiwillig seine eigene Ausbeutung. Hierbei stellt Han fest, dass die foucaultsche Disziplinargesellschaft sowie die deleuzsche Kontrollgesellschaft dem gegenwärtigen gesellschaftlichen Wandel nicht entsprechen. Dies begründet er damit, dass sowohl die Disziplinargesellschaft als auch die Kontrollgesellschaft negativ konnotiert, die Leistungsgesellschaft hingegen durch „Positivität“ gekennzeichnet sei. Das Leistungssubjekt besitze die Freiheit alles zu können und zu leisten, solange es die Produktivität steigere. Es sei somit schneller und produktiver als das Gehorsamssubjekt. Scheitert das Leistungssubjekt aber am Imperativ, alles können zu müssen, und am Druck der Leistungssteigerung, führe dies zu psychischen Erkrankungen und festige den widersprüchlichen Freiheitsgedanken dieses Gesellschaftstypus (Han 2018).

#### **4.2 Emotionen und gesellschaftliche Ordnung**

Emotionen können als soziale Konstruktion verhandelt werden, welche durch das Einwirken von zugeschriebener Geschlechterrolle, sozioökonomischem Status und individueller Erfahrung beeinflusst und konstituiert werden. Aus diesen externen Faktoren, welche auf die Empfindung eines Subjekts einwirken, sind Emotionen nicht ohne Gesellschaft zu denken und steht in einer direkten Wechselbeziehung zu gesellschaftlichen Zusammenhängen (Thesing 2017). Durch gesellschaftliche Kommunikation können Emotionen verhandelt, bewertet und dadurch normiert werden. Durch die Korrelation von Gesellschaft, Emotionen und gesellschaftlicher Ordnung lassen sich Emotionen auch als Interaktion verstehen. Denn auch wenn Emotionen keine direkte Handlung widerspiegeln, fördern und beeinflussen sie das Handeln durch ihre kognitive, affektive oder motivierende Wirkung (Illouz 2012). Eine sich im Wandel befindende Gesellschaft wirkt sich somit auch

auf die emotionale Wahrnehmung aus. In der Gegenwartsgesellschaft spricht Eva Illouz in diesem Zusammenhang von einer Form des emotionalen Kapitalismus und analysiert die Wechselbeziehung zwischen Ökonomisierung der Emotionen und Gesellschaft (Illouz 2012). Diese Beziehung lässt sich zum Beispiel in der emotionalen Interaktion und Bewertung von Emotionen wiederfinden, so werden Gefühle warenförmig und folgen einer neoliberalen Logik, welche sich zugleich auf die individuelle Empfindung und Selbstwahrnehmung des Subjekts auswirkt. Dadurch können beispielsweise soziale und romantische Beziehungen auf ihre Effektivität geprüft und verhandelt werden oder emotionales Leid als ein unproduktiver Zustand erscheinen, den es zu korrigieren gilt (ebd.). Die Herausgeber\*innen des Sammelbandes *Un-Wohl-Gefühle* von 2016 beschreiben zudem eine veränderte Diskrepanz zwischen emotionaler Empfindung und neoliberaler Gegebenheit und verdeutlichen diese an dem Begriff des Wohlstands. Wohlstand sei nicht mehr als materieller Zustand und konsumierbares Kapital zu verstehen, um ein vollkommenes und erfüllendes Leben zu führen, sondern an Emotionen und psychische Stabilität gekoppelt (Mixa et. al. 2016). Die Autor\*innen stellen die These auf, dass der materielle Wohlstand der westlichen Gesellschaft dem wachsenden Leid von Subjekten gegenüber stehe, denn trotz einer materiellen und politischen Stabilität sei eine Expansion psychischer Erkrankungen zu verzeichnen und deute auf eine emotionale Verkümmern hin (ebd.). Untermauert wird diese These durch die Dokumentation eines Anstiegs depressiver Erkrankungen innerhalb der letzten Jahrzehnte und der Prognose, dass Depression zu einer westlichen Zivilisationskrankheit werden könne (WHO 2012). Diese Erkenntnis verdeutlicht den Widerspruch zwischen den in der freien Marktwirtschaft positiv besetzten Attributen des autonomen, glücklichen, selbsterfüllten Lebens und der Zunahme psychischer Leiderfahrungen. Dabei wird das Subjekt selbst für die eigenen Emotionen verantwortlich gemacht, sei es das Streben nach Glück und Akzeptanz oder die Lösung eigener Konflikte und der Bewältigung des eigenen Leidens sowie auch der eigenen psychischen Erkrankung (Mixa 2016). Diese etablierte Anforderung kann auch identitätsstiftend und zugleich hierarchisch wirken, denn das emotionale Wohlbefinden – das glückliche, autonome Leben – dient als Basis der Selbstverwirklichung und der psychischen Gesundheit (Illouz 2012). Um das Streben nach dem erwarteten Glücklichen-Sein zu erreichen und dem Imperativ gerecht zu werden, bedeutet dies für das Subjekt, an sich selbst zu arbeiten, um sich zu optimieren. Dafür bietet der Markt eine Vielzahl Ratgeberliteratur oder Selbsthilfekurse, die bei der Selbstoptimierung und Gefühlsregulierung helfen sollen. So wird in der Ratgeberbranche, aber auch in sozialen Medien, der Diskurs über die Selbstliebe als Lösung für ein besseres und glückliches Leben neu verhandelt (Thesing 2017; Cabanas/Illouz 2019). Die Wechselbeziehung zwischen Gesellschaft, der situativen und individuellen Gefühlsempfindung und die Verbindung von sozialen Ursachen wird dabei nicht diskutiert. Die Kritik an sozialer Ungleichheit und bestehenden Hierarchien wird dabei ausgeblendet und unsichtbar gemacht. Das

gesellschaftliche und kulturelle Verständnis über psychische Gesundheit und emotionale Selbstverantwortung wird auf diese Weise verrückt

### **4.3 Die Herstellung geschlechtsspezifischer Emotionen**

Wie zu Beginn dieses Kapitels beschrieben, stehen Emotionen auch in einem Zusammenhang mit dem Konstrukt der Geschlechterrolle. Emotionen wirken vor allem auf die Herstellung und Stabilisierung von Geschlechtsstereotypen ein. Um die Frage beantworten zu können, inwieweit Geschlecht und Diagnose asymmetrisch zusammenhängen, muss zunächst erläutert werden, wie geschlechtsspezifische Stereotype und geschlechtsspezifische Emotionen konstruiert werden. Der Ursprung geschlechtsspezifischer Normierungen von Emotionen liegt vor allem im Prozess der Geschlechtskonstruktion selbst. Die Psychologin Linda Brannon zeigt den Zusammenhang zwischen Geschlechtsstereotypen und den konstruierten Emotionen. Die binäre Konstruktion von »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« beruhe seit dem 19. Jahrhundert auf dem Verständnis von Rationalität und Emotionalität und sei seitdem direkt an die Vorstellungen emotionaler Geschlechterkodierung gekoppelt (Brannon 2017). Das asymmetrische Verhältnis zwischen den Geschlechtern liegt in dieser Zuschreibung begründet, da »Männlichkeit« mit Vernunft assoziiert wird und »Weiblichkeit« als Abgrenzung verstanden wird. Das Wissen über die Geschlechterkodierung ist somit nicht nur an Emotionen, sondern auch an die Konstruktion des »Anderen« geknüpft (Könemann 2011). Hierbei geht es weniger um eine dichotome Trennung denn um die Festigung der Machtposition. Durch die Herstellung der Unterschiede wird die Unterdrückung und die Diskriminierung von Frauen manifestiert (Gildemeister/Wetterer 1995).

Diese Gegenüberstellungen lassen sich auch anhand der bestehenden geschlechtsspezifischen Stereotype und Emotionen wiedererkennen. Das geschlechtsspezifische, emotionale Stereotyp beinhaltet die Annahme, dass Frauen emotional und Männer rational fühlen und handeln. Psychologische Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass Erleben und Fühlen von Emotionen nur wenige geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen. Nur die Art und Weise wie Emotionen gezeigt werden verläuft unter geschlechtsspezifischen Unterschieden (Brannon 2017). Dies deutet auf einen performativen Charakter von Emotionen hin und zeigt deutlich, dass nicht das Erleben und Fühlen, sondern die Interaktion selbst unter geschlechtlicher Stereotypisierung verläuft. Frauen werden aufgrund ihrer zugeschriebenen Geschlechtsidentität mit Schwäche und erhöhter Emotionalität in Verbindung gebracht. Die Konstruktion geschlechtsspezifischer Emotionsstereotype von »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« wirkt sich somit auf die Beurteilungen von Emotionen selbst aus.

## 5. Diagnostik und Geschlecht

Die These, dass die Anforderungen an das moderne Subjekt und ihre zugeschriebene Geschlechterrolle in der psychiatrischen Diagnostik deutlich werden, wird in diesem Kapitel überprüft. Ergänzend werden diesbezüglich die bereits herausgearbeiteten Geschlechtskodierungen und -normen im Umgang mit der Depression.

### 5.1 Depression

Die Depression zählt zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Erkrankungen und weist eine erhöhte Suizidalität auf. Das Klassifikationssystem ICD-10 zählt die *Depression* (F32) unter die *Affektiven Störungen* (F30-F39) (WHO 2012). Nach Einschätzungen der WHO gelten 300 Millionen Menschen weltweit als depressiv, dies entspricht mehr als 40 Prozent der Bevölkerung in Europa (Moser 2018). Die Depression erscheint als häufigste psychische Erkrankung der Gegenwartsgesellschaft und wird medial und wissenschaftlich im Zusammenhang gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse diskutiert. Für den Soziologen Alain Ehrenberg ist die Depression ein Erschöpfungszustand des modernen Subjekts. In seiner Analyse *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart* (2004) beschreibt er eine Korrelation zwischen der gegenwärtigen spätmodernen Leistungsgesellschaft und der Depression. Der gesellschaftliche Kontext bringe den Erschöpfungszustand hervor. So kann die Depression auch als Resultat des Scheiterns an den Ansprüchen der Moderne betrachtet werden. Nach Ehrenberg ist das Scheitern an diesen Autonomieerwartungen mit einem Schuldgefühl verknüpft (Ehrenberg 2015). Das Streben nach Autonomie wurde in der Nachkriegszeit zu einem gesellschaftlichen Ideal. Die Leistungsgesellschaft sei an den Imperativ geknüpft, sich selbst und autonom zu verwirklichen. Diese Aufforderung sieht Ehrenberg zugleich als eine neue soziale Norm an, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Diese Eigenverantwortung verbindet Ehrenberg mit der Depression und beschreibt diese als „eine Krankheit der Verantwortlichkeit, in der ein Gefühl der Minderwertigkeit vorherrscht“, das Subjekt werde dieser Verantwortung nicht mehr gerecht und sei „erschöpft von der Anstrengung, er selbst werden zu müssen“ (Ehrenberg 2015, S. 16). Die Zunahme der depressiven Leiden stehe somit in einem Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Anforderung nach Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung (Quindeau 2016). Das Subjekt sei dem Zwang ausgeliefert, in jeglicher Hinsicht autonom, selbstoptimierend und leistungsorientiert zu sein. Dies könne zu einem andauernden Zustand der Erschöpfung führen (ebd.). Zugleich erscheint die Autonomiebestrebung als ein Postulat, um die Aufrechterhaltung der Gesellschaft zu gewährleisten. Das depressive Subjekt stehe somit im Widerspruch zu dieser Bestrebung und gefährde zugleich die gesellschaftliche Stabilität, da das erschöpfte depressive Subjekt handlungsunfähig geworden sei und den

Leistungsanforderungen der Gegenwartsgesellschaft nicht mehr gerecht werden kann (Teuber 2011).

Statistisch gesehen weisen Frauen einen doppelt so hohen Anteil der diagnostischen Erhebung auf als Männer (Wirsching 1999). Eine Ursache kann in der historischen Auseinandersetzung mit der Konstruktion von »Weiblichkeit« in Krankheitskonzepten liegen. Die historische Herstellung der binären Geschlechtlichkeit wurde bereits in Kapitel 2 und Kapitel 3 dargestellt. In Anlehnung an diese Ausführungen kann eine Parallele der Diagnose Hysterie und der Diagnose Depression hergestellt werden. Catherine-Olivia Moser hebt die weibliche Konnotation beider Diagnosen hervor und stellt fest, dass beide Formen nicht als Frauenkrankheit etikettiert wurden, vielmehr die »Weiblichkeit« als Typus im Zentrum der diagnostischen Bilder stand (Moser 2018). Eine weitere Parallele sieht sie in den Emotionen der Trauer und des Verlustes. Anlehnend an die Theorie Sigmund Freuds über Hysterie seien diese beiden Emotionen auch charakteristisch für die Depression (ebd.). Die Psychologin Ilka Quindeau interpretiert die Depression ebenfalls als einen Trauerzustand. Die Trauerempfindung der Depression umfasse hierbei den Verlust über die eigene Emotionalität oder die eigene Autonomie (Quindeau 2016). Auch Alain Ehrenberg bringt in seiner Analyse einen Vergleich der Hysterie. So sieht er eine Weiterentwicklung des ursprünglichen Diagnosebildes der Hysterie. Diese würde sich nicht mehr in der körperlichen Inszenierung und Theatralik äußern, sondern trete als Müdigkeit des gelähmten und erschöpften Körpers auf (Ehrenberg 2015). Eine geschichtliche Aufarbeitung der Korrelation zwischen Weiblichkeit und Depression erfolgt auch in der Analyse *Das Geschlecht der Depression. »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« in der Konzeptualisierung depressiver Störungen* von Nadine Teuber. Teuber sieht den historischen Zusammenhang jedoch nicht in der Hysterie, sondern vielmehr in der verbreiteten Verknüpfung von Emotionalität mit Weiblichkeit im Diskurs des 19. Jahrhunderts (Teuber 2011). Der Zusammenhang von geschlechtsspezifischer Wissensproduktion über die Depression ist nicht nur innerhalb der psychiatrisch-medizinischen Disziplin historisch geprägt, sondern nimmt gleichermaßen Einfluss auf den gesellschaftlichen Diskurs:

„Sowohl die Geschichte der Depression und der Melancholie als auch die Geschichte der Wissenschaften ist durchsetzt mit geschlechtlichen Bedeutungen, die das Wissen über Gesundheit, Krankheit sowie über Normen und ihre Abweichungen maßgeblich mitstrukturieren. Geschlechtliche Kodierungen finden sich im gesellschaftlichen als auch im individuellen Wissen über Depressionen, und sie schreiben sich sowohl in die Psyche als auch in die Körper ein“ (Teuber 2011, S. 273).

Ein weiterer Erklärungsansatz liegt in der Verknüpfung von »Weiblichkeit« und Depression in einem Spannungskonflikt mit der Mutterrolle. So seien nach Moser vor allem Frauen, die



ausschließlich für die Erziehung von Kindern verantwortlich sind, überproportional von Depressionen betroffen. Zudem würde jede fünfte Frau durch eine Schwangerschaft und Geburt an einer *Postpartalen Depression* leiden (Moser 2018). Medizinisch wird die *Postpartale Depression* durch hormonelle Umstellungen begründet. Die physiologischen Faktoren würden die Erscheinungsursache jedoch nicht umgreifend beschreiben (Greenglass 1986). Die sozialen Faktoren, an denen eine Schwangerschaft und Geburt verknüpft sind, treten verstärkt in einen soziologischen Fokus. Dieser umfasst die Konstitution der Mutterrolle oder die Statusveränderung und den Identitätswandel der Frau als Mutter (Moser 2018).

Ein weiterer Erklärungsansatz sieht die Wechselbeziehung von »Weiblichkeit« und Depression in der geschlechtsspezifischen Sozialisation von Mädchen und Frauen. Die Sozialisation und Erziehung der Mädchen stehe in einem starken Zusammenhang zur Weiblichkeitskonstruktion, da innerhalb der Erziehung auf Stereotype zurückgegriffen werde (Knapp 2012). Der sozialisationstheoretische Ansatz beschreibt, dass Mädchen verstärkt in sozialer Kompetenz und Fürsorge gefördert werden, dies führe auch dazu, dass das Selbstwertgefühl von Frauen an soziale Beziehungen geknüpft sei. Frauen würden sich vermehrt als wertvoll und liebenswert betrachten, wenn sie von einer anderen Person wertgeschätzt werden (Greenglass 1986). Das psychische Gleichgewicht einer Frau sei dadurch nicht nur von einer guten Beziehung zu sich selbst, sondern vor allem von positiven Rückmeldungen von ihrer Umgebung abhängig (Ingenkamp 2014). Die geschlechtsspezifische Sozialisation beinhaltet somit auch eine Geschlechterrollenvorstellung. Diese psychosozialen Geschlechternormen beeinflussen das Depressionsrisiko von Frauen (Teuber 2011). Aus den Rollenvorstellungen und geschlechtsspezifischen Normen könne eine psychosoziale Belastung resultieren.

Ein weiterer soziologischer Erklärungsansatz liegt in dem konstruierten Sozialstatus und den realen Lebensbedingungen der Frau. Die soziale Rolle der Frau innerhalb sozialer Beziehungen kann als Risikofaktor betrachtet werden (Teuber 2011). Dies zeige sich vor allem in Paarbeziehungen oder der Ehe. Dies ist vor allem dadurch begründet, dass Frauen öfter Gewalt innerhalb der Paarbeziehungen erfahren. Das *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* veröffentlichte 2018 die *Polizeiliche Kriminalstatistik*, die darlegte, dass jede vierte Frau körperliche oder sexuelle Gewalt durch ihren Partner erfährt und stellte dar, dass die Opfer von Gewalt innerhalb einer Paarbeziehung mit 82 Prozent Frauen sind (PKS 2018). Die Traumatisierung durch die gewalttätige Belastungssituation kann auch als Ursache für Depressionen betrachtet werden. Diese Korrelation wurde in psychologischen Studien bisher zu wenig untersucht (Teuber 2011). Auch die Autor\*innen Duda und Pusch verweisen auf den Zusammenhang zwischen der erhöhten physischen und sexualisierten Gewalt gegen Frauen und psychischen Erkrankungen (Duda und Pusch 1996).

Auch im sozioökonomischen Status der Frauen kann ein Risikofaktor für die Depression liegen. Die Nichtanerkennung der Reproduktionsarbeit und der aus daraus resultierende niedrige Sozialstatus münde in Frustration, Abhängigkeitsverhältnissen und Isolierung (Greenglass 1986). Auch Teuber sieht in der geschlechtsspezifischen Reproduktionsarbeit, der Erfahrung von Gewalt und in dem erhöhten Armutsrisiko eine Verbindung zu der Entstehung von Depressionen (Teuber 2011). Die geschlechtsspezifischen Risikofaktoren für Frauen, an einer Depression zu erkranken, setzen sich aus der geschlechtlichen Zuschreibung von Emotionen, der stereotypisierten Sozialisation, dem sozialen und sozioökonomischen Status, Gewalterfahrung innerhalb der Ehe und Paarbeziehung, Doppelbelastung von Reproduktionsarbeit und Erwerbstätigkeit sowie asymmetrischen Machtverhältnissen innerhalb einer patriarchalen Gesellschaftsstruktur zusammen.

Wie in Kapitel 4.3 beschrieben, wird das Wissen über geschlechtsspezifische Lebensbedingungen von Frauen nur marginal in den psychotherapeutischen Prozess integriert. Dies steht in einem Widerspruch der sonstigen Fokussierung der weiblichen Geschlechtskodierung der Depression innerhalb des medialen und wissenschaftlichen Diskurses. Der Diskurs über die weibliche Depression kann in diesem Fall verstärkt als Reproduktion einer hergestellten Geschlechterdifferenz verstanden werden. Das Wissen über die Depression orientiert sich an den konstruierten dichotomen Geschlechternormen. Nadine Teuber verweist in diesem Zuge auf eine Verbindung der Wissensproduktion über die Depression und der Wissenskategorie Geschlecht selbst. Die Annahmen über das Geschlecht finden sich in dem Wissen – gesellschaftlich sowie wissenschaftlich – über Depression wieder und werden zugleich performativ hergestellt (Teuber 2011). Festzuhalten ist, dass unterschiedliche Faktoren auf die Wahrnehmung der Depression einwirken. Zum einen beeinflussen die Rahmenbedingungen der Lebensbewältigung von Frauen das Risiko an einer Depression zu erkranken und zum anderen wirkt die Wissensgenerierung über geschlechtsspezifische Normen auf die weibliche Geschlechterkodierung der Depression ein.

## **6. Fazit**

Im Fokus dieser Arbeit stand die Frage nach der Korrelation zwischen Psychiatrie, Gesellschaft und der Konstruktion von »Weiblichkeit«. Um deren Verflechtung zu analysieren, wurde die Psychiatrie als Disziplin erläutert. Die soziologisch-geschichtliche Auseinandersetzung mit der Transformation der Psychiatrie zeigte auf, dass die Psychiatrie als Spiegelbild der Gesellschaft betrachtet werden kann. Der psychiatrisch-medizinische Diskurs erzeugte ein Wissen über »Gesundheit« und »Krankheit«, welches die gesellschaftliche Wahrnehmung prägte. Dadurch ist Psychiatrie auch als Wissensproduktion zu verstehen, die die Gesellschaft prägt und durch die psychiatrische

Definitionsmacht eine symbolische und soziale Ordnung herstellt. Dieser Prozess weist eine Parallele mit der Wissensproduktion über dichotome Geschlechterkonstruktionen und Geschlechternormen auf.

Durch den Einblick in die Psychiatriegeschichte der Frauen wird deutlich, dass die Konstruktion von »Weiblichkeit« durch psychiatrisch-medizinisches Wissen geformt wird und zu einer Herstellung dichotomer Geschlechterordnung beiträgt. Die Geschlechterdifferenz tritt in Gestalt von geschlechtsspezifischen psychischen Erkrankungen auf, wie zum Beispiel die Analyse über die *Hysterie* und *Depression* darlegt. Es wurde aufgezeigt, dass eine Asymmetrie der Geschlechter innerhalb der psychiatrischen Diagnosen und der therapeutischen Praxis manifestiert ist. Zusätzlich werden Geschlecht und Geschlechtsstereotype von einer geschlechtsspezifischen Sozialisation mitbestimmt, welche sich in der Wahrnehmung und der Empfindung von Emotionen widerspiegelt.

Es wurde aufgezeigt, dass das zeitgenössische Konzept der Leistungsgesellschaft sich auf die psychischen Erkrankungen der Subjekte auswirkt. Das moderne Subjekt steht den Widersprüchen der Leistungsgesellschaft gegenüber. Der neoliberale Imperativ – das Streben nach Autonomie und Selbstoptimierung – ist zur inkorporierten Norm geworden. Durch die Individualisierung psychischer Erkrankungen wird die politische und gesellschaftliche Verantwortung nicht ausreichend berücksichtigt. Formen von struktureller Gewalt und Diskriminierung, welche psychische Leiderfahrungen prägen, werden dadurch nicht dekonstruiert, da – dieser Logik folgend – nicht die asymmetrischen Machtverhältnisse das psychische Leid erzeugen, sondern das Subjekt selbst sei an diesem schuld.

Im Kontext der feministischen Psychiatriekritik wurde deutlich, dass psychisches Leid und psychische Erkrankung vielmehr als Spiegelbild der gesellschaftlichen Verhältnisse verhandelt werden können, da sie die hegemoniale Geschlechterordnung sichtbar machen. Zudem wurde herausgearbeitet, dass die Einteilung zwischen psychisch »krank« und »gesund« nicht die gesellschaftlichen Zusammenhänge impliziert und in der therapeutischen Praxis die weiblichen Lebensrealitäten ungenügend mitgedacht werden.

Die Zusammenfassung und Untersuchung der Wechselbeziehung von Psychiatrie, Geschlecht und Gesellschaft zeigt auf, dass die Geschlechterkonstruktion durch alle drei Komponenten produziert und reproduziert wird. Da die Gesellschaft und damit eingeschlossen auch Psychiatrie und Geschlecht im dynamischen Wandel stehen – historisch, soziokulturell und politisch –, birgt dies auch die Möglichkeit einer Veränderung und eines Wandels geschlechtlicher Kodierungsprozesse und gesellschaftlicher Umstrukturierung. Schließlich ist ein umfassender psychotherapeutischer Ansatz, der die

jeweiligen Anforderungen integriert und intersektional aufgestellt ist, unabdingbar, um individuelle und emanzipatorische Unterstützung zu fördern.

## 7. Bibliografie

- Ahlers, Eike (2016): „Bei hyperaktiven Mädchen denkt man nicht gleich an ADHS“. Verwendet am 21. Oktober 2019 unter: <https://editionf.com/Adhs-Arzt-Dr-Ahlers/>.
- Brannon, Linda (2017): Gender. Psychological Perspectives. New York/London: Routledge.
- Bundeskriminalamt (2017): Partnerschaftsgewalt – Kriminalstatistische Auswertung (PKS). Verwendet am 21. Oktober 2019 unter: [https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Partnerschaftsgewalt/Partnerschaftsgewalt\\_2017.pdf;jsessionid=E4C590CCB52EBB7D3CD548CB3716F6C2.live0612?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Partnerschaftsgewalt/Partnerschaftsgewalt_2017.pdf;jsessionid=E4C590CCB52EBB7D3CD548CB3716F6C2.live0612?__blob=publicationFile&v=2).
- Chesler, Phyllis (1977): Frauen - das verrückte Geschlecht? Hamburg: Rowohlt.
- Canbanas, Edgar/Illouz, Eva (2019): Das Glücksdiktat und wie es unser Leben beherrscht. Berlin: Suhrkamp.
- Dangendorf, Sarah (2012): Kleine Mädchen und High Heils. Über die visuelle Sexualisierung frühadoleszenter Mädchen. Bielefeld: transcript.
- Deleuze, Gilles (1993): Unterhandlungen 1972-1990. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: ICD-10- WHO Version 2019. Verwendet am 21. Oktober 2019 unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/block-f50-f59.htm>
- Duda, Sibylle; Pusch, Luise F. (1992): Wahnsinns Frauen. Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Duda, Sibylle; Pusch, Luise F. (1996): Wahnsinns Frauen. Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Ehrenberg, Alain (2015): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/New York: campus.
- Foucault, Michel (2013a) Die Anormalen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2013b): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Verwendet am 21. Oktober 2019 unter: <http://www.gbe-bund.de>.
- Gildemeister, Regine; Wetterer, Angelika (1995): Wie Geschlechter gemacht werden. Die soziale Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit und ihre Reifizierung in der Frauenforschung. In: Gudrun-Axeli Knapp, Angelika Weiterer (Hrsg.) Traditionen Brüche. Entwicklungen feministischer Theorien, Freiburg: Krone Verlag, S. 201- 254.
- Goffman, Erving (1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderen Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Greenglass, Esther R. (1986): Geschlechterrolle als Schicksal. Soziale und psychologische Aspekte weiblichen und männlichen Rollenverhaltens. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn (2010): Sex und Gender in der Medizin am Beispiel der Psychiatrie, Mitte bis Ende des 19. Jahrhunderts mit einem Ausblick in die Gegenwart. Evangelische Akademie Bad Boll. Online verfügbar unter: <https://www.ev-akademie-boll.de/fileadmin/res/otg/doku/530810-Haehner-Rombach.pdf>.
- Han, Byung-Chul (2018) Müdigkeitsgesellschaft. Burnoutgesellschaft. Hoch-Zeit. Berlin: Matthes & Seitz.
- Hedrich, Markus (2014): Medizinische Gewalt. Elektrotherapie, elektrischer Stuhl und psychiatrische Elektroschocktherapie in den USA, 1890-1950, Bielefeld: transcript.
- Hödl, Klaus (1997): Die Pathologisierung des jüdischen Körpers. Antisemitismus, Geschlecht und Medizin im Ein de Siècle. Wien: Picus Verlag.
- Ingenkamp, Konstantin (2014): Depression und Gesellschaft. Zur Erfindung einer Volkskrankheit. Bielefeld: transcript.
- Illouz, Eva (2012) Gefühle in Zeiten des Kapitalismus. Frankfurter Adorno-Vorlesung 2004. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.) (2012): Gendermedizin. Prävention, Diagnose, Therapie. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag.
- Klee, Ernst (1993): Irrsinn Ost - Irrsinn West. Psychiatrie in Deutschland. Frankfurt am Main: Fischer.
- Knapp, Gudrun-Axeli (2012): Im Widerstreit. Feministische Theorie in Bewegung. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Könemann, Sophia; Stähr, Anne (2011): Einleitung. In: Sophia Könemann, Anne Stähr (Hg.): Das Geschlecht der Anderen. Figuren der Alterität: Kriminologie, Psychiatrie, Ethnologie und Zoologie. Bielefeld: transcript. S. 7-14.
- Laumann, Vera (2024): Warum die Medizin weiblicher werden muss. In: G+G. Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 02/2024, 27. Jahrgang, S. 14 - 21.
- Lohff, Brigitte; Kintrup, Claudia (2013): Psychotherapie jenseits des Heroismus? Der Dissens zwischen theoretischem Diskurs und klinischer Umsetzung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. In: Christine Wolters, Christof Beyer, Brigitte Lohff (Hrsg.) Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld: transcript, S. 43-70.
- Machleidt, Wielant (2013) Weltpsychiatrischer Universalismus versus kulturdistinkte Psychiatrie. Ethnopsychiatrische Diskurse in den 1970er und 1980er Jahren. In: Christine Wolters, Christof Beyer, Brigitte Lohff (Hrsg.) Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld: transcript, S. 97-109.
- Mauerer, Gerlinde (2010a): Einleitung: Frauen zwischen „nicht mehr“ und „noch nicht“ - wie lange noch? In: Gerlinde Mauerer (Hrsg.), Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: transcript, S. 11-24.
- Mauerer, Gerlinde (2010b): Weiblichkeit und (Vor-)Sorge tragen: Wechselwirkungen zwischen Frauen- und Krankheitsbildern. In: Gerlinde Mauerer (Hrsg.), Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: transcript, S. 85-111.
- Mixa, Elisabeth (2016): I feel good! Über Paradoxien des Wohlfühl-Imperativs im Wellness-Diskurs. In: Elisabeth Mixa, Sarah Miriam Pritz, Markus Tumeltshammer, Monica Greco (Hrsg.): Un-Wohl-Gefühle. Eine Kulturanalyse gegenwärtiger Befindlichkeiten, Bielefeld: transcript, S. 95-129.
- Mixa, Elisabeth; Pritz, Sarah Miriam; Tumeltshammer, Markus; Greco, Monica (2016): Einleitung. In: Elisabeth Mixa, Sarah Miriam Pritz, Markus Tumeltshammer, Monica Greco (Hrsg.): Un-Wohl-Gefühle. Eine Kulturanalyse gegenwärtiger Befindlichkeiten, Bielefeld: transcript, S. 9-20.
- Moser, Catherine-Olivia (2018): Postpartale Depression und »weibliche Identität«. Psychoanalytische Perspektive auf Mutterschaft. Bielefeld: transcript.
- Neuhäuser, Gerhard (2010): Psychiatrie. Eine Einführung für Heilpädagogen und andere Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Quindeau, Ilka (2016): Depression und Geschlecht. Ein psychodynamischer Erklärungsversuch. In: Elisabeth Mixa, Sarah Miriam Pritz, Markus Tumeltshammer, Monica Greco (Hrsg.): Un-Wohl-Gefühle. Eine Kulturanalyse gegenwärtiger Befindlichkeiten, Bielefeld: transcript, S.163-177.
- Reuter, Julia (2011): Geschlecht und Körper. Studien zur Materialität und Inszenierung gesellschaftlicher Wirklichkeit. Bielefeld: transcript.
- Roer, Dorothee; Henkel, Dieter (1996): Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar 1933-1945, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Sanyal, Mithu M. (2017): Vulva. Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts. Berlin: Wagenbach.
- Schaps Regina (1992): Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

- Scheffler, Sabine (2010): Psychologie: Arbeitsergebnisse und kritische Sichtweisen psychologischer Geschlechterforschung. In: Ruth Becker, Beate Kortendiek (Hrsg.), Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 659-667.
- Schmechel, Corinna (2017): Kontrolle außer Kontrolle. Genealogische Betrachtung zum Konzept der Essstörungen. In: Soziologie Magazin, Heft 15, Jg.10 2017.
- Schuller, Marianne (1982): »Weibliche Neurose« und Identität. Zur Diskussion der Hysterie um die Jahrhundertwende. In: Dietmar Kamper und Christoph Wulf, die Wiederkehr des Körpers, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S.180-192.
- Schwach, Rebecca (2013): »Mein jahrelanger Kampf gegen den Psychiater Größenwahn«. »Irrenbroschüren« als Form einer Psychiatriekritik um 1900. In: Christine Wolters, Christof Beyer, Brigitte Lohff (Hrsg.) Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld: transcript, S. 71-96.
- Shorter, Edward (1999): Geschichte der Psychiatrie. Berlin: Alexander Fest Verlag.
- Sieben, Anna; Scholz, Julia (2013): (Queer-) Feministische Psychologien. Eine Einführung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sieben, Anna; Fiedel, Lotta-Lili; Straub, Jürgen (2015): Geschlecht und Psychotherapie. Psychosozial 38. Jg. 2015. Heft II, Nr. 140, S. 5-11.
- Stolberg, Michael (2003): Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit. Köln/Weimar/Wien: Böhlau Verlag.
- Tsapos, Nicolas (2012): Wie Frauen zu Patientinnen werden. Soziale Kategorisierungen in psychiatrischen Krankenakten der Bodelschwingschen Anstalten Bethel (1898-1945), Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Teuber, Nadine (2011): Das Geschlecht der Depression. »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« in der Konzeptualisierung depressiver Störungen. Bielefeld: transcript Verlag.
- Thesing, Peet (2017): Feministische Psychiatrie Kritik. Münster: Unrast-Verlag.
- Weber, Nina (2024): »Frauen werden teilweise noch immer für sensibel oder >hysterisch< gehalten«, Spiegel Online, 06.08.2024, <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/natalie-grams-ueber-long-covid-sind-nicht-alle-frauen-erschoeft-das-verkennt-kraess-die-schwere-der-krankheit-a-21f58783-f7f1-4cd9-a2a9-67debded756a>.
- Weigand, Stephan (2015): Inklusiv und repressiv. Zur Herrschaftsförmigkeit der reformierten Psychiatrie. In: Cora Schmechel; Fabian Dion; Kevin Dudek; Mäks\* Roßmüller (Hrsg.): Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychiatrie und Psychologie, Münster: edition assemblage, S. 20-46.
- World Health Organization (WHO) 2006: WHO constitution of the World Health Organization. Verwendet am 21. Oktober 2019 unter: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- World Health Organization (WHO) 2012: Definition einer Depression. Verwendet am 21. Oktober 2019 unter: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>.
- Wirsching, Michael (1999): Psychotherapie. Grundlagen und Methoden. München: C.H. Beck.
- Wüest, Lotti (2014): Psychiatrie als gebauter Diskurs. Architektur der Klinik in Texten von Alfred Döblin, Friedrich Glauser, Heinar Kipphardt und Rainald Goetz. In: Rudolf Käser; Beate Schappach (Hrsg.), Krank geschrieben. Rhetoriken von Gesundheit und Krankheit im Diskursfeld von Literatur, Geschlecht und Medizin. Bielefeld: transcript Verlag, S. 201-221.

**In der Discussion Paper Reihe des Harriet Taylor Mill-Instituts für Ökonomie und Geschlechterforschung der HWR Berlin sind bisher erschienen:**

**Discussion Paper 2024**

*/Beiträge von Studierenden*

Sandra Knorr

**Psychiatrie und Geschlecht. Weiblichkeitskonstruktionen im gesellschaftlichen Psychiatrie-Diskurs**

Discussion Paper 50, 10/2024

*/Beiträge von Studierenden*

Margarita Fernández Alba

**Transnational surrogacy in the European context: The cases of Spain and Ukraine**

**An assessment of economic, legal and socio-political factors**

Discussion Paper 49, 08/2024

*/Beiträge von Studierenden*

Annika Claudia Böttcher

**Anspruch und Wirklichkeit bei der Verringerung**

**geschlechtsabhängiger Lohnunterschiede in der Europäischen Union**

Discussion Paper 48, 03/2024

**Discussion Paper 2023**

Katja Dill & Hanna Völkle

**Zur Gratwanderung Intersektionalität und Technikgestaltung**

Discussion Paper 47, 02/2023

**Discussion Paper 2022**

Clemens Ohlert

**Auswirkungen des gesetzlichen Mindestlohns auf Geschlechterungleichheiten bei Arbeitszeiten und Verdiensten**

Discussion Paper 46, 11/2022

Irem Güney- Frahm

**Expanding Capabilities through ICTs – A gender perspective on individuals' daily lives in the era of digitalization**

Discussion Paper 45, 10/2022

**Discussion Paper 2021**

Friederike Maier

**Geschlechtsspezifische Arbeitsmarkteffekte der Digitalisierung – ein Literaturüberblick zum Forschungsstand**

Discussion Paper 44, 08/2021

*/Beiträge von Studierenden*

Gamze Arslan and Mehmet Oğuzhan Okumuş

**Gender Aspects of Brain Drain: The Case of Turkish Immigrants in Germany**

Discussion Paper 43, 02/2021

**Discussion Paper 2020**

*/Beiträge von Studierenden*

Felicitas Jalsovec

**Geschlechtergerechtigkeit im Sport – Eine Untersuchung der Unterrepräsentanz von Frauen in Gremien und Spitzenämtern der Sportbünde, Fachverbände und Vereine.**

Discussion Paper 42, 11/2020

Hanna Völkle

**Intersections of care work and ecological sustainability. To what extent can time be a common currency?**

Discussion Paper 41, 07/2020

Cara Röhner

**Die Unterrepräsentation von Frauen in der Politik aus verfassungsrechtlicher Sicht – Paritätsgesetze und eine geschlechtergerechte repräsentative Demokratie**

Discussion Paper 40, 01/2020



## Discussion Paper 2019

Clemens Ohlert und Pauline Boos

### **Auswirkungen der Digitalisierung auf Geschlechterungleichheiten**

Discussion Paper 39, 11/2019

*/Beiträge von Studierenden*

Denise Bode

### **Mit Strategie zur Gleichberechtigung? Verhandlungsführung selbstständiger Frauen als Mittel zur Reduzierung des Gender Income Gap**

Discussion Paper 38, 11/2019

Silke Bothfeld und Sophie Rouault

### **Gender quotas for corporate boards - Why authority does not suffice. A comparative analysis of policy package design**

Discussion Paper 37, 05/2019

## Discussion Papers 2018

*/Praxisbeiträge zu Vorlesungsreihen*

Jana Hertwig und Lisa Heemann (Hrsg.)

### **Weltpolitik ist keine Männersache mehr. Frauen und die Vereinten Nationen**

Mit einem Grußwort von Dr. Franziska Giffey, Bundesministerin für Familien, Senioren, Frauen und Jugend

Discussion Paper 36, 12/2018

*/Beiträge von Studierenden*

Anne Hartmann

### **Gendermarketing versus Feminismus: Wenn Sex und nicht Gender vermarktet wird.**

Discussion Paper 35, 12/2018

## Discussion Papers 2017

*/Beiträge von Studierenden*

Julia Tondorf

### **Trans\*(Identität) am Arbeitsplatz in Deutschland und den USA: eine Analyse der verschiedenen Umgangsformen, deren Ursprung und Auswirkungen**

Discussion Paper 34, 12/2017

*/Beiträge von Studierenden*

Stephanie Häring

### **Socio-Cultural Determinants of Women's Achievement of Management Positions in Turkey**

Discussion Paper 33, 07/2017

*/Beiträge von Studierenden*

Francesca Sanders

### **The impact of austerity on gender equality in the labour market and alternative policy strategies**

Discussion Paper 32, 02/2017

## Discussion Papers 2016

Irem Güney-Frahm

### **Who is supporting whom? A critical Assessment of Mainstream Approaches to Female Entrepreneurship**

Discussion Paper 31, 11/2016

Denis Beninger und Miriam Beblo

### **An Experimental Measure of Bargaining Power Within Couples**

Discussion Paper 30, 09/2016

Christiane Krämer

### **Im Mainstream angekommen? Gender im Wissenschaftsbetrieb**

Discussion Paper 29, 02/2016

## Discussion Papers 2015

Miriam Beblo und Denis Beninger

### **Do husband and wives pool their incomes? A couple experiment?**

Discussion Paper 28, 12/2015

*/Beiträge von Studierenden*

Anja Goetz

**Gibt es einen rechtsextremen Feminismus in Deutschland?**

Discussion Paper 27, 07/2015

Miriam Beblo, Andrea-Hilla Carl, Claudia Gather und Dorothea Schmidt (Hrsg.)

**Friederike Matters – Eine kommentierte Werkschau**

Discussion Paper 26, 04/2015

#### Discussion Papers 2014

Madona Terterashvili

**The Socio-Economic Dimensions of Gender Inequalities in Rural Areas of Georgia**

Discussion Paper 25, 06/2014

Harry P. Bowen, Jennifer Pédussel

**Immigrant Gender and International Trade: Its Relevance and Impact**

Discussion Paper 24, 04/2014

*/Beiträge von Studierenden*

Viktoria Barnack

**Geschlechtergerechtigkeit im Steuerrecht durch das Faktorverfahren?**

Discussion Paper 23, 02/2014

#### Discussion Papers 2013

Ina Tripp, Maika Büschenfeldt

**Diversity Management als Gestaltungsansatz eines Jobportals für MINT-Fachkräfte und KMU**

Discussion Paper 22, 12/2013

Marianne Egger de Campo

**Wie die „Rhetorik der Reaktion“ das österreichische Modell der Personenbetreuung rechtfertigt**

Discussion Paper 21, 06/2013

Sandra Lewalter

**Gender in der Verwaltungswissenschaft konkret: Gleichstellungsorientierte Gesetzesfolgenabschätzung**

Discussion Paper 20, 01/2013

#### Discussion Papers 2012

Miriam Beblo, Clemens Ohlert, Elke Wolf

**Ethnic Wage Inequality within German Establishments: Empirical Evidence Based on Linked Employer-Employee Data**

Discussion Paper 19, 08/2012

Stephanie Schönwetter

**Die Entwicklung der geschlechter-spezifischen beruflichen Segregation in Berlin-Brandenburg vor dem Hintergrund der Tertiärisierung**

Discussion Paper 18, 06/2012

*/Beiträge zur Summer School 2010*

Dorota Szelewa

**Childcare policies and gender relations in Eastern Europe: Hungary and Poland compared**

Discussion Paper 17, 03/2012

#### Discussion Papers 2011

*/Beiträge zur Summer School 2010*

Karen N. Bredahl

**The incorporation of the 'immigrant dimension' into the Scandinavian welfare states: A stable pioneering model?**

Discussion Paper 16, 11/2011

Julia Schneider, Miriam Beblo, Friederike Maier

**Gender Accounting – Eine methodisch-empirische Bestandsaufnahme und konzeptionelle Annäherung**

Discussion Paper 15, 09/2011

Anja Spychalski  
**Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender-Diversity als Beitrag zum Unternehmenserfolg am Beispiel von IBM Deutschland**  
Discussion Paper 14, 04/2011

*/Beiträge zur Summer School 2010*  
Chiara Saraceno  
**Gender (in)equality: An incomplete revolution? Cross EU similarities and differences in the gender specific impact of parenthood**  
Discussion Paper 13, 03/2011

*/Beiträge zur Summer School 2010*  
Ute Gerhard  
**Die Europäische Union als Rechtsgemeinschaft. Nicht ohne Bürgerinnenrechte und die Wohlfahrt der Frau**  
Discussion Paper 12, 01/2011

#### Discussion Papers 2010

*/Beiträge zur Summer School 2010*  
Petr Pavlik  
**Promoting Equal Opportunities for Women and Men in the Czech Republik: Real Effort or Window Dressing Supported by the European Union?**  
Discussion Paper 11, 11/2010

*Beiträge zur Summer School 2010*  
Gerda Falkner  
**Fighting Non-Compliance with EU Equality and Social Policies: Which Remedies?**  
Discussion Paper 10, 10/2010

Julia Schneider, Miriam Beblo  
**Health at Work – Indicators and Determinants. A Literature and Data Review for Germany**  
Discussion Paper 09, 05/2010

#### Discussion Papers 2009

Elisabeth Botsch, Friederike Maier  
**Gender Mainstreaming in Employment Policies in Germany**  
Discussion Paper 08, 12/2009

Vanessa Gash, Antje Mertens, Laura Romeu Gordo  
**Women between Part-Time and Full-Time Work: The Influence of Changing Hours of Work on Happiness and Life-Satisfaction**  
Discussion Paper 07, 12/2009

Katherin Barg, Miriam Beblo  
**Male Marital Wage Premium. Warum verheiratete Männer (auch brutto) mehr verdienen als unverheiratete und was der Staat damit zu tun haben könnte?**  
Discussion Paper 06, 07/2009

Wolfgang Strengmann-Kuhn  
**Gender und Mikroökonomie - Zum Stand der genderbezogenen Forschung im Fachgebiet Mikroökonomie in Hinblick auf die Berücksichtigung von Genderaspekten in der Lehre**  
Discussion Paper 05, 06/2009

#### Discussion Papers 2008

Miriam Beblo, Elke Wolf  
**Quantifizierung der betrieblichen Entgeltdiskriminierung nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz. Forschungskonzept einer mehrdimensionalen Bestandsaufnahme**  
Discussion Paper 04, 11/2008

Claudia Gather, Eva Schulze, Tanja Schmidt und Eva Wascher  
**Selbstständige Frauen in Berlin – Erste Ergebnisse aus verschiedenen Datenquellen im Vergleich**  
Discussion Paper 03, 06/2008

Madeleine Janke und Ulrike Marx  
**Genderbezogene Forschung und Lehre im Fachgebiet Rechnungswesen und Controlling**  
Discussion Paper 02, 05/2008

## Discussion Papers 2007

Friederike Maier

**The Persistence of the Gender Wage Gap in Germany**

Discussion Paper 01, 12/2007

***Die Discussion Papers des Harriet Taylor Mill-Instituts stehen als PDF-Datei zum Download zur Verfügung unter:***

<https://www.htmi.hwr-berlin.de/publikationen/discussion-papers/#c58339>

Harriet Taylor Mill-Institut der  
Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin  
Badensche Straße 52  
10825 Berlin  
[www.htmi.hwr-berlin.de](http://www.htmi.hwr-berlin.de)