

Matthias Stiehler

Gekränkte Männer

Grundlegendes zu Männerkrankheiten und Gesundheitsförderung

1. Einleitung

Bei einer Betrachtung der gesundheitlichen Situation der Dresdner Bevölkerung fallen geschlechtsspezifische Unterschiede auf. So liegt die Mortalitätsrate von Männern unter 65 Jahren gegenüber der gleichen Gruppe Dresdner Frauen doppelt so hoch. Starben 1999 etwa 300 Männer unter 65 je 100.000 Einwohnern, waren es bei Frauen nur ca. 150 (Landeshauptstadt Dresden 2000, 9). Zwar ist dieses Verhältnis nicht ungewöhnlich für Mitteleuropa, doch beunruhigt es mich schon. Ich bin ein Dresdner Mann und die Zahlen dieser Stadt rücken mir stärker auf den Leib als kontinentale Daten. Das Merkmal „Geschlecht“ weist auf eine unterschiedliche gesundheitliche Situation hin und es muss gefragt werden, welche Ursachen für diese Differenz zu sehen sind.

Die amerikanische Gesundheitswissenschaftlerin Verbrugge nennt fünf Aspekte, die den Unterschied zwischen Männern und Frauen in ihrer gesundheitlichen Lage erklären sollen (1990):

1. Biologische Risiken: Darunter sind genetische und hormonelle Faktoren zu verstehen. So vermindern beispielsweise Oestrogene das Herzinfarkttrisiko.
2. Risikofaktoren und -verhalten: Hierunter zählen u.a. Arbeits- und Umweltfaktoren, aber auch Verhaltensweisen mit spezifischen Gesundheitsrisiken, wie z.B. Alkohol- und Nikotinkonsum.
3. Psychosoziale Faktoren: Gemeint sind Unterschiede in der Krankheitswahrnehmung und auch die subjektiven Krankheitstheorien, die zum Teil erheblichen Einfluss auf das Fortschreiten von Krankheit oder des Heilungsprozesses ausüben.
4. Mitteilungsbereitschaft über Krankheit, Gesundheit und allgemeines Befinden.
5. Beurteilung der eigenen Gesundheit auf Grund bisheriger Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem.

Es lassen sich also drei Ebenen benennen, die in der Aufzählung Verbrugges unterschiedlich differenziert werden:

1. die biologische Ebene,
2. die psychosoziale Ebene und
3. die ökologische Ebene.

Die biologische Ebene soll an dieser Stelle vernachlässigt werden. Damit soll nicht gesagt sein, dass es biologische Faktoren nicht gäbe. Der Schwerpunkt meiner Ausführungen liegt jedoch auf anderen Gesichtspunkten. Ähnliches trifft für die Umweltebene zu. Selbstverständlich lassen sich hier Unterschiede in der Situation von Männern und Frauen erkennen. Diese sind vor allem im beruflichen Bereich verortet. Als Beispiel ließe sich Asbestkontamination in verschiedenen Bauberufen nennen. Eine Betrachtung geschlechtsspezifischer Umweltrisiken erfordert jedoch eine umfassende und differenzierte Sicht, die ebenfalls spezifische Risiken, denen besonders Frauen ausgesetzt sind, einbezieht und eine Gewichtung vornimmt. Auch das möchte ich an dieser Stelle nicht leisten.

Der Schwerpunkt meiner Ausführungen soll auf psychosozialen Aspekten liegen. Zum einen, weil ich als Sozialwissenschaftler besonders am Verhalten von Menschen, an ihren Einstellungen, Sichtweisen und Haltungen und deren Ursachen interessiert bin. Zweitens scheinen mir hier Interventionsansätze am besten zu greifen, zumal Verhaltensänderungen zumindest partiell in der Macht des Einzelnen liegen. Drittens zeigt bereits die Einteilung, die Verbrugge vornimmt, dass der psychosozialen Ebene besonderes Gewicht zukommt. Dreieinhalb der von ihr genannten fünf Punkte sind diesem Bereich zuzuordnen.

2. Spezifische Krankheitsrisiken

Im Bericht: „Gesundheitsprofil Dresdens 2000“, den die Koordinierungsstelle des Projekts „Gesunde Städte“ vorgelegt hat (Landeshauptstadt Dresden 2000), zeigen eine Reihe gesundheitlicher Parameter geschlechtsspezifische Differenzen auf. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben seien hier einige genannt:

- Ca. 75 Männer unter 65 (bezogen auf 100.000 Einwohner) sind 1999 an den Folgen von Herz-Kreislauf-Krankheiten gestorben. Bei den Frauen der gleichen Gruppe waren es knapp 30.
- Die Herzinfarktquote der 35- bis 64-jährigen liegt bei den Männern Dresdens bei mehr als dem Dreifachen gegenüber den Frauen.
- Mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen rauchen regelmäßig.
- Dreimal so viele Männer starben 1999 in Dresden an alkoholbedingten Krankheiten.

- 15 Männer unter 65 Jahren (bezogen auf 100.000 Einwohner) nahmen sich 1999 das Leben gegenüber drei Frauen. Bei den über 65-jährigen waren es 39 Männer und 17 Frauen.

Diese Beispiele machen deutlich, dass Männer auch hier in Dresden insgesamt selbstschädigender leben als Frauen.

Aus dieser Situationsbeschreibung stellt sich die Frage nach Interventionsmöglichkeiten, die sich auf die spezifische Situation von Männern beziehen. Welche präventiven Konzepte lassen sich entwickeln, um die Gesundheit von Männern zu verbessern? Was kann getan werden, um selbstzerstörerisches Verhalten von Männern zu reduzieren?

Herkömmliche Präventionsstrategien haben das Ziel, direkt gegen das Verhalten vorzugehen, das als risikvoll erkannt ist. Beispielhaft ist hier die Raucherprävention: Nachdem festgestellt wurde, dass Rauchen die Wahrscheinlichkeit, an Lungenkrebs zu erkranken, deutlich erhöht, wurden Aufklärungskampagnen durchgeführt, die die Gefährlichkeit des Nikotinabusus aufzeigen und damit zur Verhaltensänderung aufrufen. Diese Art von Prävention ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Es sind spezifische Krankheiten im Blick, die durch bestimmte spezifische Risikofaktoren in ihrer Entstehung begünstigt werden. Zugrunde liegt eine defizitäre Sichtweise, die durch schulmedizinische Erkenntnisse fundiert wird.
- Anknüpfungspunkt auf emotionaler Ebene sind existentielle Ängste vor Krankheit und Tod.
- Es geht um Aufklärung, Erziehung und Beratung in einem insgesamt kognitiven – also vor allem die rationale Erkenntnis ansprechenden – Sinn. Das bedeutet: Einerseits werden Ängste angesprochen, andererseits erreichen die positiven Impulse die emotionale Seite der Zielpersonen nicht.

Präventionsstrategien, die durch diese Punkte gekennzeichnet sind, sind seit etwa zwanzig Jahren in der Kritik. Es werden in erster Linie Monokausalität bei den Ursache-Wirkungsannahmen des zugrundeliegenden Risikofaktorenmodells, Zentrierung auf Krankheiten, „Angstbotschaften“ und Fixierung auf die Ratio bei Verhaltensänderungen kritisiert. Drei Zitate möchte ich anführen, die die Richtung der Kritik an den bisherigen Präventionsstrategien aufzeigen:

„Einzelne riskante Muster, wie etwa Zigarettenrauchen oder Alkoholkonsum, sind funktionale Elemente im Gesamt der Lebensweise.“ (Franzkowiak 1986, 11)

„Kein Mensch kann gegen seine Interessen handeln.“ (Holzkamp 1991)

„Das, was als Risikoverhalten bezeichnet wird, hat das Ziel, eine Gesundheitsbalance herzustellen.“ (Hurrelmann 2000)

Die Autoren heben einen Aspekt besonders hervor, der für Prävention in allen Bereichen sozialer Arbeit entscheidend ist: Das so genannte Risikoverhalten ist Bewältigungsverhalten. Es dient einem bestimmten Zweck, der im Bemühen zu sehen ist, mit bestimmten Lebenskonstellationen zurecht zu kommen. Das Zitat von Hurrelmann weist gar auf die paradoxe Tatsache hin, dass vermeintlich (und im Sinne schulmedizinischer Erkenntnisse auch real) gesundheitsschädigendes Verhalten das Ziel hat, für Gesundheit zu sorgen. Diese Erkenntnis ist bedeutsam, wenn auch zunächst nur schwer zu verstehen. So wurde zu Beginn die höhere Mortalitätsrate von Männern unter 65 aufgezeigt. Als Ursache lassen sich eine Reihe von Krankheiten identifizieren, die sich – wenn schon nicht ausschließlich, so doch zu einem großen Teil – auf Verhaltensweisen zurückführen lassen, von denen nun behauptet wird, sie dienen eigentlich der Gesundheit. Wenn wir das so genannte Risikoverhalten als Bewältigungsverhalten verstehen wollen, müssen entsprechend Risiken angenommen werden, die zumindest subjektiv größer als die Bedrohung mit schwerer Krankheit und frühem Tod empfunden und die durch Verhaltensweisen wie Rauchen, Trinken, Überarbeiten u.a.m. abgewehrt werden. Es bedarf einer Erklärung, um dieses Paradox aufzulösen und um mögliche präventive Interventionsformen zu entwickeln.

3. Das „Modell der Aufrechterhaltung individueller Stabilität“

Der Erklärungsansatz, den ich für das gezeigte Problem vorstellen möchte, ist in der Sozialisationstheorie gegründet. „Sozialisation bezeichnet ... den Prozess der Konstituierung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von und in kontinuierlicher Auseinandersetzung mit der gesellschaftlich vermittelten sozialen und dinglich-materiellen Umwelt einerseits und der biophysischen Struktur des Organismus andererseits.“ (Hurrelmann 1995, 15) Die Frage, wie „objektiv“ gesundheitsschädigendes Verhalten der Lebensbewältigung dienen kann, möchte ich demnach nicht innerhalb von Alltagstheorien erörtern (vgl. Voß 1991), sondern in die Persönlichkeitsentwicklung einordnen. Dies entspricht der Tiefendimension der angesprochenen Problematik und ist innerhalb der Gesundheitswissenschaften verbreitet (Hurrelmann 1991). Ich habe den folgenden Erklärungsansatz „Modell der Aufrechterhaltung individueller Stabilität“ genannt. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich dieser Erklärungsansatz nicht allein auf Männer bezieht. Die Geschlechtsspezifität wird im Anschluss an die allgemeine Darstellung erörtert.

Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass die Persönlichkeit eines Menschen durch seine Identität bestimmt wird. Identität ist „der Zustand der Kontinuität des situations- und lebensgeschichtlichen Selbsterlebens“ (Hurrelmann 1995, 169), die einen unmittelbaren Bezug zum Selbstbild als einer „inneren Konzeption der Gesamtheit der Vorstellungen, Einstellungen, Bewertungen, Urteile und Einschätzungen, die der Mensch im Blick auf die eigenen Handlungsmöglichkeiten besitzt“ (ebd.), hat. Identität bedarf eines ständig neuen Interpretations- und Aushandlungsprozesses mit der äußeren Umwelt und der eigenen inneren Natur. Sie ist daher ein nie abgeschlossener, sondern ein immer wieder neu zu realisierender Zustand. „Dabei bildet die Geschichte des bisherigen Kontinuitäts- oder Diskontinuitätsenerlebens eines Menschen die Grundlage für die aktuellen „Balancierungen“ der Identitätsdimensionen.“ (ebd. 173)

Hurrelmann leitet die Bestimmung des Identitätsbegriffs von Georg Herbert Mead ab, der in seinem Buch „Geist, Identität und Gesellschaft“ (1995) Identität als in sozialer Kommunikation fundiert beschreibt. Identität entsteht demnach in einem Prozess, bei dem sich das Ich im Gegenüber sieht und entwickelt (ebd. 180ff.). Damit wird die äußere Realität als ein konstituierendes Element in die Subjektwerdung einbezogen. Identität ist die Vergewisserung des eigenen Ich's im Gegenüber. Nach Mead geschieht diese Vergewisserung über symbolische Kommunikation und ist damit letztlich an Bewusstheit und Sprache gekoppelt (ebd. 188). Daher kann erst mit Erreichen der Sprach- und Reflexionsfähigkeit von Identität und Persönlichkeit gesprochen werden. Hurrelmann, der in seiner Sozialisationstheorie Persönlichkeit, Identität und Handlungskompetenz verbindet, sagt dies so: „Sobald die sensorisch-motorischen, interaktiven, intellektuellen und affektiven Fähigkeiten und Fertigkeiten nach Strukturmerkmalen der Differenziertheit und Komplexität und auch nach dem Grad der Reflexivität so weit ausgeprägt sind, dass sie ein selbst gesteuertes und selbstständiges Interagieren und Kommunizieren ermöglichen, kann von Handlungskompetenz gesprochen werden.“ (Hurrelmann 1995, 161)

Es ist jedoch unbestritten, dass vom ersten Lebensaugenblick an – und selbst im Mutterleib bereits – Kommunikation zwischen dem Kind und der Außenwelt (zunächst vor allem durch die Mutter repräsentiert) stattfindet. Diese Kommunikation, die, wenn auch nicht bewusste, so doch zielgerichtetes Handeln des Kindes einschließt, konstituiert Identität. Es ist Kommunikation, die nicht erlernt werden muss, sondern natürlich gegeben ist. Und sie ist abhängig von der Antwort der oder des anderen. Die Signale mögen nicht bewusst gewählt sein, über die Antworten der Umwelt wird auch nicht reflektiert. Doch der Säugling äußert sehr kompetent Bedürfnisse und Empfindungen und ihm selbst wird über die Umwelt viel und

vor allem wichtiges mitgeteilt, was er auch versteht. Beispielsweise ob er mit seinen Lebensäußerungen anerkannt wird, ob er einen selbstverständlichen Platz in der Welt hat oder ob er vor allem eine Belastung für die Mutter ist (Schleidt 1993, 88ff.) Gerade weil ein Säugling nichts „schöndenken“, nichts wegrationalisieren kann, weil er so unmittelbar abhängig ist von der Reaktion der Mutter und den anderen Bezugspersonen, gerade deshalb ist er darauf angewiesen, dass sich seine natürlich mitgegebene Erwartung, in Übereinstimmung mit seiner Umwelt zu sein, erfüllt. Diese ursprünglich gegebene Identität, die darin liegt, in dieser Welt mit den gegebenen Kommunikationsstrukturen „richtig“ zu sein, möchte ich „primäre Identität“ nennen.

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich bereits erkennen, dass diese ursprüngliche Identität zerstört werden kann. Wenn dem Kind vermittelt wird, dass sein So-Sein nicht gut ist, dass es anders sein soll, wenn seine unmittelbaren Äußerungen – wie beispielsweise Hungerschreien – entwertet werden, so empfindet es sich nicht als richtig. Seine Lebensäußerungen sind nicht identisch mit der Antwort der Umwelt. Dem Säugling bleibt nichts anderes übrig, als sich anzupassen. Er muss Lebensäußerungen entwickeln, die ihn mit seiner Umwelt wieder identisch werden lassen. Vielleicht wird er pflegeleichter, vielleicht wird er aber auch genau so nervig, wie die Mutter es von einem Säugling grundsätzlich erwartet u.s.w. Es handelt sich hier – zumeist auch für die Eltern oder die sonstigen Bezugspersonen – um unbewusste Prozesse. Und gerade darum sind sie so mächtig. „Die am frühesten ausgeprägten Bestandteile der psychobiologischen Ausstattung eines Kleinkindes sind diejenigen, welche die Weltsicht seines ganzen Lebens am stärksten prägen. Was es fühlt, ehe es denken kann, ist ein mächtiger Bestimmungsfaktor dafür, woran es denkt, wenn Denken möglich wird.“ (Liedloff 1980, 52)

Die neu aufgebaute Identität unterscheidet sich deutlich von der ursprünglichen, natürlich gegebenen primären Identität. Sie soll deshalb als sekundäre Identität bezeichnet werden. Ihr wesentliches Merkmal ist nicht nur, dass sie durch einen Entfremdungsprozess entstanden ist, sie ist auch grundsätzlich labil. Die Labilität entsteht von innen heraus: Zum einen müssen die ursprünglichen, natürlichen Impulse niedergehalten und unterdrückt werden, zum anderen dürfen auch Gefühle der Frustration, der Wut, der Angst und der Verzweiflung, die mit der Entwertung der primären Identität einhergehen, nicht gelebt werden. Im Rahmen der sekundären, den natürlichen Impulsen häufig zuwiderlaufenden, Identität müssen Abwehrmechanismen entwickelt und daran festgehalten werden, damit die innere Stabilität gewahrt bleibt. Die Aufrechterhaltung der inneren Stabilität ist ein wesentlicher Antrieb für das Handeln von Menschen. Insbesondere chronifizierte Handlungsmuster („Charakter“ – vgl.

Reich 1989; Ottomeyer 1999, 155f.) dienen der Abwehr seelischer Unsicherheit. Innere Stabilität ist ein natürliches Grundbedürfnis, lebenswichtig wie Atmen und Essen. Dass an der jeweils erlernten Identität festgehalten wird, ist – von außen betrachtet – nicht notwendig. Doch auf Grund der zumeist tiefen Leiderfahrung in früher Kindheit und der Verunsicherung, die mit der Labilisierung der Identität verbunden ist, wird an der sekundären Identität festgehalten und Veränderung ausgewichen. „Selbst-Identität ist die Geschichte, die man seinem Selbst darüber erzählt, wer man ist. Das Bedürfnis eines Menschen, diese Geschichte zu glauben, scheint oft nichts anderes zu sein als sein Verlangen, eine andere Geschichte, die primitiver und schrecklicher ist, nicht ganz zu glauben.“ (Laing 1989, 85) Innerhalb der Medizin und Psychologie werden die Identitätsschutzmechanismen als „Neurose“ bezeichnet (Hoffmann/Hochapfel 1987). Innerhalb der Gesundheitswissenschaft lassen sich hier die Bewältigungsmechanismen erkennen.

Der vorgestellte Erklärungsansatz sagt aus, dass das, was in der Präventionsmedizin häufig als Risikoverhalten eingestuft wird, der Aufrechterhaltung der inneren Stabilität dient. Daher also die Mächtigkeit dieses Verhaltens, obwohl rationale Erkenntnis von der „objektiven“ Schädlichkeit längst überzeugt ist. Deshalb auch die Behauptung, kein Mensch könne gegen seine eigenen Interessen handeln, deshalb auch die Äußerung Hurrelmanns, das so genannte Risikoverhalten diene der Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheitsbalance. Entsprechend greifen Änderungen des Verhaltens tief in die Persönlichkeit ein und müssen mühevoll integriert werden. Es wird kaum jemand freiwillig seine mühsam erworbene Identität aufgeben, da das mit einem hohen Maß an Verunsicherungen verbunden ist. Außerdem wird jeder in einem labilisierten Zustand versuchen, so schnell als möglich innere Stabilität zu gewinnen, also seine in Frage gestellte Identität zurückzugewinnen – wenn vielleicht auch in modifizierter Form. Diese Modifizierung beinhaltet die Chance zur Veränderung. Sie ist jedoch erst einmal als ergebnisoffen zu betrachten. Sie kann in noch größerer Entfremdung von den ursprünglichen, natürlichen Impulsen bestehen oder aber auch in einem höheren Maß seelischer Gesundheit.

Der im „Modell der Aufrechterhaltung individueller Stabilität“ enthaltene Erklärungsansatz für Bewältigungsverhalten bezieht sich zunächst auf das Individuum. Aus zwei Gründen ist dieser Blickwinkel auszuweiten. Zum einen muss davon ausgegangen werden, dass – zumindest in unserer Kultur – kaum ein Mensch seine primäre Identität bewahren konnte. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Sozialisation immer Leiderfahrungen beinhaltet. Entsprechend kann mit Bezug auf Antonovsky (1997) nicht von einer Dichotomie zwischen seelisch gesunden und seelisch kranken Menschen gesprochen, sondern nur von einem

Kontinuum zwischen primärer Identität (Gesundheit im absoluten Sinn – vgl. Stiehler 2001, 27) und absoluter Krankheit (Tod) ausgegangen werden, auf dem sich jeder Mensch mehr oder weniger entfernt von den Endpunkten wiederfindet¹.

Zum Zweiten bezieht sich mein Thema auf eine Gruppe und damit nicht auf Individualentwicklungen. Es geht um generalisierte Gemeinsamkeiten, in diesem Fall die der Männer. Es ist daher zu fragen, in welchen Punkten die Reaktionen der Umwelt auf die ursprünglichen Lebensäußerungen kleiner Jungen überindividuell anzusehen sind, also inwieweit gesellschaftliche oder auch kulturelle Einflüsse primäre Identitäten zerstören und sekundäre Identitäten prägen. Dies führt zum Thema der männlichen Sozialisation, wobei die beschriebenen Mechanismen das Fundament bilden sollen.

4. Entwertung des Mannseins

Die These für die spezifisch männliche Situation soll sein, dass ontologische Gegebenheiten des Mannseins in unserer Gesellschaft entwertet werden. Das bedeutet nicht, dass Männer in ihrem sozialen Status abgewertet sind, sondern dass zentrale Eigenschaften, die zum Ursprung des Mannsein gehören und es konstituieren, entwertet werden. In dieser Entwertung äußert sich eine Verdrängung/Unterdrückung/Entfremdung, die dann im Bewältigungsverhalten – vom kriminellen Handeln bis zur Gesundheitsschädigung – ihr Ventil sucht.

Der Schlüsselbegriff in diesem Zusammenhang ist „Aggression“, ein Begriff, der, außerhalb von Psychotherapien, zumeist negativ besetzt ist. Der Wortbedeutung nach lässt sich *aggredere* (lat.) jedoch schlicht mit „herangehen“ übersetzen und es wird damit das Gegenteil von *regredere* (zurückgehen) ausgesagt (vgl. Petri 1997, 55).

Wird nach der vorsozialen Bedeutung des Geschlechtlichen gefragt (Böhnisch, Winter 1994, 18), so wird bei Frauen auf deren Gebärfähigkeit verwiesen (ebd.). Hierin unterscheiden sich Frauen in ihrer Natur grundlegend von Männern, denn die Gebärfähigkeit stellt für Frauen noch heute – inmitten einer technisierten, entfremdeten Welt – einen unmittelbaren Bezug zu ihrer Natürlichkeit, ihrem Körper her. Bei Männern findet sich eine vergleichbare Spezifik schwerer. Ihr Anteil am generativen Prozess scheint sich auf „das bisschen Samen“ zu beschränken. Darüber hinaus kann der Eindruck gewonnen werden, dass das Mannsein im ontologischen Sinn kaum eine – auch heute noch gültige – positive Bedeutung besitzt. Der generative Aspekt des Mannes beschränkt sich jedoch nicht nur auf den Zeugungsakt, er

¹ Die Begriffe „gelungene Sozialisation“ und „mißlungene Sozialisation“ (Hurrelmann 1995, 173) gewinnen ihren Maßstab an der Gesellschaft, nicht an der Vorstellung von Gesundheit (vgl. Stiehler 2001, 27; Laing 1969, 21f.).

umfasst von seinen biologischen Voraussetzungen her auch den Schutz seiner Frau(en) und Kinder, sowie dort, wo es auf Grund des Tragens und der Versorgung der Kinder durch die Mutter notwendig ist, auch auf deren Ernährung. Der Verhaltensforscher Tembrock nennt es den „ökonomischen Faktor“ (in einem Vortrag am 18.8.1993 im Deutschen Hygiene-Museum Dresden; vgl. auch Eibl-Eibesfeld 1993). Konstitutiv wird diese grundlegende Aufgabe im durchschnittlich stärkeren Körperbau, sowie in der deutlich höheren Ausschüttung des Hormons Testosteron bei Männern (vgl. Tillmann 1993, 51ff.; vgl. Petri 1997, 51)

Aggressiver Schutz und aggressive Nahrungssuche bzw. -jagd sind von ihren biologischen Voraussetzungen her prägende Merkmale des Mannseins, wobei Aggression hier nicht mit Gewalt gleichzusetzen ist. Körperliche Stärke konstituiert darüber hinaus die Rangfolge des Mannes in der Hierarchie gegenüber anderen Männern. Auch dieses Faktum war unter den Voraussetzungen der Steinzeitkultur lebensnotwendig für den Einzelnen als auch für die generative Kraft der Sozialgemeinschaft.

Die heutige kulturelle Realität ist eine andere. Körperstärke ist nur selten gefragt, vor allem konstituiert sie keine Hierarchien und besitzt außer in Bereichen, die Ventilfunktion besitzen (beispielsweise Sport), keine gesellschaftliche Bedeutung. Ökonomische Kraft ist heute kein Resultat körperlicher Stärke. Unsere Gesellschaft ist in ihrer Technisierung gerade ein Beleg der Körperferne. Damit haben zentrale Merkmale des Mannseins keinen Wert. Es gibt nicht nur selten Vorbilder, die heranwachsenden Jungen ihr Mannsein lehren können (Böhnisch, Winter 1994, 64), schon strukturell findet biologisches Mannsein kaum Raum.

Wenn von einer gesellschaftlichen Entwertung des Mannseins gesprochen wird, dann ist darunter nichts zu verstehen, was den Männern von außen her geschieht. Sicher sind Frauen ebenso beteiligt. Entscheidender aber ist, dass Männer die Entwertung des Mannseins selbst reproduzieren. Sie ist ein wesentliches Element ihrer (sekundären) Identität. Ihnen ist diese Entwertung zumeist nicht bewusst, trotzdem sie realer Bestandteil ihres Lebens ist.

Wenn davon ausgegangen wird, dass die Entwertung des Mannseins bereits in der Identität der Männer selbst festgelegt ist, dann ist – entsprechend dem „Modell der Aufrechterhaltung individueller Stabilität“ – zu fragen, wie Männer zu einer selbstentwertenden Identität gelangen und unter welchen Prämissen sie steht. Böhnisch/Winter nennen mehrere Prinzipien, die das „entfremdete“ Mannsein emotional stützen und die daher für die sekundäre Identität konstituierend sind. Die Prinzipien lauten: „Externalisierung, Gewalt, Benützung, Stummheit, Körperferne, Rationalität und Kontrolle (ebd. 129ff.).

Bei einer Betrachtung dieser Prinzipien fällt zuerst die Außenorientierung auf. Zur Identität, die Jungen während ihrer Sozialisation entwickeln, gehört offensichtlich, dass sie sich nicht mit sich, also der Wahrnehmung ihres Körpers und ihrer Seele befassen. Die Maßstäbe für ihr Handeln finden sie nicht in sich, sondern außerhalb ihrer selbst. In der Außenorientierung findet sich auch der Bezug zur Entwertung guten aggressiven Verhaltens. Ein Mann, der sich den Maßstab seines Handelns außerhalb seiner selbst sucht, bleibt im höchsten Maße unsicher. Er wird sich entweder defensiv zurückhalten („Softi“) oder „motzend“ seine Unsicherheiten überspielen („Macho“). Zu einem selbstbestimmten friedlichen und doch entschiedenem Herangehen an die vor ihm liegenden Aufgaben wird es fehlen. Vergegenwärtigen wir uns das im Identitätsmodell veranschaulichte Geschehen werden in der frühen Kindheit die Ursachen für die Außenorientierung von Männern gelegt. In der Kommunikation der eigenen Impulse, Bestrebungen und Bedürfnisse mit der Außenwelt wird eine bestimmte Konditionierung realisiert. Diese Konditionierung lässt sich in einer einfachen Aussage beschreiben: „Du bist dann richtig, wenn du darauf achtest, wie es mir geht.“ Und „Du darfst nichts tun, was mich leiden lässt.“ Diese Sätze „kommen“ von der Mutter.

Die amerikanische Soziologin Nancy Chodorow analysiert in ihrem Buch „Das Erbe der Mütter“ (1994) die Rolle der Mutter bei der Erziehung der Kinder. Sie hebt dabei zum einen die zentrale Rolle hervor, die die Mutter in der Sozialisation der Kinder spielt. Zum anderen geht sie den Unterschieden in der Beziehung der Mütter zu ihren Söhnen und Töchtern schon in frühester Kindheit nach.

Bei einem Vergleich der Rolle der Väter und der Mütter für die Kinder stellt sie fest: „Wie bereits dargestellt wurde, werden Väter oft während der präödipalen Jahre für Kinder beiderlei Geschlechts zu äußeren Anlehnungsfiguren. Die Beziehung ist aber weit weniger intensiv und ausschließlich als die zur Mutter, und Väter sind von Anfang an separate Menschen und etwas ‚Besonderes‘. Aus diesem Grund werden die Repräsentationen der Vaterbeziehung nicht auf die gleiche Weise verinnerlicht und sind nicht im gleichen Maß wie die Repräsentationen der Beziehung zur Mutter ambivalent, verdrängt und in gute und schlechte Aspekte aufgespalten; sie bestimmen auch nicht im gleichen Maß die Identität einer Person und ihr Selbstgefühl.“ (ebd. 128)

Von dieser auf Erkenntnissen der Psychoanalyse basierenden Aussage ausgehend fragt Chodorow, was diese Konstellation aufgrund der Geschlechtlichkeit der Mutter für eine Auswirkung auf die Entwicklung von Jungen und Mädchen hat. Sie rezipiert dabei eine Reihe von Untersuchungen, die keine signifikanten Unterschiede in der Haltung der Mütter gegenüber ihren Söhnen und Töchtern feststellen. Doch sie kritisiert, dass bei diesen

Untersuchungen in erster Linie Quantifizierungen vorgenommen werden. „Die Unterschiede, die ich meine (und die von Psychoanalytikern zunehmend wahrgenommen werden), sind Unterschiede in Nuancen, Tönungen, Qualitäten.“ (ebd. 130) Es „gibt zunehmend Beweise dafür, dass die grundlegende Einstellung der Mutter und ihre Behandlung der Kinder von Anfang an und immerfort sich nach dem Geschlecht des Kindes unterscheidet.“ (ebd.)

Den entscheidenden Unterschied fasst Chodorow in einem Satz zusammen: „Es scheint, als würden Mädchen zum Selbst der mütterlichen Phantasie und nähmen sich auch selbst so wahr, während Knaben zum jeweils Anderen würden.“ (ebd. 136) Mädchen werden in der Identifikation mit der Mutter gehalten, wobei diese Beziehung – gerade auf Grund der Identifikation – von wenig Empathie begleitet ist (vgl. Chodorow 133ff.). Dieses Verhältnis der Mutter zu ihrer Tochter lässt sich in dem Satz zusammenfassen: „Du bist wie ich. Ich weiß, was du brauchst – nämlich das, was ich brauche.“ Die daraus folgende Identifikation der Tochter mit der Mutter, die die Identität der Tochter bestimmt, kann weit reichende Folgen haben – manchmal bis hin zur Übernahme von Krankheiten der Mutter durch die Tochter (ebd. 135).

Jungen hingegen werden schneller aus der Mutter-Kind-Symbiose entlassen (ebd. 137). Sie sollen der Mutter ein Gegenüber sein, der Andere, der die Erwartungen der Mutter, die sie ursprünglich auf ihren Partner (auch im Sinne einer Vaterübertragung) richtete, erfüllt. Dabei geht es nicht unbedingt um eine offen sichtbare Konstellation des Partnerersatzes, sondern um die diffizile Erwartung der Mutter an den Sohn, für ihre Bedürfnisse und unerfüllten Sehnsüchte da zu sein. Die häufig vorhandene Empathie der Mutter gegenüber ihrem Sohn/ihren Söhnen ist dabei als das zentrale Druckmittel anzusehen, das sich zugleich gegen den Vater richtet: „Du, mein lieber Sohn, sollst einmal ein besserer Mann sein als dein Vater!“ (vgl. Miller 1983, 355). In dieser Konditionierung des Sohnes durch die Mutter liegt der Ursprung der Außenorientierung, die für die sekundäre Identität von Männern so kennzeichnend ist. Die meisten Jungen wachsen in der Erwartung der Mutter auf, sie sollen der eigentliche Partner der Mutter sein² und sie müssten sie beschützen – gegen den bösen Vater, gegen Angriffe von außen, gegen das Leid der Welt. Dem männlichen Wunsch, ein Held zu sein, liegt also nicht das Bestreben zu Grunde, sich in dieser Welt auf eine gute, lebendige und männliche Weise zu behaupten, sondern die Mutter zu schützen. Damit wird die Aggressivität von Männern eine Aggressivität gegen andere, sie wird destruktiv.

² Zu diesem Thema gehört auch der von der Psychoanalyse behauptete „Ödipuskomplex“, der den beschriebenen Missbrauch durch die Mutter als inneren Konflikt des Sohnes beschreibt und damit den Missbrauch verschleiert – auch in dieser Theorie selbst lässt sich ein ritterlicher Schutz der Mutter vermuten (vgl. Miller 1983, 174ff., Maaz 2001, 50).

Es führt an dieser Stelle zu weit, die Rolle des Vaters an diesem Prozess zu betrachten, der – pauschal gesagt – auch ein solcherart konditionierter Mann ist. Ich möchte jetzt auch nicht auf die Kränkungen eingehen, die die Mutter erlebt haben muss, damit sie mit dem angesprochenen Defizit ihren Sohn bzw. ihre Söhne missbraucht. Es geht mir auch nicht darum, die Situation der Jungen und die der Mädchen gegeneinander aufzuwiegen. Ich bin überzeugt, dass es in der Qualität der Entfremdung zwischen Jungen und Mädchen, zwischen Männern und Frauen keinen Unterschied gibt. Es lässt sich nicht einmal behaupten, dass die angesprochene Konditionierung alle Jungen betrifft und es bei Mädchen immer anders wäre. Meine Aussage ist vielmehr soziologisch zu verstehen. Meine Frau spricht in diesem Zusammenhang auch lieber von „männlicher Variante“ und von „weiblicher Variante“, die jedoch ebenso Menschen des anderen Geschlechts ergreifen kann (vgl. Nestmann/Stiehler 1998, 283ff.). Aber betrachten wir auf einer generalisierenden Ebene den Grund, warum sich Männer gegenüber der eigenen Gesundheit so verhalten, wie ich es eingangs beschrieben habe, dann spielt die in früher Kindheit angelegte Außenorientierung – dann spielt der beschriebene Satz „Du bist dann richtig, wenn du darauf achtest, wie es Mutter geht.“ – eine entscheidende Rolle in der Sozialisation von heranwachsenden Männern.

Die Außenorientierung gestaltet sich nicht konfliktfrei. Zu tief sitzt die Kränkung der Zerstörung der primären Identität. In jedem Mannes sind Abwehr, Verzweiflung und Hass. Daher auch die anderen Prinzipien, die nach Böhnich/Winter entfremdetes Mannsein stützen: Gewalt, Benützung, Stummheit und Kontrolle. Es suchen sich Gefühle Bahn, die Selbst- und Außenzerstörend sind. Hier sehe ich den tiefen Grund für kulturelle Verfestigungen wie beispielsweise patriarchale Gesellschaftsstrukturen, aber auch den Umgang von Männern mit sich und ihrer Gesundheit. Zum einen zeigt sich ein zerstörerisches – manchmal nach außen, meistens jedoch gegen sich selbst gerichtetes – Potential. Zum anderen äußert sich in der „Selbstvergessenheit“ vieler Männer, in der Aufopferung an den Beruf („Mutter Firma“, „Mutter Kirche“ u.s.w.) und dem Bestreben, der eigenen Familie „etwas zu bieten“, der Wunsch, es Mutter recht zu machen. „Nur wenn es dir gut geht, dann geht es auch mir gut.“ Ein Spruch von Leonardo DiCaprio, den ich unlängst in einem Englischkalender las, drückt – wenn auch unbewusst – genau diese Not aus: „You never realise how much you need your Mum until the day after you leave home.“

5. Männergesundheit

Wenn wir zum Ausgangspunkt zurückkehren, erkennen wir im gesundheitszerstörenden Verhalten von Männern den Schutz ihrer sekundären Identität. Offensichtlich ist es

schmerzhaft und ängstigend, die erlernte Außenorientierung aufzugeben. Es ist schlimm zu erkennen, wie verlassen und missbraucht wir Männer als kleine Kinder waren. Stattdessen scheint es einfacher zu sein, Frauen zu hassen, in den Krieg zu ziehen oder den eigenen Körper zu zerstören.

Innerhalb von Männergesundheitsstrategien heißt das zuallererst, die begrenzte Wirkung von Moralappellen und Maßnahmen gegen spezifische Krankheitsrisiken nicht nur zu akzeptieren, sondern auch zu verstehen. Innerhalb einer Untersuchung zu Gesundheitsförderung in Gefängnissen wurde mir das beim Thema Tätowieren deutlich: Das Tätowieren innerhalb von Gefängnissen bedeutet ein hohes Hepatitis C-Risiko. Jedoch verhindert weder das Wissen um die Risiken, noch Appelle in Präventionsveranstaltungen, noch das vorhandene rigide Verbot dieser Praxis, dass Tätowieren zum Gefängnisalltag gehört. Unter reinen gesundheitlichen Aspekten wäre die sinnvollste Maßnahme, Tätowieren zu erlauben und die entsprechenden sauberen Materialien zur Verfügung zu stellen. Im Gesamtkontext des Gefängnisses hieße das jedoch, dass zugleich ein Ventil für Aggressionen in einer strukturell destruktiven Institution genommen würde. Die Folgen wären unabsehbar. Es ist daher in begrenztem Maße hilfreich, das Verbot aufrecht zu erhalten und zugleich über die Risiken aufzuklären. Einzelne Gefangene lassen sich vielleicht von der Tätowierpraxis abhalten. Es wird jedoch nicht zu verhindern sein, dass Tätowieren grundlegender Bestandteil des Gefängnislebens bleibt (Stiehler 2000).

Der nachhaltigste Schritt, die gesundheitliche Lage der Männer zu verbessern, liegt jedoch nicht in Angstaufklärung und Verboten, sondern in einer Veränderung der beschriebenen Identität. Es müsste gelingen, Männer dazu zu bringen, sich weniger nach außen zu orientieren und sich mehr in sich selbst zu verankern, ihre Gefühle, ihren Körper wahrzunehmen und darin die Basis für ihr Leben zu sehen. Dies wäre der beste Gesundheitsschutz.

Es handelt sich bei der Frage der Männergesundheit um ein gesellschaftliches Problem, da hier gesellschaftliche und kulturelle Strukturen individuelle Identitäten konstituieren. Dennoch bleiben die Identitäten immer individuell geprägt und werden im individuellen Leben gestützt. Das gesellschaftliche Phänomen, dass Männer zumeist sehr außenorientiert sind, kann bei einem Veränderungsprozess daher nur vom Einzelnen bearbeitet werden. Das heißt, dass die damit verbundenen Gefühle der Angst, der Wut und der Verzweiflung individuell ausgehalten und gelebt werden müssen. Es ist – auch entsprechend der Paradigmen von Gesundheitsförderung – wichtig, in der Gesellschaft Strukturen zu schaffen, die den Übergang zu einer gesünderen Identität stützen, die es Männern beispielsweise leichter

machen, aus einem außengesteuerten „Trott“ auszubrechen und zu mehr Entscheidungsautonomie zu gelangen. Aber die eigentliche Arbeit ist von den Männern selbst zu leisten – und zwar jeweils für sich selbst. Das bedeutet, dass jeder selbst aufgefordert ist, mehr sich selbst zu spüren und sich auf den Weg zu mehr Gesundheit zu begeben. Es geht also zentral um eine Umorientierung von einer nach außen gerichteten Sorge hin zu einer Sorge um sich.

Für diesen Weg „nach innen“ sind Voraussetzungen wichtig: Erstens sind Räume nötig, um Gefühle, die oft vom Impuls her zerstörerisch sind, ausleben zu können. Dabei ist unter „Räumen“ der unmittelbar umbaute Raum zu verstehen, aber auch ein Feld, in dem es möglich ist, laut zu sein, ohne dass gleich die gesamte Umgebung in panische Ängste verfällt. Die Männerselbsthilfegruppe, in der ich bin, nutzt beispielsweise einen Toberaum, der sich im Keller eines Kinderhauses befindet. Das Positive daran ist, dass ich selbst zu den Gründern dieses Kinderhauses gehöre, so dass das notwendige Vertrauen, dass wir nicht zerstörerisch agieren, bereits aufgebaut ist. Mittlerweile finden in diesem Kinderhaus an drei Abenden in der Woche emotionale Selbsthilfegruppen statt – zwei Männer- und eine Frauengruppe.

Ein weiterer Aspekt, der notwendig ist, um heftige Gefühle ausleben zu können, liegt in der Erfahrung mit solcherart Gefühlsprozessen. Diese lässt sich allerdings nur im geschützten Rahmen einer therapeutischen Beziehung realisieren. Ich sehe es daher als grundlegend notwendig an, dass sich Männer eingestehen, Hilfe zu brauchen. Die Prozesse, die mit Identitätsmodifizierungen verbunden sind, sind heftig und sie widersprechen bisherigen Erfahrungen. Sie führen in Verunsicherungen, die Hilfe notwendig macht.

Wichtig ist also erstens ein geschützter Raum und zweitens therapeutische Hilfe für den eigenen individuellen Prozess. Es ist jedoch ebenso entscheidend, sich in einer Gemeinschaft von Gleichgesinnten zu sehen. So sehr jeder seinen eigenen Prozess gehen muss, so sehr ist er auch darauf angewiesen, andere an seiner Seite zu wissen, die ebenfalls in ihrem Prozess sind. Als einsamer Kämpfer ist Mann eher wieder in der Gefahr, in die bekannten Verhaltensmuster zurückzukehren. Jeder braucht Brüder im Geist und im Herzen.

Es ist sehr wichtig, dass die Gemeinschaft zunächst unter Männern aufgebaut wird. Die in der frühen Kindheit entwickelte Zentrierung auf die Mutter, die sich unbewusst in der Außenorientierung des erwachsenen Mannes fortsetzt, führt in gemischtgeschlechtlichen Gruppen zu einer erhöhten Konkurrenz zwischen den Männern und zu dem Bestreben, „bei den Frauen anzukommen“. Dieser Gefahr kann in einer Männergruppe besser begegnet werden, zumal ohne verstärkten Konkurrenzdruck auch über das eigene Verhalten Frauen gegenüber reflektiert werden kann.

Die Separierung von den Frauen kann aber nur der erste Schritt sein. Ein stärkeres bei sich Sein und eine größere Unabhängigkeit von alten Gefühlen der Mutter gegenüber muss sich letztlich im Miteinander mit Frauen bewähren. Das Bemühen um Männergesundheit sollte sich daher – wenn es nicht auf der Stelle stehen bleiben soll – mit Frauen zu gemeinsamen Gesundheitswegen verbinden.

Wir sind in einer Arbeitsgruppe „Männergesundheit“ den ersten Schritt gegangen. Männer, die zum Teil aus unterschiedlichen Selbsthilfegruppen kommen, haben sich zusammengeschlossen und in regelmäßigen Treffen eigene Wünsche und Vorstellungen erarbeitet, aus denen dann bisher zwei Männerwochenenden entstanden sind. An diesen Wochenenden versuchen wir – immer auch ein Stück gegen unsere bisherigen Erfahrungen – Gemeinschaft zu leben. Wir lassen es uns also zum einen gut miteinander gehen. Das setzt zweitens voraus, dass wir über uns und unsere Empfindungen reflektieren. So ein Wochenende steht auch in seiner Struktur unter der Überschrift: „Es soll geschehen, was hier und jetzt richtig und gut ist.“ Wir geben uns also nur ein Minimum an äußerer Struktur und versuchen aus uns heraus den Prozess zu gestalten und dabei auf äußere Sicherheiten zu verzichten. Zum Dritten sprechen wir auch über ein Thema, das wir uns selbst geben. Am letzten Wochenende war es das Thema „Ängste“.

Mehr als diese kurzen Punkte möchte ich zum Projekt Männergesundheit nicht nennen. Mir ging es bei meinen Ausführungen darum, die Grundlagen für eine gesundheitsfördernde Männerarbeit zu verdeutlichen und keine konkreten Handlungsanweisungen zu geben. Wichtig ist, dass Männer auf ihrem Weg zu mehr Gesundheit keine überstrukturierten Angebote bekommen – oder sich selbst geben –, sondern Eigenverantwortung für ihr Leben übernehmen. Gerade für Männer ist es wesentlich, leise Wege zu gehen, um besser auf sich hören zu können.

Literatur:

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag
- Böhnisch, L., Winter, R. (1994): Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. Weinheim: Juventa, 2. Auflage
- Chodorow, N. (1994): Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Mütter. München: Verlag Frauenoffensive, 4. Auflage
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1993): Das „Böse“. Bedingungen menschlicher Aggression. In: Schieferhövel, W., Uher, J., Krell, R. (Hrsg.): Im Spiegel der anderen. Aus dem Lebenswerk des Verhaltensforschers Irenäus Eibl-Eibesfeldt. München: Realis, 142-145
- Franzkowiak, P. (1986): Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen. Der Stellenwert von Rauchen und Alkoholkonsum im Alltag von 15- bis 20jährigen. Berlin: Springer
- Hoffmann, S.O., Hochapfel, G. (1987): Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer, 3. erweiterte Auflage
- Holzkamp, K. (1991): Was heißt „Psychologie vom Subjektstandpunkt“? Überlegungen zur subjektwissenschaftlichen Theoriebildung. Forum Kritische Psychologie Nr. 28. Hamburg: Argument
- Hurrelmann, K. (1991): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf, Weinheim: Juventa

- Hurrelmann, K. (1995): Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. Weinheim: Beltz, 5. überarbeitete Auflage
- Hurrelmann, K. (2000): Primärprävention des Substanzmittelmissbrauchs in Deutschland. Legale und illegale Drogen: Wie kann ihr Missbrauch verhindert werden? Referat auf der Konferenz „Suchtprävention im Freistaat Sachsen – Standortbestimmung und Perspektiven“, 23./24. November 2000, Deutsches Hygiene-Museum Dresden
- Laing, R.D. (1969): Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Laing, R.D. (1989): Das Selbst und die Anderen. München: dtv
- Landeshauptstadt Dresden (2000): WHO-Projekt „Gesunde Städte“. Stadt-Gesundheitsprofil 2000. Dresden: Eigenverlag
- Maaz, H.-J. (2001): Der Lilithkomplex. Die Nachtseite des Weiblichen. In: Psychologie heute, 28. Jg. 2001, H. 3, 44 – 51
- Mead, G.H. (1995): Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 10. Auflage
- Miller, A. (1983): Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Nestmann, F., Stiehler, S. (1998): Wie allein sind Alleinerziehende? Soziale Beziehungen alleinerziehender Frauen und Männer in Ost und West. Oplanden: Leske u. Budrich
- Ottomeyer, K. (1991): Gesellschaftstheorien in der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann, K., Ulich, D. (Hrsg.): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz, 153-186
- Petri, H. (1997): Guter Vater – Böser Vater. Psychologie der männlichen Identität. Bern: Scherz
- Reich, W. (1989): Charakteranalyse. Köln: Kiepenheuer u. Witsch
- Schleidt, M. (1993): Hier bin ich - wo bist Du? Die Beziehung zwischen Mutter und Kind. In: Schieferhövel, W., Uher, J., Krell, R. (Hrsg.): Im Spiegel der anderen. Aus dem Lebenswerk des Verhaltensforschers Irenäus Eibesfeldt. München: Realis, 78-91
- Stiehler, M. (2000): Gesundheitsförderung im Gefängnis. Eine struktureflexive Analyse am Beispiel der AIDS-Prävention im sächsischen Justizvollzug. Aachen: Shaker
- Stiehler, M. (2001): Gesundheit als Sehnsucht. Religiöse Aspekte des Gesundheitsbegriffs. In: Z.f. Gesundheitswiss, 9. Jg. 2001, H. 1, 24 – 37
- Tillmann, K.-J. (1993): Sozialisationstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, 4. überarbeitete Ausgabe
- Verbrugge, L. M. (1990): Pathways of health and death. In: Apple, R. D. (Hrsg.): Women, health and medicine in America. A historcal handbook. New Brunswick: Rutgers University Press, 41 - 79
- Voß, G.G. (1991) Lebensführung als Arbeit. Über die Autonomie der Person im Alltag der Gesellschaft. Enke. Stuttgart