

## Vorwort

„Weil, so schließt er messerscharf, nicht sein kann, was nicht sein darf.“ Die Abspaltung von unbequemen Tatsachen wird in dem Gedicht „Die Unmögliche Tatsache“ von Christian Morgenstern treffend dargestellt. Auch dieses Buch handelt von verdrängten Tatsachen. Denn erstens definiert sich eine psychische Störung ja geradezu durch die unterschiedlich ausgeprägte Verdrängung dessen, was die Umwelt als Realität wahrnimmt. Und zweitens: Auf welche Art und Weise das Thema dieses Buches wahrgenommen wird, lässt einen bisweilen an Palmström denken, den Protagonisten von Morgensterns Gedicht. Der ältere Mann wird von einem LKW überfahren. Er ist reichlich lädiert, eigentlich müsste er sogar schon tot sein. Doch irgendetwas in ihm wehrt sich dagegen, diese Tatsache anzuerkennen: „*sich erhebend und entschlossen weiterlebend*“ möchte er erst einmal auf rationalem Wege prüfen, ob das Unglück tatsächlich stattgefunden haben kann. Denn auf sein Körpergefühl allein möchte er sich nicht verlassen: „*Ist die Staatskunst anzuklagen in Bezug auf Kraftfahrwagen?*“, fragt er sich. [...] Mitnichten, denn „*Eingehüllt in feuchte Tücher, prüft er die Gesetzesbücher und ist alsobald im Klaren: Wagen durften dort nicht fahren!*“ Das bringt ihn zu der Schlussfolgerung, dass er mitnichten gerade von mehreren Tonnen Gewicht überrollt wurde. Vielmehr „*kommt [er] zu dem Ergebnis: Nur ein Traum war das Erlebnis.*“

Ist Palmströms Wahrnehmung beispielhaft, um zu verdeutlichen, wie es den Akteuren dieses Buches ging? Es handelt sich um Männer, die sich zwischen 1948 und 1993 als Patienten in den psychiatrischen Universitätskliniken Heidelberg und Gießen aufhielten. Das Bild, das in der Öffentlichkeit in Bezug auf Männer und deren Umgang mit Gesundheit vorherrscht, ist mittlerweile zu so etwas wie einem humoristischen Topos geworden. Dieser ist tatsächlich Morgensterns „Unmöglicher Tatsache“ nicht unähnlich. Männer sind einer weit verbreiteten Meinung nach regelrecht größenwahnsinnig, wenn es um die Einschätzung der eigenen körperlichen und geistigen Fähigkeiten geht. Warnsignale würden demnach bei ihnen selten auch nur in die Nähe der Bewusstseinschwelle gelangen. Zur Belustigung unbeteiligter Außenstehender gehen sie auch dann nicht zum Arzt, wenn ihre Defekte längst für jedermann zu erkennen sind. Die meisten Klischees haben eine gewisse empirische Evidenz – so auch dieses.

Um das, worum es in diesem Buch geht, zu veranschaulichen, böte sich die Dichtung daher auf den ersten Blick durchaus an: So wie Palmström ging es zweifellos auch dem einen oder anderen Patienten dieses Buches. Viele haben jahre- oder gar jahrzehntelang unbequeme Tatsachen nicht zur Kenntnis genommen: Dass ihre Ressourcen nicht unerschöpflich sind. Dass Hitlerjugend, Krieg und Gefangenschaft (oder Verfolgung) nicht spurlos an ihnen vorbeigegangen sind. Dass sich Ängste und Kummer langfristig nicht ohne Konsequenzen mit Alkohol behandeln lassen. Dass sie zwar viele Männer kennen, die sie Freunde nennen, diesen aber nichts anvertrauen können, weil sie um ihren Status fürchten. Definitiv haben viele nicht kommen sehen, dass die Zeiten sich ändern würden. Sie fielen wie ein Kartenhaus in sich zusammen, weil

ihre Frauen sich von ihnen abwandten, da diese nicht mehr „wie ein Möbelstück“ behandelt werden wollten; so drückte es jedenfalls die Ehefrau eines Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik Gießen Mitte der 1970er Jahre aus. Es gab Männer, die Mittel und Wege fanden, derart unbequeme Tatsachen auf alle möglichen Arten und Weisen aus ihrem Bewusstsein abzuspalten. Manch einer dürfte seine Verletzungen ähnlich verkopft bewältigt haben wie Palmström. Der unerschütterliche Glaube an die Vorschriften und Gesetze der Staatsmacht mögen dabei zwar eher selten eine Rolle gespielt haben. Aber Rationalisierung und Intellektualisierung fanden sich bei den Patienten dieses Buches häufiger. Sie ermöglichten es, zu ignorieren, dass die eigene Psyche so ramponiert war wie der Körper eines Verkehrsunfallopfers. Die verkopften, emotionsfernen Abwehrmechanismen gelten nicht umsonst als typisch männlich.

Dennoch greift diese Deutung nicht nur zu kurz. Sie führt auch massiv in die Irre, in vielerlei Hinsicht. Für zahlreiche Patienten waren die Tatsachen keinesfalls „unmöglich.“ Viele Patienten, die in diesem Buch vorgestellt werden, sahen sehr genau, dass männliche Allmachtsphantasien, Saufkumpanei und Konkurrenzfixierung ihnen zum Verhängnis wurden. Ändern konnten sie daran dennoch nichts. Dies lag nicht allein an ihnen selbst. Ebenso viele waren weitestgehend frei von diesen vielgescholtenen, als männlich geltenden Lastern. Sie schätzten die eigenen Fähigkeiten realistisch ein, konnten mit Alkohol nichts anfangen und hatten darüber hinaus keinerlei Interesse, sich in Rankämpfen zu zerfleischen. Allzu oft half dies jedoch nicht im Geringsten. Die Umstände lagen weit außerhalb ihres Gestaltungsspielraumes.

„Weil nicht sein kann, was nicht sein darf“ taugt mit Sicherheit nicht als Beschreibung der subjektiven Krankheitserfahrung von Männern. Dennoch ist dieses Bild nahezu das einzige, das sich die Öffentlichkeit von Männern und ihrem Umgang mit Gesundheit zu machen vermag. Woran liegt das? Womöglich daran, dass „Weil nicht sein kann, was nicht sein darf“ vielmehr die Wahrnehmung der Öffentlichkeit bezüglich dieses Themas strukturiert? Betrachtet man die Art und Weise, wie das Gesundheitsverhalten von Männern repräsentiert wird, dann neigt man dazu, diese Frage zu bejahen. Zu einer etwas differenzierteren Darstellung gelangt man lediglich, wenn man bestimmte Fachpublikationen liest. Diese stammen meist aus dem Bereich Public-Health, ansonsten aber von Menschen, die tatsächlich und täglich mit Männern arbeiten. Von Psychotherapeuten, Beratern, Sozialarbeitern, Ärzten und Erziehern. In anderen Disziplinen sieht es bedauerlicherweise nicht so gut aus. Es wäre Aufgabe der kulturwissenschaftlichen Geschlechter- und Psychiatrieforschung gewesen, sich dieses Themas differenziert anzunehmen. Dies wurde bislang in mittlerweile mehreren medizinhistorischen Arbeiten angegangen. Deren Autoren ist es gelungen, mit den oben genannten Praktikern in einen Dialog zu treten. Auf breiter Basis hat die kulturwissenschaftliche Forschung ihre Aufgabe jedoch nicht erfüllt. Im Gegenteil. Es haben sich im Laufe der vergangenen Jahre und Jahrzehnte Forschungstraditionen entwickelt, die eine Anbindung solcher Themen an den Forschungsmainstream deutlich erschweren.

Letzteres hat Konsequenzen für die Gestaltung dieses Buches. Die Diskrepanz zu diesen Forschungstraditionen ist groß. Vorannahmen, Fragestellung, Quellen, Methoden und Theorie müssen zunächst aufwendig rekonstruiert werden. Das ist der Grund, warum dieser Text nicht mit der Beschreibung von Begebenheiten beginnt. Stattdessen muss zunächst formuliert werden, was genau an diesem Thema so problematisch ist, dass es sich derart sperrig zur bisherigen Forschungslandschaft verhält. Der Ausgangspunkt dieses Problems lässt sich in folgendem Grundsatz zu zusammenfassen.

**Männer waren und sind in Bezug auf ihre psychische Gesundheit auf Hilfe angewiesen. Sie sind betroffen in einer Art und Weise, die sich deutlich von Belastungen unterscheidet, unter denen Frauen diesbezüglich leiden. Entscheidende Gründe hierfür liegen in der Geschichte der vier Jahrzehnte nach Ende des Zweiten Weltkrieges begründet.**

Ein Buch wie dieses beginnt normalerweise mit einer Einleitung. Diese könnte zum Beispiel folgendermaßen strukturiert sein: Auf die Relevanz und den Aktualitätsbezug des eigenen Themas wird oftmals zu allererst hingewiesen. Gegenstand und Zeitraum werden auf diese Weise anschaulich definiert. Der oben formulierte Satz würde in diesem Buch diese Funktion übernehmen. Wäre als nächstes nicht ein Blick darauf angebracht, was genau diesbezüglich erarbeitet werden soll? Möglicherweise beginnend zunächst mit einigen allgemein geläufigen historischen Ereignissen und Entwicklungen: Wären nicht das Ende der Krankenmorde im Nationalsozialismus und das Hungersterben in der Nachkriegszeit die unvermeidlichen Ausgangspunkte? Sollte dann nicht der Beginn der modernen Psychopharmaka Anfang der 1950er erwähnt werden? Würde dann nicht die Rebellion gegen die Psychiatrie „um 1968“ folgen und die Reformen seither? Und wäre nicht der sogenannte „Psychoboom“ seit den 1970er Jahren und der Wandel der Geschlechterverhältnisse wichtig, um jüngere Entwicklungen ins Gedächtnis zu rufen? Derlei allgemeinverständliche historische Marksteine könnten so vom ersten Schritt jeder Einleitung, der Nennung eines relevanten Gegenstandes, zum zweiten Schritt überleiten, der Formulierung eines Erkenntnisinteresses und einer präzisen Fragestellung. Welche Rolle spielten männliche Betroffene dabei? Welche Konsequenzen hatten veränderliche Männlichkeitsideale für die Psychiatrie als Institution? Wie erlebten Männer ihren Aufenthalt in einer der beiden untersuchten psychiatrischen Universitätskliniken (Heidelberg und Gießen)? Wie versuchten sie, Krisen zu bewältigen? War ihnen ihr soziales Umfeld dabei eine Hilfe oder nicht? Ein Korpus geeigneter Quellen würde in einem nächsten Schritt vorgestellt. Daraus würde sich eine Diskussion der Methoden ergeben, mit denen man diese Quellen auswerten möchte. Ein übergeordnetes theoretisches Konzept würde dargelegt, in das die Ergebnisse der Arbeit am Ende integriert würden. Dann erst ließe sich im Hauptteil die Erarbeitung und Darstellung der Ergebnisse in narrativer Form angehen.

Dies wird in diesem Buch jedoch erst in den Teilen zwei bis fünf geschehen. Der erste Teil wird sich eingehend mit den oben genannten Schritten befassen. Diese wären eigentlich Gegenstand einer Einleitung. Was gewöhn-

lich in einer solchen abgehandelt würde, erfordert in diesem Buch einen eigenen Abschnitt. Warum dies so ist, mag ein Blick auf die verschiedenen Implikationen des Grundsatzes verdeutlichen. Im Folgenden werden diese thesenartig formuliert, um daraufhin im ersten Kapitel ausführlicher belegt zu werden.

**Primärer Gegenstand dieses Buches sind Männer. Nicht Frauen und auch nicht die Geschlechterverhältnisse. Die Dekonstruktion von Männlichkeit ist nicht primäres Anliegen.**

Wie die meisten meiner Kollegen vertrete auch ich die Ansicht, dass Geschlecht das Resultat eines gesellschaftlichen Konstruktionsprozesses ist. Subalterne Gruppen, allen voran Frauen, besitzen in der machtkritisch orientierten Geschlechterforschung nicht ohne Grund ein gewisses Vorrecht, unhinterfragt Akteure der Geschichte zu sein. Auch wenn Männerrechtler bisweilen in klassischer Täter-Opfer-Umkehr das Gegenteil behaupten: Männer sind in Hinsicht auf gesellschaftliche Machtverhältnisse auch heute keinesfalls unterprivilegiert. Reproduziert die Wahl „des Mannes“ als Subjekt und Akteur einer Darstellung dann nicht die binäre Geschlechterordnung und damit die soziale Ungleichheit? Warum also derart vorgehen? Verkürzt gesprochen lautet die Antwort:

**Macht zu haben oder nicht zu haben, entscheidet nicht über das Ausmaß an seelischen Leidens, das einen Menschen ereilen kann. Mannsein bedingt hingegen diesbezüglich spezifische Risiken und Ressourcen, die systematischen Charakter haben.**

In psychiatriegeschichtlichen Arbeiten über weibliche Patienten kann hinsichtlich der Vorbildung der potentiellen Leserschaft heute einiges vorausgesetzt werden. Weit über die Grenzen der kritischen Psychiatrieforschung hinaus ist bekannt: Die psychiatrische Klassifikation enthält bis zum heutigen Tage sexistische Strukturen, von vergangenen Zeiten ganz zu schweigen. Dass Konzepte wie Hysterie oder Penisneid einer männlichen Vorstellungswelt entspringen, weiß man ebenfalls. Ebenso, dass sie die Bedürfnisse einer patriarchalen Gesellschaft stützten. In entsprechenden Arbeiten muss man sich für die emanzipatorischen Grundtendenzen nicht mehr rechtfertigen, selbst wenn diese erkennbar nicht wertfrei sind. Ein Verständnis für derartige Hintergründe bei Männern existiert demgegenüber in der kritischen Psychiatrieforschung nicht. Dies liegt daran, dass ein solches überhaupt nicht formuliert worden ist. Männer gelten als Nutznießer der patriarchalen Ordnung, nach deren Bedürfnissen sich auch die psychiatrische Klassifikation richtet. In den helfenden Berufen hat demgegenüber jedoch schon seit den 1990er Jahren ein kritischer Reflexionsprozess eingesetzt. Männer sind in vielen Bereichen in der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung benachteiligt. Dies geschieht entweder ungeachtet oder gerade wegen ihrer patriarchalen Privilegien.

Gibt es in dieser Hinsicht etwa keine Benachteiligung von Frauen? Die gibt es zweifellos. Auch hier müssten entsprechende Einflüsse analysiert werden. Diese gälte es, im Anschluss mit den Erkenntnissen über Männer zu vergleichen und in Bezug zu setzen. Ansonsten bestünde die Gefahr, Alleinstellungsmerkmale zu sehen, wo in Wirklichkeit keine bestehen. In dieser Arbeit wird es einen

solchen Vergleich jedoch nicht geben. Dies hat zunächst einmal arbeitsökonomische Gründe. Es erschöpft den Rahmen eines Projektes wie diesem vollauf, die notwendigen Vorbedingungen für einen solchen Vergleich zu erarbeiten. Der bedeutendere Grund liegt jedoch in der bisherigen Forschungslandschaft.

**Die vorliegende Arbeit nähert sich Männern unter dem Aspekt ihrer Schwäche und Verletzlichkeit. Damit geht sie die Beseitigung gravierender Forschungslücken in der Geschlechtergeschichte an.**

Der allergrößte Teil der bisherigen Historiographie hat sich aus dem Bedürfnis von Männern gespeist, sich selbst in einer bestimmten Weise zu imaginieren. Dass nahezu die gesamte Geschichtsschreibung seit ihrem Entstehen von männlichen Akteuren bevölkert wird, ist kein Zufall. Bereits seit einigen Jahrzehnten besteht in der Geschlechtergeschichte jedoch eigentlich der Konsens, dass es sich bei diesen Figuren um Zerrbilder handelt. Individualität und Schwäche wurden und werden zu Gunsten von Abstraktion und Heldentum systematisch abgespalten. Arbeiten, in denen Männer realistisch dargestellt werden können, sind möglich. Im Gegensatz zu den Arbeiten zur Stärkung der Präsenz von Frauen ist von einer emanzipatorischen Geschichtsschreibung für Männer allerdings so gut wie nichts Wirklichkeit geworden. Dies liegt auch daran, dass Arbeiten mit ausschließlich männlichen Akteuren als sexistisch zurückgewiesen werden. Die moderne Geschlechtergeschichte hat mit ihrer dekonstruktivistischen Kritik an der reinen Frauengeschichte das heute vorherrschende Paradigma geschaffen. Die darin liegenden Chancen für eine realitätsnahe Repräsentation von Männern wurden jedoch nicht umgesetzt. Bücher wie das vorliegende tragen daher nicht zur Vergrößerung der Unausgewogenheit der sogenannten His-Story bei. Sie sind notwendiges Korrektiv, gleichzeitig aber auch geschichtswissenschaftliches Neuland. Vergleichende oder dekonstruktivistische Perspektiven sind dabei als Hintergrund unverzichtbar. Zur Strukturierung des Erkenntnisinteresses sind sie hingegen bis auf weiteres nicht geeignet. Das Forschungsinteresse an der psychischen Verletzlichkeit von Männern kollidiert also mit den machttheoretischen Pfadabhängigkeiten der Geschlechtergeschichte. Doch auch mit entsprechenden Traditionen der Psychiatriegeschichte ist es alles andere als kompatibel:

**Ein klassischer, das heißt bedingungslos psychiatriekritischer Zugang ist für diese Untersuchung nicht geeignet. Denn der psychiatrische Blick ist unverzichtbares Korrektiv zur gesellschaftlichen Verdrängung der Verletzlichkeit von Männern.**

Das Leiden ist letztlich der Fluchtpunkt des ärztlichen Blickes. Seine Bekämpfung legitimiert das oft problematische Handeln der Psychiatrie. Die Selbsteinschätzung von männlichen Patienten in Bezug auf ihre Gesundheit ist dagegen notorisch unzuverlässig. Zwar ist die Kritik des ärztlichen Blickes ebenfalls unverzichtbarer Bestandteil dieser Arbeit. Dabei darf es jedoch nicht nur bei der Offenlegung von Repression und Stigmatisierung bleiben, auf die sich die kritische Psychiatriegeschichte beschränkt. Die Einstufung von Menschen durch Psychiater als krank, wurde und wird in der Sozialgeschichte der Psychiatrie selten anders als ein gewalttätiger Akt aufgefasst. Dies liegt auch daran, dass die bevorzugten Akteursgruppen dieser Forschungsrichtung

stets subalterne waren. Bei solchen Menschen, die die meist männlichen bürgerlichen Psychiater als „die Anderen“ wahrnahmen, hat sich dieser Ausgangspunkt als ertragreich erwiesen. Bei Männern muss jedoch ergänzend folgende Frage beantwortet werden: Wie weit waren männliche Ärzte überhaupt in der Lage, ihre Geschlechtsgenossen zu pathologisieren? Zumindest für die Gegenwart ist ein derartiger Gender-Bias vielfach belegt.

**Krankheiten und Gesundheitsgefährdungen von männlichen Patienten wurden durch die männlich dominierte Psychiatrie vielfach und systematisch ignoriert.**

Es existiert in diesem Buch eine Fülle von Beispielen, an denen dies auch für die Vergangenheit gezeigt wird. Der Informationsgehalt der ärztlichen Subjektivität wird in dieser Arbeit trotzdem deutlich positiver veranschlagt als bei anderen psychiatriegeschichtlichen Untersuchungen. Dies resultiert auch in einem anderen Umgang mit den Hauptquellen dieser Arbeit: psychiatrischen Krankenakten.

**Psychiatrische Krankenakten enthalten plausible Beobachtungen, die alltagsgeschichtliche Tatsachen enthalten. Eine Dekonstruktion psychiatrischer Normativität muss nicht auf Schritt und Tritt erfolgen. Ebenso wenig muss die Faktizität solcher Texte verworfen werden, bloß weil sich mit ihnen wissenschaftsgeschichtlich relevante Diskurse nachvollziehen lassen.**

Der potentielle Erkenntnisgewinn ärztlicher Beobachtungen ist bei der Fragestellung dieser Arbeit hinreichend hoch. In jedem Fall übertrifft er den Erkenntniszuwachs, den eine weitere Arbeit über die Repressivität psychiatrischer Machtdynamiken zu Tage fördern würde. Wer dies hier vermisst, der sei auf die Ergebnisse aus 40 Jahren psychiatriekritischer Forschungstätigkeit sowie andauernde Untersuchungen verwiesen.

Der detaillierte Beleg dieser Thesen ist Gegenstand des ersten Abschnittes. Um es nochmals zusammenzufassen: Er dient erstens dazu, darzulegen, dass es eine Forschungslücke gibt. Und zweitens, dass es zulässig ist, diese Forschungslücke auf die Art und Weise zu schließen, wie dies in diesem Buch geschehen wird. Angesichts dieses notwendigen Umweges wäre es nicht zielführend, bereits an dieser Stelle eine Fragestellung zu entwickeln oder eine detaillierte Vorschau zu schreiben. Daher nur so viel: Im zweiten Abschnitt wird gezeigt, wie im psychiatrischen Diskurs bis ca. 1970 die Hilfsbedürftigkeit von Männern systematisch unsichtbar gemacht wurde. Dies änderte sich im Zuge der Durchsetzung von Sozialpsychiatrie und Psychotherapie seit diesem Zeitpunkt, und zwar analog zum Wandel vorherrschender Leitmännlichkeiten. Im dritten und vierten Abschnitt werden die Krankheitserfahrung von Männern behandelt. In Abschnitt drei wird untersucht, ob Patienten die Behandlung im Kontext von Praktiken der Männlichkeit verweigerten. Abschnitt vier behandelt die Frage, welche Wege Männer abseits der ärztlichen Behandlungen fanden, um ihre Krankheit zu bewältigen. Im fünften und letzten Abschnitt wird untersucht, welche Rolle Angehörige für die Patienten spielten. Dabei geht es auch um Risiko und Ressourcen in sozialen Beziehungsnetzwerken, wie dem Arbeitsplatz oder dem sozialen Milieu.

# 1. Grundlagen der Geschichte von psychischer Gesundheit und Männlichkeit

## 1.1 Triangulierung, Externalisierung, Gender-Bias.

### Zum Forschungsstand der psychischen Gesundheit von Männern in Medizin, Psychologie und Gesundheitswissenschaften

Die Gesundheitsforschung widmet sich seit einiger Zeit geschlechtsspezifischen Phänomenen und seit neuester Zeit auch der seelischen Gesundheit von Männern. Darin orientiert sie sich an aktuellen Gesundheitsidealen und thematisiert Problemfelder in der Prävention und Behandlung von psychischen Beschwerden. Im folgenden Abschnitt sollen die wesentlichen Bereiche dieses jungen Forschungszweiges vorgestellt werden. Denn sie sind es, die in der vorliegenden Arbeit in einen historischen Kontext gestellt werden sollen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit muss hier der Fokus auf der Forschung im deutschsprachigen Raum liegen.

Was bedeutet seelische Gesundheit von Männern, außer der seelischen Gesundheit der Hälfte der Bevölkerung, die biologisch-administrativ als männlich aufgefasst wird?<sup>1</sup> Die Männergesundheitsforschung geht dieser Frage anhand von verschiedenen Schwerpunkten nach. Dazu gehören etwa die Fragen ob, warum und ggf. in welchem Maße Männer von bestimmten Störungen häufiger betroffen sind als Frauen.<sup>2</sup> Es geht darum, wie ihr Geschlecht die Gesundheitsvorsorge, Bewältigungsstrategien und Behandlungsbereitschaft (Compliance) beeinflusst.<sup>3</sup> Für Psychotherapeuten sind Männlichkeit und Weiblichkeit schon seit den psychoanalytischen Anfängen der Disziplin stets von Bedeutung gewesen.<sup>4</sup> Medizinsoziologen und praktisch Tätige beschäftigen sich mit der Deutung männlichen Leidens und den Folgen solcher Deutungsmuster für die Betroffenen.<sup>5</sup> Ein eigener Schwerpunkt ist die Erforschung von Gewalterfahrung in ihren Auswirkungen für die Psyche von Männern.<sup>6</sup> Weiterhin spielt nicht erst seit Verbreitung des Intersektionalitäts-Paradigmas die Frage nach der sozialen und ethnischen Herkunft eine zentrale Rolle.<sup>7</sup>

Diese verschiedenartigen Ansätze auf einen Nenner zu bringen, ist schwierig. Es existiert allerdings ein Konzept, das sowohl in der Psychologie als auch in der Soziologie Verbreitung gefunden hat und in nahezu allen der oben genannten Problemfelder immer wieder zur Erklärung der Befunde herangezogen wird: Es handelt sich dabei um den Begriff der „Externalisierung“. Eine

1 Bardehle/Dinges/White (2016).

2 Möller-Leimkühler (2005), S. 29–35.

3 Möller-Leimkühler (2013), S. 63–83.

4 Einen Überblick zur Geschichte und Gegenwart dieser Fragestellung in der Psychoanalyse findet sich bei: Franz (2011).

5 Brandes (2001).

6 Bogerts/Möller-Leimkühler (2013), S. 1329–1344.

7 Starker/Rommel/Saß (2016), S 147–181; Möller-Leimkühler (2013).

wahrnehmungsorientierte Definition des Begriffes findet man bei dem Psychoanalytiker Stavros Mentzos:<sup>8</sup> *„Bei den Externalisierungsprozessen werden psychische Inhalte nach außen versetzt.“* Sie sind *„ein normaler, notwendiger, universeller Prozess, der u. a. eminent wichtig für die Selbstkonstitution ist.“* Als Beispiel führt Mentzos einen Bildhauer an, der *„einen Teil von sich selbst in eine äußere Form objektiviert“*; aber auch den Fall eines Menschen, *„der einen eigenen unerwünschten oder unerlaubten Wunsch, Impuls oder Selbstanteil externalisiert, das heißt einer anderen Person sozusagen [unterstellt].“* Auf der sozialpsychologischen und soziologischen Ebene versteht man unter Externalisierung auch die Übertragung der eigenen Werte, Vorstellungen und Meinungen auf die Umwelt. Der Begriff wird konträr zu „Internalisierung“ verwendet. Bei dieser integriert ein Mensch ursprünglich fremde Ideen und Zuschreibungen in die eigene Psyche, sodass er sie schließlich als seine eigenen wahrnimmt. Sozialisierung ist demnach letztlich ein Prozess der Internalisierung, bei dem die jeweilig gültigen gesellschaftlichen Werte nach und nach verinnerlicht werden. Diese wahrnehmungsorientierten Definitionen vermögen noch nicht auszudrücken, welche konkreten Handlungen ein stark externalisierender Denkstil zur Folge hat: Externalisierendes Verhalten richtet sich nach außen, ist praktisch-instrumentell, expansiv und daher immer auch potentiell aggressiv. Entsprechendes Problemlöseverhalten ist gelenkt durch die Überzeugung, dass Probleme außerhalb des eigenen Selbst liegen.

Externalisierung wird von verschiedenen Autoren zur Erläuterung geschlechtsspezifischer Besonderheiten bei Häufigkeit und relativer Verteilung von Störungen herangezogen. Es gibt eine Reihe von Diagnosen, mit denen überwiegend, in einigen Fällen sogar fast ausschließlich, Männer diagnostiziert werden.<sup>9</sup>

8 Mentzos (2008) S. 189–191.

9 Tabelle nach: Möller-Leimkühler (2005): S. 30. Bei all den offenkundigen Unterschieden (und der Wichtigkeit, auf diese hinzuweisen) sollte man die starken epidemiologischen Gemeinsamkeiten nicht unerwähnt lassen. Die DEGS Zusatzstudie „Psychische Gesundheit“ des Robert-Koch-Instituts geht etwa davon aus, dass im Laufe eines Jahres ungefähr gleich viele Männer wie Frauen an psychischen Störungen leiden (Männer 30,7%, Frauen 35,9%). Es erkranken also entgegen einer verbreiteten Ansicht nicht wesentlich weniger Männer als Frauen an psychischen Störungen. Siehe Wittchen/Jacobi (2012), S. 10. Auch bei der Auflistung typischer Männerkrankheiten ist relativierend anzumerken, dass sich hier mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede finden. Nahezu identisch sind etwa die am häufigsten auftretenden Störungen bei beiden Geschlechtern. Mit folgenden psychischen Störungen wurden Männer 2011 am häufigsten diagnostiziert, siehe Ebd.: S. 10: Alkoholstörungen, Angststörungen, Depression, Zwangsstörungen, Bipolare Störungen. Im Wesentlichen sind diese auch bei den Frauen die fünf häufigsten Diagnosen. Lediglich die Reihenfolge ist eine andere. Der 5. Platz wird von den Frauen mit somatoformen Störungen anstatt den Bipolaren Störungen gestellt, die dann jedoch sofort auf Platz 6 folgen. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Häufigkeit bestimmter Diagnosen bzw. der Häufigkeit bestimmter Erkrankungen, in absoluten Zahlen betrachtet, sollten daher nicht überbewertet werden.



1. Substanzbezogene Störungen
2. Vorgetäuschte Störung
3. Störungen der Sexualpräferenz
4. Pyromanie
5. Pathologisches Spielen
6. Paranoide Persönlichkeitsstörung
7. Schizoide Persönlichkeitsstörung
8. Schizotypische Persönlichkeitsstörung
9. Narzisstische Persönlichkeitsstörung
10. Antisoziale Persönlichkeitsstörung
11. Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
12. Bei Kindern und Jugendlichen:
  - a. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität (ADHS)
  - b. Hyperkinetisches Syndrom
  - c. Störung des Sozialverhaltens

Verschiedene Autoren erkennen eine wichtige Gemeinsamkeit dieser Krankheitskonzepte darin, dass ihre Symptome entweder übersteigerte externalisierende Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen sind, oder dass eben solche zu der Krankheit geführt haben.<sup>10</sup>

Damit verbunden ist die Frage, wie ein Mensch mit Konflikten umgeht. Ob er im Angesicht von Konflikten eher zu Externalisierung oder zu Internalisierung neigt, hat auch Auswirkungen auf die Art und Weise, wie er diese bewältigt. Ein Mensch, der externalisiert, nimmt die Ursache von Problemen als etwas wahr, das außerhalb von ihm liegt und demnach nicht durch ihn (oder etwas in ihm) verursacht wird. Versuche, diesen Konflikt zu bewältigen, richten sich bei solchen Menschen eher auf eine Veränderung der Umgebung und der Mitmenschen, als dass eigene Einstellungen und Verhaltensweisen geändert werden. Externalisierung erstreckt sich bis auf den eigenen Körper, der als Teil der Umwelt, mithin als Teil des jeweiligen Problems wahrgenommen wird. Dadurch kann der zum „eigentlichen Ich“ gehörige Körper externalisiert, als etwas Äußeres wahrgenommen und eventuell zur Lösung eines Konfliktes instrumentalisiert werden, als sei er ein Objekt.<sup>11</sup> Hieraus erklärt sich beispielsweise die Selbstmedikation als ein wichtiger Faktor für die Entstehung von Störungen, die mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen inklusive Alkohol einhergehen. Der Konsum wird etwa zur Stressbewältigung eingesetzt oder zur Überwindung sozialer Ängste.<sup>12</sup> Solche Diagnosen kommen bei Männern mit Abstand am häufigsten vor.

Externalisierung steht auch in einem Zusammenhang mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen, die bei Männern häufiger diagnostiziert werden als bei Frauen. Menschen mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen – dazu zählen

10 Thiels/Schmitz (2008), S. 118–125; Hopf (2012), S. 39f.; Barnow (2012), S. 111–124.

11 Möller-Leimkühler/Kasper (2010), S. 137, 140.

12 Ein Reduzieren des Arbeitspensums oder die Auseinandersetzung mit eigenen Emotionen wird durch ein solches Verhalten umgangen.

weit überwiegend Männer – empfinden wenig Empathie für andere (und sich selbst) und haben eine geringere Kontrolle über ihre Impulse; sie sind aggressiv und expansiv. Straftäter erhalten am häufigsten diese Diagnose.<sup>13</sup> Oft haben diese Menschen bereits in der Kindheit und Jugend externalisierend auf Belastungen reagiert und wurden mit einer Störung des Sozialverhaltens, mit ADHS oder beidem zugleich diagnostiziert. Diese Diagnosen werden ebenfalls weit überwiegend an Jungen vergeben.

Auch Menschen mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung instrumentalisieren ihre Mitmenschen und beuten sie emotional aus, um ein ebenso von Großartigkeit geprägtes wie fragiles Selbstbild aufrechtzuerhalten.<sup>14</sup>

Männer begehen in fast allen Industrienationen etwa dreimal häufiger Suizid als Frauen. Externalisierung wird dabei als einer von mehreren Ursachen für diese Tatsache mit angeführt. Suizidversuche haben bei Männern weniger häufig demonstrativen Charakter und zeugen von einem hohen Grad an Selbstobjektivierung.<sup>15</sup>

Die Männergesundheitsforschung beschäftigt sich jedoch nicht nur mit der Frage, warum bestimmte Diagnosen besonders häufig an Männer vergeben werden. Auch Diagnosen, die Männer auffällig selten bekommen, sind von Interesse. Hier spielt „Externalisierung“ wieder eine Rolle bzw. deren analytischer Komplementärbegriff, die Internalisierung. Internalisierung bezeichnet die Integration und Konsolidierung von Werten, Überzeugungen und Meinungen im eigenen Selbst. Internalisierte Werte und Normen zeichnen sich dadurch aus, dass ein Verstoß gegen sie zu Schuldgefühlen führt. Von internalisierendem Problemlösungsverhalten spricht man, wenn ein Mensch die Ursache von Konflikten im eigenen Verhalten, dem eigenen Selbst und im eigenen Körper auszumacht. Versuche, diese Konflikte zu lösen, zielen auf eine Veränderung der eigenen Handlungsweisen und Überzeugungen. Zu Forderungen nach Veränderung des Gegenübers oder dessen aktiver bzw. sogar gewaltsamer Instrumentalisierung kommt es hier nicht. Dass internalisierende Störungen bei Männern so viel seltener auftreten als bei Frauen, legt den Schluss nahe, dass Externalisierung für die psychische Verletzlichkeit von Männern eine Schlüsselrolle spielt.

Störungen, die im Vergleich zu Frauen seltener bei Männern diagnostiziert wurden, sind zum Beispiel:<sup>16</sup>

13 Ebd., S. 143; Krueger/Hicks/Patrick/Carlson/Iacono/McGue (2002), S. 411.

14 Möller-Leimkühler/Kasper (2010) S. 143; Akhtar/Thomson (1982), S. 12–20.

15 Verona/Sachs-Ericsson/Joiner Jr (2004), S. 444–451.; Möller-Leimkühler/Kasper (2010), S. 154–155.

16 Siehe für die vollständige Liste Möller-Leimkühler, Geschlechtsrolle (2005) S. 31. In der hier aus Gründen der Fokussierung wiedergegebenen Auswahl wird keine Aussagen über Häufigkeit der jeweiligen Störungen getroffen. Die Auswahl wurde so ausgewählt, dass sie die Kernaussage von Möller-Leimkühlers Aufsatz adäquat widerspiegelt, nämlich, dass auffällig viele Störungen, die bei Frauen vermehrt diagnostiziert werden, internalisierende Störungen sind.