

Einführung

Frauen und Männer unterscheiden sich im Erleben und Berichten von Schmerz (Unruh, 1996). Zudem weist eine große Zahl empirischer Studien auf ein erhöhtes Risiko für chronifizierten Schmerz bei Frauen hin. Bislang wurden hauptsächlich biologische Faktoren (u.a. hormonelle, genetische, anatomische und physiologische Differenzen) für Geschlechtsunterschiede verantwortlich gemacht. Der Einfluss psychosozial geprägter Geschlechtsrollenorientierungen wurde jedoch bisher vernachlässigt. Studien aus der Gesundheitsforschung zeigen jedoch, dass die Orientierung an sozialen Geschlechtsrollenvorstellungen und Normen einen bedeutenden Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit von Männern und Frauen ausübt (Hurrelmann & Kolip, 2002). Traditionelle Geschlechtsrollennormen schreiben Frauen Eigenschaften wie Abhängigkeit, Unterordnung, Hilfslosigkeit zu, Männern dagegen Unabhängigkeit, Dominanz und Stärke. Auch in Hinblick auf Schmerz existieren spezifische Rollenerwartungen. Aus Studien zu Geschlechtsunterschieden im Schmerzerleben ist bekannt:

- Feminine Rollenorientierung ist ein Prädiktor für geringere Schmerztoleranz und sowohl häufigeres als auch offeneres Berichten von Schmerz (Unruh, 1996, Riley, et al. 1998).
- Maskuline Rollenorientierung ist ein Prädiktor für Schmerzverleugnung und eine geringere Partizipation an der Gesundheitsvorsorge (Courtenay, 2000).

Ergebnisse

In Übereinstimmung mit den Hypothesen zeigt sich, dass die Schmerzpatienten eine stärker ausgeprägte feminine Geschlechtsrollenorientierung aufweisen als die gesunden Kontrollpersonen. **Abb. 1** zeigt die Mittelwertsunterschiede zwischen Schmerz- und Kontrollgruppe in den untersuchten Geschlechtsrollenfacetten. Schmerzpatienten stimmen in stärkerem Maße traditionell femininen Rollennormen zu und beschreiben sich eher mit femininen Eigenschaften (z.B. passiv, klagsam). Die Kontrollpersonen hingegen stimmen in stärkerem Maße traditionell maskulinen Rollennormen zu und beschreiben sich eher mit maskulinen Eigenschaften (z.B. überheblich, aggressiv).

Über eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) konnte gezeigt werden, dass sich Schmerz- und Kontrollgruppe in den Indikatoren der Geschlechtsrollenorientierung signifikant voneinander unterscheiden ($F = 3.68, p = .000$). Univariate Kontraste ergaben statistisch signifikante Gruppenunterschiede in der Selbstzuschreibung sozial unerwünschter femininer und maskuliner Eigenschaften (GEPAQ: Fmin und Mmin) und in der Zustimmung zu femininen Rollennormen (FRNS) und zu maskulinen Antifeminitätsnormen (MRNS: AF).

Die Unterschiede zwischen Schmerzpatienten und der Kontrollgruppe sind weitgehend unabhängig vom biologischen Geschlecht. Ein varianzanalytischer Interaktionseffekt zwischen Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht findet sich nur für die Skala Mplus des GEPAQ ($F=6,9; df=1/86; p=.01$). Während sich Männer und Frauen der Schmerzgruppe in dieser Variable nicht unterscheiden, beschreiben sich die Männer der Kontrollgruppe hier deutlich maskuliner als die Frauen und die Schmerzpatienten.

Diskussion

Die Daten bestätigen, dass Schmerzpatienten eine femininere Geschlechtsrollenorientierung aufweisen als gesunde Kontrollpersonen. Dieses Ergebnis ist weitgehend unabhängig vom biologischen Geschlecht der untersuchten Personen. Mit **Abb. 2** wird ein auf sozialpsychologischen und psychodynamischen Konzepten basierendes Modell vorgestellt, in welchem **A**) der Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung bei der Schmerzentstehung bzw. -chronifizierung, sowie **B**) die Rückwirkung des Schmerzerlebens auf die Geschlechtsrollenorientierung thematisiert wird:

Annahmen zu A)

Geschlechtsrollenorientierungen wirken bei der Entstehung und Chronifizierung von Schmerzkrankungen mit, indem geschlechtsrolleninkongruente Gefühle unterdrückt werden.

Bei Personen mit einer eher femininen Orientierung sind das u.a. Gefühle von Aggression, bei Personen mit einer eher maskulinen Orientierung sind das Gefühlen von Schwäche und Hilfslosigkeit.

Um die Hypothesen zu A) im strengen Sinne zu prüfen, sind Längsschnittstudien erforderlich.

Annahmen zu B)

Es besteht eine Kongruenz der weiblichen Geschlechtsstereotype mit der Rolle des (Schmerz-) Patienten (Brähler & Felder, 1999). Daher lassen sich maskuline Rollenorientierungen bei chronischen Schmerzpatienten nicht dauerhaft aufrechterhalten (Inkongruenz).

Ergebnis: Chronische Schmerzpatienten präsentieren eine femininere Geschlechtsrollenorientierung, wie es in den Querschnittsdaten unserer Studie zum Ausdruck kommt.

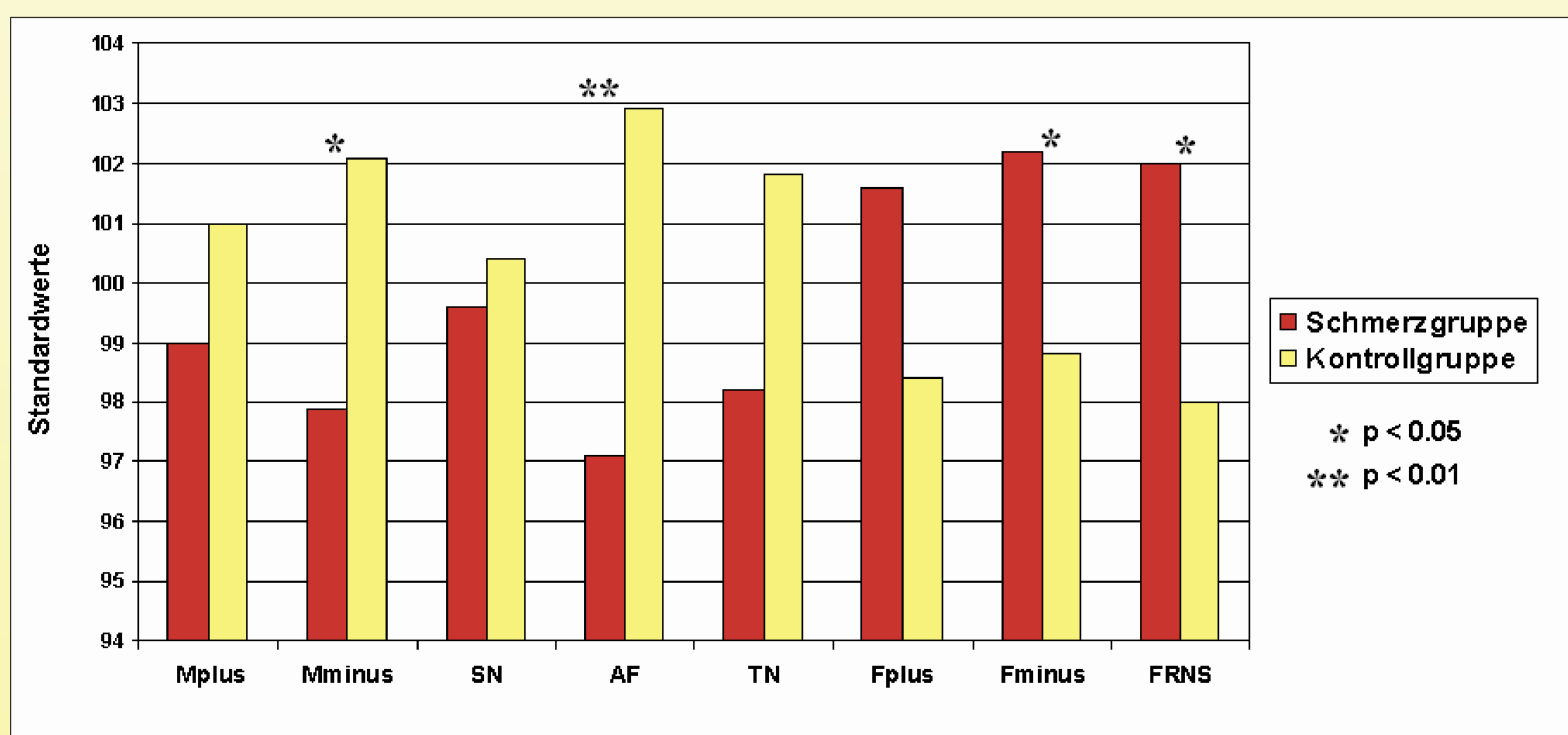


Abb. 1: Mittelwertsunterschiede zwischen Schmerz- und Kontrollgruppe dargestellt in Standardwerten.

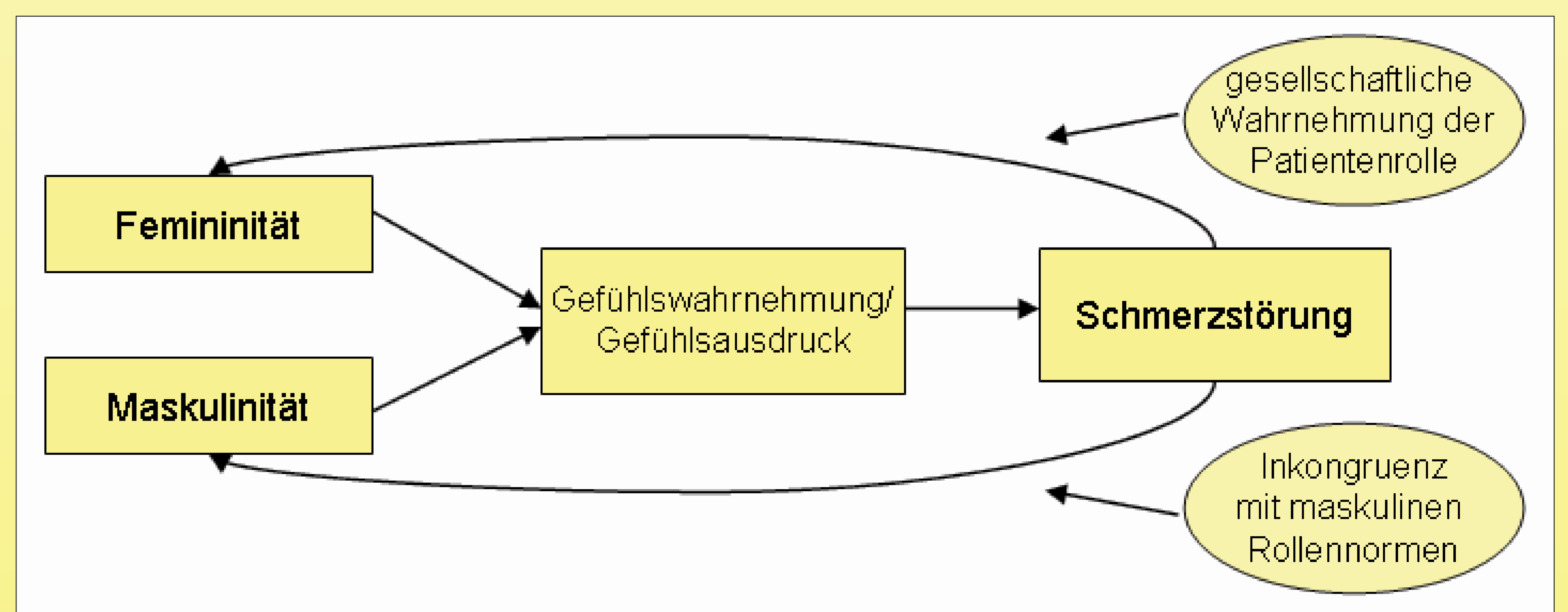
Ziel der Untersuchung

Unserer Untersuchung liegt die Annahme zugrunde, dass unabhängig vom biologischen Geschlecht, die Orientierung an femininen und maskulinen Geschlechternormen einen bedeutenden Einfluss auf das Schmerzerleben hat (Otto & Dougher 1998, Fillingham 2000). Das Ziel dieser Untersuchung ist es, einen Zusammenhang von verschiedenen Facetten der Geschlechtsrollenorientierung und chronischem Schmerz bei Männern und Frauen nachzuweisen.

Hypothesen

- Schmerzpatienten weisen, - unabhängig vom biologischen Geschlecht - eine signifikant stärker ausgeprägte feminine Geschlechtsrollenorientierung auf als Personen der schmerzfreien Kontrollgruppe.
- Schmerzpatienten weisen, unabhängig vom biologischen Geschlecht, eine signifikant niedrigere maskuline Geschlechtsrollenorientierung auf als Personen der schmerzfreien Kontrollgruppe.

Abb. 2: Modell zum Zusammenhang von Geschlechtsrolle und Schmerzerleben



Methode

Stichprobe

Schmerzgruppe: 45 Schmerzpatienten (29 Frauen; 16 Männer) mit chronischem Schmerz (diagnostiziert nach ICD-10).

Kontrollgruppe: 45 Personen ohne Schmerzen (27 Männer und 18 Frauen); Alter, Geschlecht und Bildung wurden bei der Auswahl kontrolliert.

Alter: 21 bis 66 Jahre; Durchschnittsalter 45,7 Jahre.
Bildung: 18% Abitur, 43% Mittlere Reife,
35% Hauptschulabschluss, 4% keine Angabe

Fragebogenskalen

Geschlechtsrollenorientierungen wurden über Fragebogenskalen zu geschlechtsstereotypen Eigenschaften (GEPAQ) und maskulinen und femininen Geschlechtsrollennormen (MRNS, FRNS) erfasst:

German Extended Personal Attributes Questionnaire (GEPAQ)

- 1. Mplus ($\alpha=.75$)** positiv bewertete, maskuline Eigenschaften z.B.: „selbstsicher“,
- 2. Mmin ($\alpha=.69$)** negativ bewertete, maskuline Eigenschaften z.B.: „zynisch“,
- 3. Fplus ($\alpha=.67$)** positiv bewertete, feminine Eigenschaften z.B.: „hilfsbereit“
- 4. Fmin ($\alpha=.61$)** negativ bewertete, feminine Eigenschaften z.B.: „nervös“.

Male Role Norm Scale (MRNS)

- 1. Status Norm (SN: $\alpha = .82, 11$ Items)** Beispiel: „Erfolg im Beruf muss für einen Mann das zentrale Ziel im Leben sein.“
- 2. Toughness Norm (TN: $\alpha = .60, 8$ Items)** Beispiel: „Manchmal kann man eine unangenehme Situation nur mit den Fäusten klären.“
- 3. Antifemininity Norm (AF: $\alpha = .60, 8$ Items)** Beispiel: „Es stört mich, wenn ein Mann etwas tut, das ich für weiblich halte.“

Female Role Norm Scale (FRNS: $\alpha=.88, 26$ Items)

Beispiel: „Eine Frau, die sich ihrem Kind in den ersten Lebensjahren nicht ganz und gar widmet, schadet ihrem Kind.“