Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema*

Harald KLINGEMANN**

Zusammenfassung

Die vorliegende Übersichtsarbeit vermittelt im ersten Teil allgemeine epidemiologische Befunde zu männerspezifischen Gesundheitsrisiken unter besonderer Berücksichtigung selbstschädigender Verhaltensweisen. Darauf aufbauend wird die Bedeutsamkeit von Maskulinität und Geschlechtsrollenorientierungen für Gesundheits- und Suchtverhalten unter Bezug auf das bipolare Geschlechtsidentitätsmodell, das Androgynie-Konzept und das Geschlechtsrollen-Stressmodell erörtert und weiter konkretisiert. Dazu wird auf Vaterrolle, Sexualität und Gewalt sowie Alter als kritische Themen in Männerwelten eingegangen und jeweils die Funktionalität von Suchtverhalten als Bewältigungsstrategie analysiert. Auf dem Hintergrund dieser Befunde wird geprüft, inwieweit eine ausgewogene Genderperspektive in der gesellschaftlichen Reaktion auf Männerprobleme tatsächlich zum Tragen kommt. Konkret wird gefragt, wie weiblich das Therapiesystem ist, warum Männer Versorgungsangebote weniger wahrnehmen als Frauen, welche geschlechtsspezifischen Elemente in der therapeutischen Praxis potentiell relevant sind und inwiefern Präventionsbemühungen auch die Risikogruppe der Männer angemessen berücksichtigen.

Männer – der vergessene Pol des Gender Mainstreaming

Männergesundheit ganz allgemein und männerspezifische Aspekte selbstschädigenden Verhaltens im Besonderen sind lange vernachlässigte Themen und haben erst im übergeordneten Rahmen des so genannten Gender Mainstreaming potentiell an Bedeutung gewonnen (Kolip, Jahn, & Summermatter, 2003). Im Rahmen der WHO-Strategie Integrating Gender Perspectives in the Work of WHO wird die Bedeutung sozial konstruierter Geschlechtsrollen – im Unterschied zur biologischen Geschlechtszugehörigkeit – für eine gerechte und bedürfnisangepasste Gesundheitsversorgung als zentral aner-

* Der vorliegende Beitrag beruht auf dem unveröffentlichten Gesamtbericht des Autors «Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema» (2004), welcher im Auftrage des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellt wurde und auf Anfrage beim Autor bestellt werden kann.

**** Dr.rer.pol; Dr.h.c., alkoholismus therapieforschung schweiz (atf), Forschungsleiter südhang Klinik für Suchttherapien**

kannt (WHO, 2002) weiter ausformuliert. Döge merkt in diesem Zusammenhang kritisch an: «Verstanden als Androzentrismuskritik kann Gender Mainstreaming einen Beitrag leisten zum Abschied vom starken, – aber kranken – Mann... Diese Potentiale wird das Konzept aber nur entfalten können, wenn... es nicht auf Frauenförderung reduziert wird» (Döge, 2004: 240). In der Tat: Während die Frauenbewegung seit den 70er Jahren für massgebliche Veränderungen im institutionellen Angebot und Reformen im Gesundheitswesen gesorgt hat (man denke an Frauengesundheitszentren, die Wiederentdeckung des Hebammenwissens, Frauenhäuser, aber auch die Eröffnung der frauenspezifischen Suchtfachkliniken wie Wysshölzli und Turbenthal) (Meier, 2004b: 5, 6), kann von entsprechenden Erfolgen einer Männerbewegung nicht die Rede sein. Erste Ansätze sind jedoch vorhanden: So verfolgt das Projekt MaGs – Männergesundheit von RADIX- Gesundheitsförderung das Ziel, «eine breite Öffentlichkeit und Fachkräfte für die körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte der Gesundheit von Männern zu sensibilisieren und in der Umsetzung von Massnahmen zu unterstützen» (Setz, 2003: 1). Was nun den Suchtbereich anbetrifft, so enthalten suchtpolitische Positionspapiere wie etwa «Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz» in der Regel nur allgemeine Hinweise auf Versorgungslücken (Spinatsch, 2004, S. 6) und erwähnen die Genderperspektive nicht; gleichzeitig ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) jedoch seit geraumer Zeit auf diesem Feld aktiv, wobei als Einschnitt das 1997 erteilte Mandat «Frauengerechte Suchtarbeit» gelten kann, das 2001 um die Förderung männergerechter Suchtarbeit erweitert worden ist (Bundesamt für Gesundheit, 2003; Ernst, 2002). Die Fachstelle Gender Health des BAG initiiert darüber hinaus nationale Forschungsnetzwerke auf diesem Gebiet, berät und informiert und bringt auf politischer Ebene den Aspekt der Geschlechtergesundheit ein (Meier, 2004a). Der aktuellste Beitrag hierzu war die Ausrichtung der ersten nationalen Fachtagung Frau sucht Mann – Mann sucht Frau zum Thema Gender und Sucht im Frühjahr 2006, wobei jedoch auch hier nach wie vor eher der Rückblick auf frauengerechte Suchtarbeit und pharmakologische Erklärungsmodelle im Vordergrund standen und eine Aufarbeitung von Geschlechtsrollenansätzen sowie die Praxisbedürfnisse männergerechter Suchtarbeit eher in den Hintergrund traten. Auch auf internationaler Ebene ist das Interesse an diesem Thema sowohl in der Wissen-schaftsgemeinschaft – das Neuerscheinen von Fachzeitschriften wie «men's health and gender» ist bezeichnend (International Society for men's health and gender, 2004) – als auch bei Gesundheitspolitikern erwacht: Erstmals veröffentlichte etwa das deutsche Bundesland Brandenburg einen Bericht zur Gesundheit von Männern und Frauen unter dem treffenden Titel Zwei Geschlechter – zwei Gesundheiten (Ministerium für Arbeit Soziales Gesundheit und Frauen, 2003) und Kampagnen wie National Men's Health week des Men's Health Forum (MHF) sensibilisieren eine breite Öffentlichkeit in England, um nur zwei Beispiele zu nennen.

Der vorliegende Beitrag vermittelt im ersten Teil allgemeine epidemiologische Befunde zu männerspezifischen Gesundheitsrisiken unter besonderer Berücksichtigung selbstschädigender Verhaltensweisen. Darauf aufbauend wird die Bedeutsamkeit von Männlichkeit und Geschlechtsrollenorientierungen für Gesundheits- und Suchtverhalten unter Bezug auf die wichtigsten theoretischen Ansätze herausgearbeitet und am Beispiel kritischer Lebenslagen von Männern illustriert. Im zweiten Teil des Beitrages wird die Frage thematisiert, inwieweit bei der Ausgestaltung von Therapie- und Präventionsangeboten den Bedürfnissen von Männern als Risikogruppe Rechnung getragen wird.

Männer das schwache Geschlecht? Männerspezifische Gesundheitsrisiken

Wie schlecht es um die Gesundheit der Männer steht, ist mittlerweile hinreichend bekannt. Gemäss einer aktuellen Zusammenstellung von Wettstein (2004) zum Thema Sozialisation und Gesundheit ist die Lebenserwartung der Männer in der Schweiz etwa 6 Jahre geringer als diejenige der Frauen; der Frühtod ist bei männlichen Säuglingen wesentlich häufiger als bei Mädchen. Knaben und junge Männer sind signifikant häufiger in Unfälle mit Verletzungsfolgen verwickelt, bei Lungenkrebs und Herzkrankheiten verlieren Männer drei Mal so viele Lebensjahre als die Frauen. Spitäler und Heime für chronisch Kranke sind doppelt so häufig mit Männern als mit Frauen belegt (Wittschier, 2004). In Westeuropa sind insgesamt noch deutlichere geschlechtsspezifische Diskrepanzen in der Lebenserwartung zu beobachten (White & Cash, 2004). Amerikanische Daten zeigen, dass Männer bei lebensbedrohlichen Krankheiten die Frauen in allen Kategorien übertreffen (Kilmartin, 1994: 153).

Männer weisen wesentlich höhere *Suizidraten* auf: In der Schweiz entfallen im Vergleich zu Frauen drei Mal mehr verlorene potentielle Lebensjahre auf Männer (Wettstein, 2004); 1999 nahmen sich in der Schweiz 38 Männer und 16 Frauen mit einer Schusswaffe das Leben (Holenstein, 2004). Bemerkenswert ist, dass auch in aktuellen Beiträgen zur Suizidproblematik in der Schweiz, welche nicht zuletzt auf erhebliche Folgekosten durch Suizide und Suizidversuche hinweisen, männerspezifische Präventionsempfehlungen beziehungsweise eine Genderperspektive gänzlich fehlen (Holenstein, 2004).

Selbstmord ist die extremste Form selbstschädigenden Verhaltens; Kilmartin weist jedoch darauf hin, dass Männer auch bei weniger ausgeprägten Formen selbstschädigenden Verhaltens überrepräsentiert sind: Hierzu zählt die Vernachlässigung der eigenen Gesundheit (neglectful behavior). Auch in lebensbedrohenden Situationen nehmen Männer verschriebene Medikamente oft nicht oder nicht wie vorgeschrieben ein; Krankheitssymptome sind häufig unbekannt oder werden ignoriert und die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, ist gering (Kilmartin, 1994: 159, 160). Männer neigen weiter häufiger als Frauen zu *risikoreichen Verhaltensweisen und Devianz* auch ganz allgemein. Kilmartin (1994) nennt vor allem gefährliche Risikosportarten wie Boxen und Football, ungeschützte sexuelle Praktiken mit hohem HIV-Risiko und – meist nicht in Betracht gezogen – die Beteiligung vor allem junger Männer bei Kriegshandlungen. Riskantes Verhalten im Strassenverkehr kann dieser Liste hinzugefügt werden. So kommt beispielsweise ein Ländergesundheitsbericht aus Deutschland zum Schluss: «... bei Männern werden überproportional häufig Geschwindigkeitsüberschreitungen registriert und die Anschnallquote ist bei jungen Männern besonders gering» (Ministerium für Arbeit Soziales Gesundheit und Frauen, 2003: 57, 58). Auch bei anderen Unfällen zeigt sich, dass Männer aller Altersgruppen ein höheres Unfalltodrisiko tragen als Frauen, ein Unterschied, der in der Unterschicht ganz besonders ausgeprägt ist (Green, 1997: 81). Schliesslich ist allgemein bekannt, dass Männer eine wesentlich höhere Kriminalitätsbelastung aufweisen als Frauen. So werden in den Vereinigten Staaten 90 Prozent aller Gewaltverbrechen von Männern ausgeübt (Kilmartin, 1994: 212).

Suchtverhalten steht in engem Zusammenhang mit den hier aufgeführten Verhaltensweisen, denkt man etwa an den Einfluss von Alkohol und Drogen am Steuer, die Rolle des Alkoholkonsums bei Suizid und in Gewaltsituationen

sowie Doping im Sport. Als gemeinsamer Nenner dieses geschlechtsspezifischen Verhaltensspektrums kann, wie noch zu zeigen sein wird, das Geschlechtsrollenverständnis, welches maskuline Identität konstituiert, angenommen werden.

Maskulinität und Geschlechtsrollenorientierung als Bezugspunkt für Gesundheits- und Suchtverhalten

Faltermaier vertritt die These, dass sich das gesundheitliche Risikoverhalten von Männern «zumindest teilweise durch zentrale Merkmale der traditionellen Männerrolle und Identität von Männern erklären...» lasse (Faltermaier, 2004: 27); aus der spezifischen Perspektive der Suchtforschung wird auf die Rolle des Suchtmittelkonsums bei der sozialen Konstruktion von Männlichkeit und als Teil männerspezifischer Bewältigungsstrategien hingewiesen:

> «Substance use continues to be a central part of images linked to notions of masculinity. They may change with age from the youthful macho, rebel images, to the stressed family bread winner to the stoic older man, influencing the role of substance use in constructing or sustaining male identities and in providing a coping mechanism or an escape route in difficult times.» (Thom, 2004: 208).

Müller postuliert dementsprechend, dass «der Suchtmittelkonsum bei Männern häufig zum Ersatz für blockierte Gefühlswahrnehmungen sowie zum Konfliktregulierungsmittel wird. Männliche Rollenerwartungen prädestinieren somit den Suchtmittelkonsum» (J. Müller, 1996: 38). Bis anhin lässt die empirische Überprüfung dieser Leitthese gerade im Suchtbereich noch zu wünschen übrig. Konsumunterschiede, Trends und Verschiebungen im Suchtmittelkonsum werden in der Regel schlicht über das biologische Geschlecht abgehandelt und keiner rollentheoretischen Analyse zugeführt. Deswegen ist Vosshagen nur zuzustimmen, wenn er konstatiert: «Männer besitzen fortgesetzt, gerade im Suchtbereich, kein Geschlecht (Gender), zu verstehen im Sinne einer sozialen Konstruktion von Maskulinität. Ebenso wenig erfolgte... eine systematische Analyse von Geschlechtsrollenerwartungen und -stereotypen, die in Beziehung zum männlichen Suchtmittelkonsum und Missbrauch stehen könnten» (Vosshagen, 2002: 21).

Was ist unter Maskulinität nun genauer zu verstehen, wie kann diese konzeptualisiert und gemessen werden und wo können Beziehungen zum Suchtverhalten angenommen werden?

Männliche Rollenerwartungen, welche im Zuge geschlechtsspezifischer Sozialisation vermittelt werden (vgl. Santrock, 2003), umfassen gemäss Brannon (2000), zitiert nach Faltermaier (2004) das Bedürfnis anders zu sein als Frauen, das Bedürfnis anderen überlegen zu sein, das Bedürfnis unabhängig zu sein und sich auf sich selbst zu verlassen und das Bestreben mächtiger zu sein als andere. Ähnlich wird die männliche Rolle als generalisierte soziale Rolle von Kilmartin durch die Ideale Mut, Härte, Risikobereitschaft, Aggressivität und Konkurrenzorientierung charakterisiert, wobei Logik und Rationalität zu Lasten des emotionalen Ausdrucks im Vordergrund stehen (Kilmartin, 1994: 141). In der männlichen Identität treffen das tatsächliche und das ideale (negative und positive) Selbstkonzept bezüglich dieser Eigenschaften zusammen.

Der dichotomen Auffassung der Geschlechtsrollen entspricht das klassische «gender identity model», welches von einem biologisch fundierten, natürlichen Gegensatz der Geschlechtsrollen ausgeht (solche Rollencharakterisierungen können im Extremfall als «gender stereotyping» beschrieben werden (Santrock, 2003: 325 - 228). Demnach kann die männliche Identitätsbildung nur durch ausschliesslich männliche Rollenmodelle – vorzugsweise verkörpert durch den Vater – und in klarer Abgrenzung zu allem Weiblichen erreicht werden. Empirische Studien haben allerdings gezeigt, dass gerade die Ausrichtung an einem derart rigiden Geschlechtsrollenverständnis Stress auslöst. Dieses Stresserleben basiert auf dem Gefühl körperlicher Unzulänglichkeit etwa in Sport oder Sex, der Furcht vor gefühlsbesetzten Situationen, Stress durch Unterlegenheit gegenüber Frauen, intellektuelle Unterlegenheit und Leistungsversagen (Dimensionen des MGRS *Masculine Gender Role Stress*). MGRS erweist sich als Prädiktor für pathologisch kompulsives Verhalten und stützt die allgemeinere Annahme, dass «gender related differences in the way men appraise environmental, behavioural and perceptual events are directly related to their experience of stress, which may increase vulnerability to physical and psychological disorders» (Arrindell, Kolk, Martin, Kwee, & Booms, 2003: 252).

Das bipolare Modell wurde durch das Androgynie-Konzept in Frage gestellt, welches die *Unabhängigkeit* der Geschlechtsrollenorientierungen annimmt. So können hohe Ausprägungen, annahmegemäss weiblicher Eigenschaften wie Ausdrucksfähigkeit, durchaus einhergehen mit einer hohen Erfüllung typischer männlicher Rollenerwartungen.

Sieverding illustriert dies am Beispiel der Unabhängigkeit der Dimensionen Instrumentalität (m) und Expressivität (w) (Kalant, 1997: 39). Hoffman et al. zeigen in einer aktuellen Studie, dass diesbezügliche Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bei Kontrolle der Geschlechtsrollenorientierung verschwinden, dasselbe gilt für die Internalisierung oder Externalisierung von Problemen (Hoffmann, Powlishta, & White, 2004: 806).

Das Geschlechtsrollen- Stress-Modell als jüngster rollentheoretischer Ansatz, stellt schliesslich auf die potentiellen Konflikte zwischen dem Rollenselbstbild und den von der Gesellschaft an den Mann herangetragenen Erwartungen ab. So sieht sich beispielsweise ein eher emotionaler Mann grossem Druck ausgesetzt, dem Bild des gefühlsarmen Mannes zu entsprechen. Aber auch der Anspruch, sowohl traditionelle männliche Erwartungen zu erfüllen und *gleichzeitig* weibliche Eigenschaften zu lernen und zu internalisieren, kann Stress auslösen und negative Gesundheitsfolgen bzw. ungeeignete Bewältigungsstrategien begünstigen (zu dieser knappen rollentheoretischen Übersicht vgl. Kilmartin 1994: 17 – 37).

«Heute muss der Mann alles zugleich sein, Vater und Ernährer, Krieger und Liebhaber. Mitarbeiter von Anlaufstellen berichten von Männern, die nach der Arbeit noch ein paar Runden ums eigene Haus drehen, um möglichst spät nach Hause zu kommen.»

«Frauen können dank Samenbanken auch ohne das physische Zutun eines Mannes Kinder bekommen. Genetiker diskutieren, ob auf Grund der Verkümmerung des Y-Chromosoms der Mann nicht ohnehin langfristig zum Aussterben verurteilt ist.»

(Teuwsen, 2004: 26, 28).

Neuere Untersuchungen sehen den Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollenorientierung und Bewältigungsverhalten in Stresssituationen bereits bei heranwachsenden Jugendlichen: Feminin ausgerichtete Mädchen und Jungen (feminine typed gender role) berichteten in der Studie von Washburn-Ormachea et al. überdurchschnittlich häufig emotional gefärbte Bewältigungsstrategien bei Problemen mit Gleichaltrigen und schätzten situationale Faktoren wichtiger ein als Jugendliche mit anderen Ausprägungen auf dem «Bern-Sex-Role Inventory» (Wahsburn-Ormachea, Hillmann, & Sawilowsky, 2004: 38). Es ist empirisch vorläufig ungeklärt, inwieweit der differentielle Umgang mit Gruppendruck die Vulnerabilität gegenüber Alkohol- und Drogenkonsum in solchen Situationen tangiert. Thomas macht allerdings aufgrund einer Literaturanalyse durchaus plausibel, dass affektive Zustände und das Erlernen ungeeigneter Strategien des «emotion management» im Zuge der männlichen Sozialisation Ausweichverhalten wie Suchtmittelkonsum und Esssucht begünstigen, um so in der Folge negative Gefühlszustände möglichst vermeiden zu können (Wahsburn-Ormachea et al., 2004: 259). Mit Bezug auf eigene Untersuchungen und unter Heranziehung amerikanischer Studien aus den 60er und frühen 90er Jahren weist Vosshagen auf die Pufferwirkungen von positiven maskulinen und femininen Persönlichkeitseigenschaften gegenüber Alkoholmissbrauch hin: «In Untersuchungen an grösseren Bevölkerungsgruppen zeigte sich, dass eine hohe Ausprägung femininer und maskuliner Persönlichkeitseigenschaften und deren androgyne Kombination in negativer Beziehung zu Alkoholkonsum und Alkoholproblemen standen, und zwar insbesondere bei Männern» (Fett, 1996. 93). Derselbe Autor verweist auf klinische Daten, welche darauf hindeuten, dass männliche Alkoholpatienten sowohl bei maskulinen (zum Beispiel instrumentellen) als auch bei femininen (zum Beispiel expressiven) Persönlichkeitseigenschaften unterdurchschnittliche Ausprägungen aufweisen. Dagegen wirkt sich die Anreicherung rigider Geschlechtsrollenvorstellungen positiv auf die Krankheitsbewältigung und das Abstinenzverhalten aus (Fett, 1996: 93, 94).

Männer in kritischen Lebenslagen

Im Folgenden soll auf biographische Statuspassagen und spezifische situative Herausforderungen in Männerwelten eingegangen werden, welche potentiell Stress erzeugen sowie gesundheitsschädigend sind und spezielle Bedürfnisse verdeutlichen. Diese bieten wichtige Anhaltspunkte, wenn es um männerorientierte therapeutische, präventive oder sonstige Interventionen geht. Prekäre Lebenslagen und Statuspassagen bei Männern sind überaus komplex, denkt man allein an die «werdenden Männer», das heisst der Übergang der Jungen in die Männerwelt. Während nun die Adoleszenzphase noch beachtliche wissenschaftliche und politische Aufmerksamkeit auf sich zieht – wenngleich, wie später im Behand-lungs- und Präventionsabschnitt noch näher ausgeführt, durchaus mit einem Mädchenbias – so werden darüber wichtige biographi-sche Männerproblemlagen, die auch mit Sucht zusammenhängen, schlichtweg ignoriert. Im Folgenden werden Vatersein, Gewalt, Sexualität und Alter bei-spielhaft abgehandelt.

Sucht und die vergessenen Väter

Die Bedeutung und die Rolle des Vaters in der Kindererziehung, insbesondere auch als geschlechtsspezifisches Modell für die Jungen, ist unumstritten (vgl. z.B. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, 1990: 31) und war in den letzten Jahrzehnten Gegenstand nationaler und internationaler Programme, welche unter anderem das Verständnis für die Rolle der Väter in der kindlichen Entwicklung fördern, ungewollte Schwangerschaften thematisieren und die Qualität von Vater-Kind-Beziehungen verbessern wollen (Übersicht bei McMahon & Rounsaville, 2002: 1109). Mit dieser gesamtgesellschaftlichen Entwicklung kontrastiert die totale Ausblendung der Väter aus der Suchtforschung.

In der Fachzeitschrift ADDICTION wurde 2002 eine erste Diskussion lanciert und ein Vorstoss unternommen, das Thema Vaterrolle und Sucht endlich auf die Forschungsagenda zu setzen. Angesichts der grossen Forschungslücken in diesem Bereich verweisen McMahon und Rounsaville (2002) auf wichtige blinde Flecken in der Forschungslandschaft:

- Biologischer oder sozialer Vaterschaft wird bei der Aufnahme von süchtigen Männern in Behandlungsprogramme kaum Aufmerksamkeit geschenkt, obgleich erste amerikanische Befunde bei Methadonbeziehern darauf hindeuten, dass bei Therapiesuchenden, Männer mit Kindern die grösste Gruppe bildeten.
- Der Einfluss des Erziehungsverhaltens von Eltern mit Suchtproblemen auf die Entwicklung ihrer Kinder ist bislang von einer Defizitperspektive bestimmt – etwa nach dem Motto Böses generiert Böses – insbesondere was die spätere Übernahme des Suchtverhaltens durch die Kinder betrifft. Es liegen keine Forschungsbefunde vor, die erlauben würden, die negativen oder positiven Auswirkungen der Präsenz eines Suchtmittel missbrauchenden Vaters im Familienverband einzuschätzen. Aus einer systemischen Perspektive verweist Phares auf zwei weitere Punkte, nämlich die Rolle weiterer Familienmitglieder, insbesondere der Grosseltern, im Sozialisationsprozess und die Auswirkung schwierigen Verhaltens der Kinder auf den Suchtmittelkonsum der Eltern (Phares, 2002).
- Die Frage, auf welche Weise Substanzgebrauch die Art und Weise der Ausübung der Vaterschaft beeinflusst oder beeinträchtigt, ist vorläufig ungeklärt. Neuere Untersuchungen liefern Hinweise darauf, dass abhängige Väter oft mehr besorgt sind um ihre Kinder, vor allem wenn sie mit diesen nicht zusammen wohnen – als eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Klassische männliche Geschlechtsrollenorientierungen bremsen jedoch ein weiter gehendes Engagement. Erneut spiegeln sich hier offenbar gesamtgesellschaftliche Veränderungen, wiesen doch vereinzelte Untersuchungen in Deutschland in den 1980er Jahren bei männlichen Alkoholpatienten in stationärer Therapie noch auf ein starkes Desinteresse der Männer an ihren Kindern hin, und die Diagnose lautete, dass «bei männlichen Suchtkranken grosse Defizite in der Fähigkeit, elterliche Sorge zu übernehmen und emphatische Väterlichkeit auszudrücken bestehen» (Fett, 1996: 47).
- Während umfangreiche Forschungsarbeiten über den affektiven Stress bei Frauen, welche sich durch den Drogenkonsum in der Ausübung ihrer Mutterrolle beeinträchtigt fühlen, vorliegen, ist die Auswirkung derselben

Situation auf süchtige Männer bislang nicht thematisiert worden. Die Autoren folgern: «By not acknowledging that substance-abusing men may experience psychological distress concerning their inability to function as a parent, researchers may be ignoring an opportunity to better understand how shame, associated with perceived failings might contribute to active avoidance of family problems» (McMahon & Rounsaville, 2002: 1112).

Wie Virginia Berridge betont, kann der Grund für die Vernachlässigung dieser Männerperspektive historisch in den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Werten gesehen werden, welche in erster Linie Frauen zu Hüterinnen der Gesundheit der Nation und Frauen in ihrer Mütterrolle als verantwortlich für Sozialhygiene und das Wohlergehen der Kinder erklärten (Berridge, 2002).

Männer als Gewaltopfer

Die Vorstellung, dass Frauen stärker von physischer Gewalt betroffen sind als Männer, hält sich hartnäckig. Dazu beigetragen hat die geringe Sichtbarkeit und Anerkennung männlicher Erfahrung als Gewaltopfer, welche ihrerseits, wie Hagemann-White und Lenz anmerken, einem kulturellen Paradox entsprechen, d.h. dem Bild einer hegemonial organisierten Männergesellschaft mit einer Siegerkultur, bei der der Unterlegene stigmatisiert wird; das heisst «entweder ist jemand ein Opfer, oder er ist ein Mann» (Hagemann-White & Lenz, 2002, S. 462). Entsprechend werden männliche Opfer im Behandlungs- und Beratungssystem oft nicht ernst genommen und können Ängste bei den Therapeuten selbst auslösen (Hagemann-White & Lenz, 2002: 475).

Der World Report on Violence der WHO (Genf, 2002) weist aus, dass Männer global gesehen zwei bis drei Mal häufiger Opfer von Mordtaten, Kriegen und Selbstmordhandlungen sind als Frauen. Gemäss Döge haben junge Männer heute im Vergleich zu Frauen ein fast vierfach höheres Risiko Opfer einer Gewalttat zu werden. Der Einfluss von Alkohol und Drogen in aggressiven Kontexten ist beachtlich und Gegenstand zahlreicher Forschungsarbeiten (Übersicht bei Pernanen, 2001). Männer unter Alkoholeinfluss tragen ausserdem ein erhöhtes Risiko, Opfer von Straftaten zu werden (Klingemann, 2001: 115).

Aus der umfassenden Übersicht zu Gewalterfahrungen von Männern und Frauen bei Hagemann-White und Lenz (Hagemann-White & Lenz, 2002) sowie bei Döge (2004) geht hervor, dass trotz schwieriger Datenlage Männer in vielen Bereichen ebenso stark oder noch mehr als Frauen betroffen sind. Nur zwei Beispiele sollen herausgegriffen werden:

- Gewalt und sexualisierte Gewalt in Gefängnissen, die etwa in Deutschland zu 96 Prozent von Männern besetzt sind, mit einem hohen Anteil an inhaftierten Drogenabhängigen. In diesem subkulturellen Gewalt- und Riskomilieu sind auch die Prävalenzen für problematischen Alkoholkonsum höher als in der Durchschnittbevölkerung (Thom, 2003: 14).
- Doppelt so viele männliche wie weibliche Jugendliche werden mindestens einmal täglich zu Hause geschlagen (Döge, 2004: 235; Hagemann-White & Lenz, 2002: 466); nordamerikanische Studien weisen bei Jungen einen Anteil von 40 Prozent aus, der im öffentlichen Bereich Erfahrungen mit sexueller Ausbeutung gemacht hatte (im Vergleich 21 Prozent bei den Mädchen) (Hagemann-White & Lenz, 2002: 467). Weiter wird geschätzt,

dass in 50 Prozent aller schwulen Beziehungen, Männer Opfer häuslicher Gewalt sind (Hagemann-White & Lenz, 2002: 474); Döge stellt fest: «Ein tabuisierter Bereich ist Beziehungsgewalt von Frauen gegen Männer... gegenwärtig nicht geklärt ist, wie entsprechende Untersuchungen nahe legen, ob Frauen und Männer in heterosexuellen Paarbeziehungen zu gleichen Teilen körperliche Gewalt gegen den Partner ausüben» (Döge, 2004: 236).

Männer – Sexualität und HIV

Wurde Risikoverhalten als typisch männliches Verhalten charakterisiert, so kann ein dementsprechendes Sexualverhalten, das traditionellen männliche Vorstellungen von Sexualbeziehungen, sexuellen Ausdrucksweisen und Beziehungen zum anderen Geschlecht entspricht, schwerwiegende Folgen haben. Gleichzeitig besteht Grund zur Annahme, dass sich «Männer nicht nur im toten Winkel der HIV- und Aidsprävention befinden, sie fallen auch aus dem Raster der Politik, die zum Ziel hat, die sexuelle Gesundheit zu verbessern. Tatsächlich gelten die Männer für die Prävention als verloren und die Männlichkeit wird auf die biologische Funktion reduziert (Spencer, 2003: 50). Gleichzeitig spielen heterosexuelle, Drogen gebrauchende und schwule Männer bei der Übertragung infektiöser Geschlechtskrankheiten eine Schlüsselrolle. Ungeschützter Geschlechtsverkehr ist vor allem bei jungen risikobereiten Männern zwischen 19 und 24 Jahren zu beobachten. Klienten von Prostituierten aber auch Männer, die als Escorts arbeiten, sind verstärkten Risiken ausgesetzt (Jaiyesimi & Harry, 2004: 213). Die Interaktion zwischen dem generell problematischeren *Alkoholkonsum* bei Männern und risikoreichem Sexualverhalten ist aufgrund bisheriger Untersuchungen allerdings umstritten. Thom kommt zum Schluss, dass bisherige quantitative Untersuchungen den Einfluss von Trunkenheitszuständen unterschätzt haben könnten: «Research needs to examine, whether people are more likely to have unsafe sex when they have had a drink but are not yet drunk, when they have drunk to intoxication, or in both circumstances» (Thom, 2003: 16).

Wenn Männer alt werden

Wie am Beispiel der Konstruktion von Männlichkeit und Weiblichkeit in der Adoleszenz bereits dargelegt, ist besonderes Augenmerk auf geschlechtsspezifische Statuspassagen und allfällige Funktionen des Suchtmittelkonsums zu richten. Dies gilt auch für das Ausscheiden der Männer aus dem für viele als zentral angesehen Berufsleben. Der Wechsel aus dem aktiven Erwerbsleben ist oft der grösste Einschnitt im Sozialgefüge des Mannes, der im Extremfall zum frühen Pensionärstod als Zusammenwirken von Stresserleben und Herzkrankheit, aber auch zu einer ganzen Palette sonstiger Gesundheitsbeschwerden führen kann: «Der fehlende Tagesrhythmus, Langweile, Rollenkonflikte mit der Ehefrau, fehlende Erfolgserlebnisse und Selbstbelohnungen können zu Depressionen und Symptomen führen, die denen des akuten Stresses gleichkommen» (Jacobi, 2003: 144).

Zum Stichwort Rollenkonflikte im Alter und im Nachtrag zu den obigen Ausführungen zum Thema Gewalt sei angemerkt, dass offenbar gebrech-

liche Männer im Alter zumindest gleich oft wie Frauen Gewalt in der Partnerschaft ausgesetzt sind und so möglicherweise «alte uneingelöste Rechnungen zwischen den Partnern beglichen werden» (Hagemann-White & Lenz, 2002: 474). Wichtige Hinweise darauf, dass auch nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben maskuline Rollenerwartungen und -orientierung ähnlich wirksam bleiben wie in früheren Lebensabschnitten, ergeben sich aus einer qualitativen Untersuchung von Davidson bei 85 Männern im Alter von über 65 Jahren, welche auch den Suchtmittelkonsum einbezieht (Davidson & Arber, 2003). Grundsätzlich finden sich bei Männern im Alter ähnliche gesundheitsbezogene Einstellungen wie bei jungen Männern, dies, trotz oft *objektiv* verschlechtertem Gesundheitszustand oder gar schwerer Krankheit. Im Einzelnen werden Arztbesuche nicht als solche deklariert, soziale Unterstützung und öffentliche Programme – vor allem wenn diese von älteren Frauen dominiert werden – kaum angenommen und Krankheit als unerklärlich plötzlich einsetzender Zustand (*domino pathologies – viele Jahre war alles perfekt, dann plötzlich ging es mit allem schlechter*) wahrgenommen. Beim Alkohol- und Zigarettenkonsum, aber auch bei allgemeinen gesundheitsrelevanten Einstellungen zeigt sich ein klarer protektiver Effekt bei den verheirateten Männern. Während bei dieser Gruppe der Konsum kontinuierlich über die Altersklassen sinkt, ist dies insbesondere bei den geschiedenen, daneben aber auch den verwitweten und allein stehenden Männern weit weniger der Fall. Letztere Gruppen haben auch eine eher stoische Einstellung zu Krankheit und Gesundheit und sind nicht bereit, über Körper und Krankheit zu sprechen und Krankheit anzuerkennen: «I am pretty good for my age» (Davidson & Arber, 2003: 73). Diese qualitative Studie ist eine der wenigen Ausnahmen auf diesem Gebiet. Es besteht eine grosse Forschungslücke; auch in der Alkoholforschung werden gegenläufige Thesen zur Konsumveränderung im Alter vertreten: Einerseits kann die Entbindung von beruflichen Verpflichtungen (zum Beispiel die Bedienung einer gefährlichen Maschine) zu einem Anstieg des Konsums führen, nun, da man nicht mehr aufpassen muss, der noch verstärkt wird durch den Versuch, mit Rollenkonflikten nach der Pensionierung zurecht zu kommen, andererseits könnte spekuliert werden, dass der Ausstieg aus «feuchten» Berufskulturen und ein tendenziell verminderter Zugang bei sinkendem Einkommen zu einem Rückgang des Konsums führen müsste. Beide Annahmen sind bis anhin empirisch nicht gesichert. Fest steht allerdings, dass insbesondere nicht verheiratete Männer – der Geschiedenenanteil ist zudem ansteigend – sich im Alter zu einer Hochrisikogruppe entwickeln, die in dieser Lebenslage männergerechte Unterstützung mehr denn je benötigt.

Männerbedürfnisse und gesundheitliches Versorgungssystem – von der Schwierigkeit, Hilfe annehmen zu können

Bei den Diskussionen um männerspezifische Behandlungsangebote und Therapieziele kann hinterfragt werden, welches grundsätzliche Geschlechtsrollenmodell den therapeutischen Maximen jeweils zugrunde liegt. Schliesslich wäre eine bislang noch ausstehende Bewertung des suchttherapeutischen Versorgungssystems mit Blick auf männerspezifische Rollenerwartungen zu leisten.

Perspektiven männerspezifischer Behandlung unter Berücksichtigung des Geschlechtsrollenverständnisses

Bereits einleitend wurde in Abschnitt 2 darauf hingeweisen, dass Männer über weniger persönliche Ressourcen zur Unterstützung verfügen und weniger häufig professionelle Hilfe beanspruchen als Frauen. Dass Männer das Gesundheitsversorgungssystem weniger in Anspruch nehmen als Frauen ist in der Tat nicht nur im Suchtbereich vielfach belegt worden, sondern wird als einer der wichtigsten geschlechtsspezifischen gesundheitsrelevanten Unterschiede hervorgehoben.. Um nur einige Beispiele zu nennen: Gemäss der Schweizeri-schen Gesundheitsbefragung 2002 haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung 82,1 Prozent der Frauen einen Arztbesuch absolviert, während es bei den Männern 71,3 Prozent waren Vorsorgeuntersuchungen werden ebenfalls eher von Frauen genutzt, wobei bei steigenden Einkommen auch die Vorsorgebereitschaft wächst (Bundesamt für Statistik, 2003:15, 11, 14). Im Mental- Health-Bereich sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede noch ausgeprägter. So sind gemäss amerikanischen Daten beispielsweise zwei Drittel der Patienten in psychologischen Beratungsdiensten Frauen. Während lediglich ein Mann von sieben im Verlaufe seines Lebens Beratung in Anspruch nimmt, so sind es ein Drittel aller Frauen (vgl. Übersicht bei McCarthy & Holliday, 2004: 26). Gemäss der Mannheimer Kohortenstudie wurden Frauen mehr als doppelt so häufig ambulant psychiatrisch behandelt wie Männer. Zwar scheint dies in etwa den entsprechenden Prävalenzen bei psychischen Störungen zu entsprechen, fraglich ist jedoch die Unterdiagnostizierung etwa von Depressionen bei Männern (vgl. McCarthy & Holliday, 2004: 27) und die Einschätzung der Einstellung und Anerkennung von Männerbeschwerden durch Ärzte. Weitere Befunde weisen auf grösseren Therapiewiderstand hin bei Männern als bei Frauen, auch bei vergleichbarer Behandlungsbedürftigkeit: 63 Prozent der für eine Behandlung indizierten Frauen und 71 Prozent der Männer lehnten in der Mannheimer Kohortenstudie die Therapie ab (Strauss, Hartung, & Kächele, 2002: 535).

Ein zentraler Begründungsansatz zur Erklärung dieser Unterschiede im Hilfesuchverhalten bezieht sich auf männliche Geschlechtsrollenorientierungen, welche die Annahme von Hilfe und bereits schon die Initiierung von Hilfesuchprozessen tendenziell verhindern. Schliesslich sind Behandlungsphilosophien und die therapeutischen Rahmenbedingungen oft inkompatibel mit Männerbedürfnissen: «Traditonal counseling requires men to set aside much of their masculine socialization simply to get through the door and ask for help» (Romelsjo, Leifman, & Nystrom, 1995:148). Hier stellt sich nun die Frage inwieweit das Therapiesystem, speziell im hier interessierenden Suchtbereich, geschlechtsrollenspezifischen Erwartungen unterschiedlich Rechnung trägt und welche Therapieformen oder Therapiesystemansätze auf höhere Akzeptanz bei der am stärksten belasteten Risikogruppe, nämlich den Männern, treffen könnten. Diese Perspektive ist eher neu: Typisch waren Positionen wie von Vogt vertreten, die aus der Minderheitenposition der Frauen in gemischtgeschlechtlichen stationären Drogenbehandlungseinrichtungen folgert, dass das Behandlungssystem von Anbeginn einseitig auf Männerbedürfnisse ausgerichtet sei und dieselben Bedürfnislagen wie bei den männlichen Patienten fälschlicherweise auch bei Frauen postuliert worden seien (Vogt, 1998: 284). Im Alkoholbereich argumentiert Menétrey ähnlich (Menétrey, 2000: 30). Diese Annahme entbehrt jedoch einer soliden empirischen Grundlage und müsste allgemeiner formuliert und überprüft werden: Moynihan weist in

einem Überblick zu Theorien der Maskulinität darauf hin, dass mit steigender Ausprägung weiblicher Geschlechtsrollenerwartungen bei Männern und Frauen, generell die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung zunimmt (Moynihan, 1998: 1073). Ähnlich müsste überprüft werden, inwieweit denn spezifische Therapieangebote, vor allem auch im Suchtbereich, auf Menschen mit einem variierenden Anteil von so genannten weiblichen und männlichen Geschlechtsrollenerwartungen implizit (hidden agenda) oder explizit abgestellt sind. Die Tatsache, dass Männer in bestimmten Behandlungseinrichtungen die Mehrheit bilden, heisst noch nicht, dass männergerechte Behandlung angeboten wird. Argumentationen wie «Drogenarbeit ist einseitig an den Bedürfnissen von Männern ausgerichtet … So etwa fühlen sich von Bau- und Waldarbeit in Arbeitsprogrammen genauso wie von grossen Gruppen und statusorientierten Gruppenstrukturen in therapeutischen Wohngemeinschaften vor allem Männer angesprochen» (Geschlechtergerechte Drogenarbeit, o.J.) gehen an der eigentlichen Problematik vorbei. Anders ausgedrückt: wie weiblich oder männlich die Inszenierung von gesellschaftlichen Reaktionen auf problematischen Alkoholkonsum ausfällt, etwa nach dem Motto «cure – care – or control» mit männlichen Alkoholkontrollpolitiken und weiblicher Pflege und Fürsorge, ist durchaus eine offene Frage.

Betrachten wir unter diesem Blickwinkel zunächst ganz allgemein die institutionalisierten Systemerwartungen, welche gemäss Parsons mit der *Krankenrolle* verknüpft werden, so betreffen diese vier Punkte: a) Die kranke Person wird je nach Schwere der Krankheit temporär von ihren übrigen sozialen Rollenverpflichtungen entbunden; b) sie wird von jeglicher Verantwortung für ihre Krankheit befreit und erkennt an, hilfsbedürftig zu sein; c) sie übernimmt die Verpflichtung, den unerwünschten Zustand der Krankheit zu überwinden und d) ist bereit, den Anweisungen eines technisch kompetenten Heilers zu folgen (Parsons, 1951: 436 – 437). Rückblickend auf die eingangs dargelegten rollentheoretischen Überlegungen, wird bereits hier deutlich, dass die so charakterisierten Elemente der Krankenrolle, wie Rückzug, Passivität und Unterwerfung unter einen Spezialisten wohl eher traditionellen weiblichen Rollenelementen entsprechen.

Männergerechte Behandlungspraxis: Macht und Ohnmacht als Leitmotive oder den Mann zur Sprache bringen?

Werfen wir schliesslich einen Blick auf spezifische Behandlungsangebote und inwieweit diese mit männlichen Geschlechtsrollenorientierungen kompatibel sind: Ein indirekter Hinweis auf Geschlechtsrollenverschiebungen findet sich hinsichtlich der Al-Anon Philosophie, welche in den 50er Jahren forderte, dass die Frauen von alkoholabhängigen Männern geduldig, nachgiebig und verständnisvoll sein sollten und vor allem die Machtstellung des Mannes in der Familie keinesfalls in Frage stellen dürfen. Mit der einsetzenden Frauenbewegung traten dann als Verhaltenserwartungen persönliche Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Frau, Respekt und Unabhängigkeit in den Vordergrund, das heisst die traditionelle Männerrolle wurde grundsätzlich in Frage gestellt (Humphreys, 2004: 47). Damit sind Erwartungen mächtig und stark zu sein, als wichtige Bestandteile männlicher Rollenorientierung angesprochen, die neben der erwarteten Stigmatisierung durch andere Männer, wenn Hilfe gesucht wird, und neben den Vorstellungen über die erwartete Wirksamkeit des Hilfsangebotes eine wichtige Rolle spielen. Macht und

Stärke bedeutet gleichzeitig auch, dass ein Mann nicht die Kontrolle verliert (Alkohol vertragen kann; auch noch angetrunken fahren kann). Dies steht im diametralen Gegensatz zum klassischen Verständnis von Sucht als Kontrollverlust – Kontrolle über sich selbst und andere als Wesensmerkmal der Macht im Weberschen Sinne – und dem damit einhergehenden deterministischen Krankheitskonzept. Beide spiegeln die oben kurz skizzierte Parsonsche passive weibliche Krankenrolle, welche Unterwerfung unter den professionellen Heiler impliziert. Die Inanspruchnahme von Hilfe muss erfolgreich als ein Akt von Stärke umgedeutet werden können (vgl. Thomas, 2004: 265: etwa nach dem Motto: «contacting me when you did, was the best thing, you could have done»); Behandlungsformen und -programme, welche Konformität, Eingeständnisse der eigenen Machtlosigkeit einfordern, sind so gesehen wenig männergerecht. Mit Blick auf die überwältigende Dominanz von Zwölf-Schritte-Programmen wie den AA in den USA, folgert Thomas: «These programs (Zwölf-Schritt-Programme) do not work for men, who find it objectionable to admit powerlessness over alcohol/drugs and adopt reliance on a higher power» (Thomas, 2004: 265).

Die Technik des *motivationsfördernden Interviews* ist spezifisch für therapieresistente und auch zwangszugewiesene Patienten entwickelt und geeignet. Sie könnte besonders geeignet sein, um «den Mann zur Sprache zu bringen» (Neumann & Süfke, 2004), da sie einen positiven Einstieg wählt und einen Abwägungsprozess zwischen negativen *und* positiven Aspekten des Suchtverhaltens in Gang setzt. Die emotionale Besetzung von Handlungen und Handlungszielen wird damit graduell Bestandteil des Dialogs und überfordert das männliche Expressivitätsvermögen nicht von Anfang an. Nun verbietet die rigide klassische Männerrolle das Eingeständnis von Schwäche, hier Abhängigkeit; gleichzeitig wird gerade das *Leugnen* von Problemen als Diagnosemerkmal von fortgeschrittener Abhängigkeit betrachtet – ein klarer Männerbias könnte man spekulieren: «Not surprisingly, adherence to sterotypical masculinity ideology is associated with reluctance to admit dependency on alcohol and enter treatment» (Thomas, 2004: 265).

Die Berücksichtigung von Macht- und Kontrollbedürfnissen, insbesondere bei traditionell männlichen Geschlechtsrollenorientierungen, sind somit zentral, um die Akzeptanz und den Zugang zu Behandlungsangeboten zu verbessern. Darüber hinaus ist aber die Bearbeitung des Verhältnisses zwischen Sucht und der «need for power» Annahme im männerspezifischen Therapieprozess im engeren Sinne von grosser Bedeutung. So geht die *Macht-Ohnmacht-Alkoholthese* (MAO-These) davon aus, dass Alkohol insbesondere von Männern funktional als Machtproduzent eingesetzt wird, welcher das subjektive Leistungsgefühl steigert und bei der Bewältigung emotionaler Spannungen –Ohnmachtsgefühlen – hilft. Studien zeigen, dass insbesondere Personen mit hohem Bedürfnis nach Macht (das heisst im vorliegenden Argumentationszusammenhang mit hoher Ausprägung traditionell männlicher Geschlechtsrollenorientierung) durch Trinken Machtphantasien verstärkten (Sieber, 1996: 33). Aus dieser Perspektive wäre für eine männerspezifische Therapie eine Typologie qualitativ unterschiedlicher Formen subjektiver Macht zu entwickeln und den Umgang mit Machtprivilegien und subjektiver Ohnmacht, insbesondere bei Männern, aber auch bei Frauen, in der Therapie zu hinterfragen (Sieber, 1996: 36).

Weitere Dimensionen männergerechter Behandlung sind die Zusammensetzung von Behandlungsgruppen, die Frage gleich- oder gegengeschlechtlicher Therapeuten und deren Einstellungen sowie die Aussendarstellung und

-wirkung von Behandlungsprogrammen. Hinsichtlich des letzten Punktes kann manchmal schon die Bezeichnung von Therapieangeboten eine Rolle spielen; statt persönliche Beratung distanzierter und unverfänglicher etwa Männerbüro (sic!), Seminar, Workshop oder Lehrgang (McCarthy & Holliday, 2004: 28); diese Angebote müssen klar strukturiert und überschaubar sein (Braun, 2004: 4).

Was die Ausgestaltung des Behandlungssettings betrifft, so förderte, wie bereits ausgeführt, die Minoritätenposition der Frauen die Gründung von stationären Suchteinrichtungen, in denen ausschliesslich Frauen von Frauen behandelt wurden.

Die Wahrnehmung männerspezifischer Behandlungsbedürfnisse und die Beschäftigung damit setzte als verzögerte Reaktion auf die Forderungen der Frauen nach genderspezifischer Behandlung ein. Dies kann am Beispiel der 1993 gegründeten männerspezifischen Einrichtung CASA FIDELIO (Oberbuchsiten) illustriert werden: Ursprünglich als gemischte Einrichtung betrieben, forderten die Frauen im Team eine frauengerechte Suchtarbeit, was zu Konflikten mit den Männern und der Gründung der ersten frauenspezifischen Therapiestation in der Schweiz – Villa Donna im Jahre 1990 führte. Die zurückgebliebenen Männer beschlossen daraufhin, keine Frauen mehr aufzunehmen und sich ganz dem Mannsein zu widmen. Die Übergangsphase, während derer dann vorübergehend doch wieder Frauen ins Team und die Wohngruppen aufgenommen wurden, zeigte die Schwierigkeit der Männer sich nicht vorwiegend in Beziehung zur Frau zu definieren. Grundlage der männerspezifischen Arbeit ist heute, «dass die Männer wieder über ihre persönlichen Erfahrungen sprechen lernen, Vertrauen aufbauen, sich unter Männern geborgen fühlen und ihre Schwächen zeigen können, ohne abgewertet zu werden» (H. Müller, 2002: 72). Die Übernahme und Wertschätzung von «Frauenalltagsverrichtungen» bricht rigide maskuline Rollenorientierungen auf. In gemischten Settings sind Projektionen auf die Frauen und Ausweichmanöver der Männer eher zu erwarten, wenngleich diese Meinung durchaus von Behandlungspraktikern kontrovers diskutiert wird: «... getrennt geschechtliche Einrichtungen laufen eher Gefahr, bei Frauen gängiges Rollenverhalten zu zementieren als es aufzulösen... gemischte stationäre Einrichtungen bieten doch auch eine grosse Chance dafür, an der Auflösung dieser Rollenstereotypen zu arbeiten» (H. Klingemann, 1993: 94, 95).

Konkrete Hinweise was grundsätzlich – unabhängig vom spezifischen Beratungsanlass und nicht nur auf stationäre Therapien bezogen – bei einer *männerspezifischen therapeutischen Interaktion* zu berücksichtigen wäre, umfassen beispielsweise folgende Punkte:

- Die Frage, ob Männer tendenziell besser mit männlichen oder weiblichen Therapeuten einen geeigneten Rapport aufbauen können, muss differenziert angegangen werden: Forschungsbefunde zur Auswirkung unterschiedlicher *Geschlechterkonstellationen* in der Psychotherapie weisen darauf hin, dass gleichgeschlechtliche Dyaden oft günstigere Behandlungserfolge aufweisen als gemischte Settings. Gleichzeitig kommt es jedoch vor, dass Therapeuten durch misstrauische männliche und weibliche Patienten verunsichert werden und konfrontativ reagieren. Weiter wurde deutlich: «Mit hilflosen, abhängigen Männern konnten Therapeuten schlecht umgehen, während sie mit hilflosen abhängigen Frauen gut zurecht kamen» (Strauss et al., 2002: 539). McCarthy und Holliday weisen zusätzlich auf die Rolle des Alters hin: Jüngere Männer fühlen sich tendenziell wohler mit eher maskulinen helfenden Berufen wie Psychiatern und Geistlichen (McCarthy & Holliday, 2004: 27).

- Bei der Wahl der Behandlungsprache ist der «male dialect» zu berücksichtigen, der mit dem «emotion speak» von Therapeuten nichts zu tun hat. Wenn eine Unfähigkeit vorliegt, Gefühle in Worten auszudrücken, so muss auf andere Mittel zurückgegriffen werden, wie beispielsweise Biblio-, Audio- und Videotherapie, das Erzählen von Geschichten, oder das Verwenden von Metaphern. Wichtig ist auch männliches Schweigen als Vorbereitungshandlung für den Ausdruck von Gefühlen zu erkennen und zu respektieren (Teuwsen, 2004, S. 29). Hingegen gilt es als kontraproduktiv, wenn Therapeut und Patient in Männermythen befangen bleiben, beispielsweise wenn der Therapeut eine Metapher wählt, die rigide Rollen noch verfestigt. Moynihan illustriert dies aus der klinischen Praxis: «Male clinicians often do address dramatic existential crisis by referring to infertility as, for example shooting blanks... this kind of language reinforces the way in which many men think about their bodies as machines» (McMahon & Rounsaville, 2002: 1074). Neumann und Süffke sind aufgrund ihrer therapeutischen Erfahrung der Meinung, dass es in der Interaktion mit Männern um eine graduelle Verunsicherung und Verwirrung der eingebrachten jahrelang eingeübten Konzepte gehen muss, teilweise auch mit Hilfe therapeutischen Humors als Türöffner, «denn nur so kann sich ein neues, therapeutisches und hilfreiches Sprechen ausbilden» (Neumann & Süfke, 2004: 9).
- Männerspezifische Ansätze sollen männliche Stärken wie etwa Grosszügigkeit, Ausdauer, für andere einstehen anerkennen und nutzen (McCarthy & Holliday, 2004: 28). Braun umschreibt dies aus der Praxis eines Männerbüros wie folgt: «Männer sollen in Kontakt zu ihren eigenen Ressourcen und Möglichkeiten kommen und sich dadurch zusätzliche Handlungsalternativen und eigenständige Lösungen öffnen – Männer sollen ihr Mannsein eigenständig und in der Gemeinschaft mit anderen Männern definieren» (Braun, 2004: 1).

Männerspezifische Präventionsangebote – eine vernachlässigte Perspektive

«Setting approach» und «teachable moments» sind Leitmotive aktueller Präventionsarbeit. Spielt die Genderperspektive eine Rolle in der Prävention? Müssen Männerbotschaften für die Männerwelten anders formuliert werden als bei Frauen? Wie so oft kann man hier von Werbestrategen der Gegenseite lernen, welche mit Werbebotschaften etwa an die weiter oben diskutierten subjektiven maskulinen Machtbedürfnisse anknüpfen, ein Aspekt auf den Sieber bei der Diskussion der Macht-Ohnmacht-Alkoholthese (MAO-These) zu Recht verweist (Sieber, 1996: 36). Die aktuelle Alkoholkampagne Alles im Griff knüpft zumindest implizit insofern an Männerorientierungen an, als etwa auf die negativen Wirkungen des Alkohols auf die sexuelle Leistungsfähigkeit und Potenz Bezug genommen wird und der Anspruch auf Kontrolle in Risikokonsumsituationen erhoben wird. Primärsuchtprävention bei Jugendlichen, muss geschlechtsspezifischen Aufgaben der Herstellung von Männlichkeit (und Weiblichkeit) während der Adoleszenz zur Kenntnis nehmen und die Funktionalität des Suchtmittelkonsums genau einschätzen können. Bei männlichen Jugendlichen dient der Rauschmittelkonsum als Bewältigungsinstrument für einen Zustand der Statusunsicherheit: Alkohol vermittelt Macht und Stärke und betrifft den Aufnahmeritus in die Männergesellschaft. Für die

jungenspezifische Prävention bedeutet dies, «dass ‚funktionale Äquivalente' für den Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen gemeinsam gefunden und angeboten werden müssen, mit deren Hilfe sie Bedürfnisse nach der Demonstration von Männlichkeit, Stärke und dem Ausloten von Grenzen befriedigen können» (Krüger, 1992: 29). In diesem Zusammenhang beklagt Weil, «dass geschlechtsspezifische Arbeit im Bereich Jugendarbeit weithin mit Mädchenarbeit gleichgesetzt wird» und betont die Notwendigkeit eines an den Stärken der Jungen orientierten Ansatzes ohne konkrete Handlungsanweisungen anbieten zu können (Weil, 1996: 28, 30). Ähnlich mahnt Kolip an, dass künftig die unterschiedlichen Belastungen und Ressourcen von Jungen und Mädchen in der Präventionsarbeit berücksichtigt werden müssten (Kolip, 2002: 887).

Sturzenhecker weist auf interessante Praxiserfahrungen mit jugendpädagogischen Modellen hin, welche unter dem Titel «beer education» den Versuch unternehmen, sich ohne moralisierende Untertöne in das kollektive peergroup Trinken einzuklinken. Gemeinsame Kneipenabende mit den Jungen (Rituale verstehen und würdigen), Bau und Diskussion eines Turmes aus den während einer Woche konsumierten Bierdosen (Menge = Leistung) und Einbezug der Reaktionen der Mädchen; gemeinsam mit den Jungen typische Orte, wo Männer Alkohol konsumieren, besuchen und fotografieren (Sturzenhecker, 2001: 39, 40). Schmidt und Kolip verweisen ebenso auf einen ressorucenorientierten Ansatz mit Schwerpunkten in der Erlebnispädagogik, die Spass macht (Schmidt & Kolip, 1999: 53).

Männerspezifische *Setting Ansätze* könnten sich beispielsweise auf Sport und Arbeit als vorwiegend typische Männerdomänen beziehen. In der Tat treiben Männer generell mehr Sport als Frauen (Brähler & Merbach, 2002: 137), Doping und Hooliganism sind suchtspezifische maskuline Begleiterscheinungen und die zentrale Rolle des Körpers auch für den Mann ist bereits zur Sprache gekommen. Dementsprechend bieten sich auf Sport bezogene Kontexte für Männerprävention geradezu an. Nichtsdestotrotz lag der Schwerpunkt der Projektphilosophie der Schweizer Sportprogramme in der Therapie von Drogenabhängigkeit (Start – Mach mit plus) auf der Kompensation frauenspezifischer Defizite. So heisst es, ganz im Gegensatz zu den oben angestellten Überlegungen apodiktisch: «Er (der Sport in der Drogentherapie, Anmerkung des Verfassers) ist anzugehen unter dem Aspekt einer *frauen*gerechten Drogenarbeit» BAG 2003: 18). Anders das englische Beispiel des ambulanten psychiatrischen Gemeindepräventionsprogramms «*It' a Goal*»(«*Tor!*») welches spezifisch auf Gesundheitsförderung bei schwer erreichbaren jungen Männern abzielt. Konkret wurde ein Gesundheitsförderungsdienst in einem Fussballstadium eingerichtet und die Terminologie der Gruppen- und Informationsarbeit vollumfänglich dem Fussballjargon entlehnt (Pringle & Sayers, 2004). Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Bemühungen im Bereich der Sekundärprävention ist noch das Programm JUMP für Jungen zu nennen, welches Teil der supra-f Forschung, Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), ist.

Schliesslich dürften Programme vielversprechend sein, welche direkt auf die *Arbeitswelt* Bezug nehmen, die für die meisten Männer immer noch eine entscheidende Rolle bei ihrer Identitätsstiftung spielt. So wurde im Rahmen des Programms Männergesundheit MaGs von RADIX gezielt das Projekt Timeout statt Burnout lanciert (Setz, 2003). Männer bis zum 40./45. Lebensjahre sind besonders hohem Stress bei der Entwicklung ihrer Berufskarriere ausgesetzt, Mobbing und Burnout mit entsprechenden gesundheitlichen Folgen sind keine Seltenheit (Jacobi, 2003).

Diskussion

Suchtbehandlungssysteme und Versorgungsangebote erreichen in der Regel nur einen kleinen Bruchteil der potentiellen Klienten. Der Trend zur ambulanten Behandlung, die Aufgabe der Idee von der Therapiekette, die Aufweichung des Abstinenzdogmas und Bemühungen zur Individualisierung von Therapie reichen offenbar noch nicht aus, um Suchttherapie hinlänglich zu legitimieren und annehmbar zu machen. Es fehlt insgesamt an einer selbstkritischen *Kundenorientierung* bei den Behandlungsanbietern (vgl. Klingemann und Bergmark, 2006). Auf diesem Hintergrund illustriert der vorliegende Beitrag, wie – trotz des gängigen Mantras von evidence-based professioneller Praxis und Gender Mainstreaming – die Bedürfnisse wichtiger Nachfragergruppen – hier der Männer als Hochrisikogruppe - schlichtweg ignoriert werden (weitere Beispiele wären etwa fehlende Angebote zum Kontrollierten Trinken und professionelle Unterstützung bei Cannabis- und Komorbiditätsproblemen sowie stoffungebundenen Süchten). Welche Behandlungsphilosophien und Massnahmen wären plausibel, damit die männerspezifischen Anliegen, die sich aus den vorliegenden Ergebnissen zum Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollenorientierung und Suchtmittelkonsum ableiten lassen, besser berücksichtigt würden als bisher?

- Ganz allgemein dürften das Konzept von der abgestuften Behandlung (stepped care) und Techniken wie das motivationsfördernde Interview, welche in weit höherem Masse Bedürfnisse der Einflussnahme, Abgrenzung und der von Reziprozität im Verhältnis Patient – Behandler berücksichtigen, insbesondere auch Männer ermutigen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Prinzip der abgestuften Behandlung (stepped care) favorisiert Minimalinterventionen (z.B. Bibliotherapie) und steigert die Behandlungsintensität – evidence-based – und nur wenn mildere Mittel fehlgeschlagen sind (Sobell & Sobell, 1993: 150, Figure 6.2). Diese möglichst wenig invasive Vorgehensweise respektiert die Privatsphäre und Lebenswelt des Patienten. Die Akzeptanz etwa des Therapieziels kontrolliert zu Trinken neben der Abstinenzmöglichkeit, einhergehend mit der Aushandlung und fortlaufenden Anpassung des Therapieziels, entspricht maskulinen Werten wie Unabhängigkeit, Stärke, Kontrolle, Willenskraft, Aktivität, Instrumentalität ganz besonders ‚Kontrolliert trinken' und diese Fähigkeit tagtäglich auf die Probe zu stellen, könnte, wie Room darlegt, so gesehen sogar als moralisch höherwertiger Sieg des freien Willens über den Abstinenzgedanken gedeutet werden (H. Klingemann et al., 2004).
- Interessante praktische Konsequenzen ergeben sich aus den Annahmen des Androgynie-Konzeptes. Die traditionelle Auffassung von der Nützlichkeit scheinbar homogener Behandlungsprogramme nur für Männer oder nur für Frauen, geht letztlich von der Annahme aus, dass sich biologisches Geschlecht und Gender- oder Geschlechtsrollenorientierungen bipolar zueinander verhalten oder zumindest stark miteinander korrelieren. Dies mag vorläufig oft noch so sein. Je mehr sich jedoch Geschlechtsrollen im Sinne des Androgynie-Konzepts vermischen, umso weniger geeignet ist dieser Ansatz. Im Zuge der postmodernen Gesellschaft nimmt auch die Intragruppenheterogenität bei Männern und Frauen bezüglich vormals klassischer Geschlechtsrollenmerkmale tendenziell zu. Daraus würde dann auch gerade die gemeinsame Behandlung von Frauen und Männern folgen, welche ungeachtet ihrer biologischen Geschlechtszuge-

hörigkeit, gleichermassen etwa ein grosses subjektives Machtbedürfnis haben oder niedrige Werte auf einer Skala der Expressivität aufweisen und möglicherweise schädliche Strategien des Emotion Managements verfolgen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Schliesslich kann gezeigt werden, dass *genderbewusste Präventionsarbeit* in der Tat noch in den Anfängen steckt (siehe auch Franzkowiak & Helferich, 1997: 41): Sowohl im Jugend- als auch im Erwachsenenbereich liegt der Fokus nach wie vor einseitig auf der Mädchen- und Frauenperspektive. Wittschier resümiert: «Jede männergerechte oder männerspezifische Betrachtung in der Gesundheitsförderung» und Suchtprävention steht noch völlig am Anfang. Das alte Männerideal macht krank, aber das gesunde Mannsein muss erprobt sein» (Wittschier, 1996: 48). Ähnlich wie im Behandlungsbereich muss der Bezugspunkt präventiven Bemühens nicht die biologische Geschlechtszugehörigkeit sondern die sich im Wandel befindlichen Geschlechtsrollencharakteristika einbeziehen. Dann gibt es möglicherweise gemeinsame Präventionsprogramme für wilde Mädchen und wilde Jungen und betriebsgestresste und suchtgefährdete ehrgeizige Manager und Managerinnen.

Künftige Forschungsbemühungen auf diesem Gebiet sollten zusätzlich die Annahme spezifischer Männer- oder Frauensüchte hinterfragen und die Konvergenzthese, d.h. die Annäherung des Suchtverhaltens zwischen Männern und Frauen vermehrt über die empirische Berücksichtigung von Geschlechtsrollenorientierungen und eines vertieften Verständnisses geschlechtspezifischer Bewältigungstechniken angehen. Schliesslich liegen keine aktuellen Daten zur Therapieerwartung und zum Geschlechtsrollenstress bei männlichen Suchtpatienten und potentiellen Behandlungsnachfragern vor.

Summary

Addiction, Men's' Health and Masculinity – a newly discovered subject

The first part of the present summary article describes general epidemiological findings on male health risks with a focus on self-damaging behavioural patterns. This forms the basis of a closer examination and specification of the importance of masculinity and gender role orientation for health and addictive behaviour as regards the bipolar gender identity model, the androgyny concept and the gender role stress model. The author explains the role of the father, gender and violence as well as age as critical factors in the men's' world, and analyses the functionality of addictive behaviour as a coping strategy in each case. Against the background of these findings, the author examines the extent to which a balanced gender perspective actually affects society's reaction to men's problems. He specifically asks how feminine the therapy system is, why men take less advantage of the care offered than women, which gender-specific elements in therapeutic practice are potentially relevant, and whether preventive work also gives adequate consideration to the male risk group.

Résumé

Dépendance, santé des hommes et genre masculin – un thème d'apparition récente

La première partie de cette étude synoptique est consacrée aux données épidémiologiques générales concernant les risques sanitaires propres aux hommes, une attention particulière étant vouée aux comportements autodommageables. Sera ensuite analysée et précisée plus concrètement l'incidence de la masculinité et des représentations des rôles liés aux genres sur les comportements en matière de santé et de dépendances, en référence au modèle bipolaire de l'identité sexuelle, au concept d'androgynie et au modèle du stress découlant des rôles de genre. On s'intéressera ainsi au rôle de père, à la sexualité, à la violence et à l'âge comme étant des points critiques dans la

vie des hommes et on analysera dans chaque cas la fonction revenant aux conduites addictives en tant que stratégies permettant d'y faire face. A partir de ces observations, on examinera la question de savoir jusqu'où une prise en compte équilibrée des deux genres commence à se faire jour dans les réactions sociales aux problèmes masculins. Les questions concrètes posées sont: Jusqu'où va le côté «féminin» du système thérapeutique? Pourquoi les hommes sont-ils moins attentifs aux offres de soins que les femmes? Dans la pratique thérapeutique, quels sont les aspects spécifiques au genre potentiellement importants? Dans quelle mesure les efforts préventifs tiennent-ils judicieusement compte du groupe à risque des hommes?

Literaturverzeichnis

Arrindell, W. A., Kolk, A. M., Martin, K., Kwee, M. G., & Booms, E. O. (2003). Masculine gender role stress: a potential predictor of phobic and obsessive-compulsive behaviour. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychology, 34*(3/4), 251-267.

Berridge, V. (2002). Substance abuse and compromise of fathering. *Addiction, 97*(9), 1117.

Brähler, E., & Merbach, M. (2002). Geschlechterunterschiede im Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer, M. Jersualem & H. Weber (Eds.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (pp. 135-139). Bern: Hogrefe.

Braun, B. (2004). *Ein Mann ein Wort. Erfahrungen aus der Männerarbeit*. Karlsruhe: Dr. med. Mabuse.

Bundesamt für Gesundheit. (2003). *Gender in der Suchtarbeit*. Retrieved 20.09.04, from http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen/unterebenen/00939/index.html

Bundesamt für Gesundheit. (2004). *Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen. Zwischenergebnisse der supra-f Forschung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Statistik. (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and u.s. biomedicine. *American Sociological Review, 68*(2), 161-194.

Davidson, K. D., & Arber, S. (2003). Older men›s health: a life course issue? *Men's Health Journal, 2*(3), 72-75.

Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Ed.). (1990). *Abhängigkeiten bei Frauen und Männern*. Freiburg: Lambertus.

Döge, P. (2004). Abschied vom starken Mann. In T. Altgeld (Ed.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (pp. 233-242). Weinheim: Juventa.

Ernst, M.-L. (2002). Die Förderung geschlechtergerechter Angebote im Suchtbereich. *Abhängigkeiten, 2*, 31-35.

Faltermaier, T. (2004). Männliche Identität und Gesundheit. In T. Altgeld (Ed.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (pp. 11-33). Weinheim: Juventa.

Fett, A. (Ed.). (1996). *Männer - Frauen - Süchte*. Freiburg: Lambertus.

Franzkowiak, P., & Helferich, C. (1997). Geschlechtsbezug in der Suchtprävention. Theorien, Definitionen und Methoden für eine neue Praxis. *Abhängigkeiten, 3*, 37-46.

Green, J. (1997). *Risk and Misfortune. The social construction of accidents*. London: UCL Press.

Hagemann-White, C., & Lenz, H.-J. (2002). Gewalterfahrungen von Männern und Frauen. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (pp. 460-487). Bern: Hans Huber.

Hoffmann, M. L., Powlishta, K. K., & White, K. J. (2004). An examination of gender differences in adolescent adjustment: the effect of competence on gender role differences in symptoms of psychopathology. *Sex Roles, 50*(11/12), 795-810.

Holenstein, P. (2004, 20./21.11.04). Der Freitod hat einen hohen Preis. *Neue Zürcher Zeitung,* p. 79.

Humphreys, K. (2004). *Circles of recovery: self-help organizations for addictions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Jacobi, G. H. (2003). Stress und Burnout bei Männern. In G. H. Jacobi (Ed.), *Praxis der Männergesundheit* (pp. 139-145). Stuttgard: Thieme.

Jaiyesimi, R. A., & Harry, T. (2004). Men's sexual health: behaviour, infections and consequences. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health, 124,* 212-213.

Kalant, H. (1997). Opium revisited: A brief review of its nature, composition, non-medical use and relative risks. *Addiction, 92*(3), 267-277.

Kilmartin, C. T. (1994). *The masculine self*. New York: Macmillan.

Klingemann, H. (1993). Podiumsgespräch. Pro und Kontra: Behandlung in geschlechtlich gemischten oder getrennten Einrichtungen. In N. Mariolini, A.-C. Menétrey & H. Fahrenkrug (Eds.), *Frauen, Männer, Abhängigkeit* (pp. 91-100). Lausanne: ISPA Press.

Klingemann, H. (2001). Public order and safety. In H. D. Klingemann & G. Gmel (Eds.), *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption* (pp. 113-132). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Klingemann, H., Room, R., Rosenberg, H., Schatzmann, S., Sobell, L., & Sobell, M. (2004). *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel - Bestandsaufnahme des aktuellen Wissens. Literatur- und Expertenbericht zum Modul A*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKA).

Klingemann, Harald und Anders Bergmark (2006): The legitimacy of addiction treatment in a world of smart people. Addiction, 101, 1230-1237

Kolip, P. (2002). Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten im Jugendalter. *Bundesgesundheitsbl., 45*, 885-888.

Kolip, P., Jahn, I., & Summermatter, D. (2003). *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderungspraxis. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz*. Retrieved 03.12.04, 2004, from http://www.radix.ch/d/data/data_96.pdf

Krüger, A. (1992). Geschlechtsspezifische Konzepte der Suchtprävention. *drogen-report, 6*, 24-30.

McCarthy, J., & Holliday, E. L. (2004). Help-seeking and counseling within a traditional male gender role: an examination from a multicultural perspective. *Journal of Counseling and Development, 82*(5), 25-30.

McMahon, T. J., & Rounsaville, B. J. (2002). Substance abuse and fathering: adding poppa to the research agenda. *Addiction, 97*(9), 1109-1115.

Meier, C. (2004a). Die Arbeit der Fachstelle Gender Health. *Spectra, 43*, 3.

Meier, C. (2004b). *Gender Health: Policies, Praxis und Perspektiven*. Bern: Fachstelle Gesundheit von Frau und Mann, Bundesamt für Gesundheit.

Men women and the internet: gender differences. (o.J.). Retrieved 21.09.2004

Menétrey, A.-C. (2000). Alcool et toxicomanies: faut-il une approche spécifique selon le sexe? *Dépendances, 11*, 28-31.

Ministerium für Arbeit Soziales Gesundheit und Frauen. (2003). *Zwei Geschlechter - zwei Gesundheiten? Bericht zur Gesundheit von Männern und Frauen im Land Brandenburg*. Potsdam.

Moynihan, C. (1998). Theories of masculinity. *British Medical Journal, 317*, 1072-1074.

Müller, H. (2002). Einblicke in die männerspezifische Welt der Casa Fidelio. *Abhängigkeiten*(2), 70-74.

Müller, J. (1996). Männerspezifische Suchtaspekte. *Abhängigkeiten, 2*(2), 38-42.

Neumann, W., & Süfke, B. (2004). Den Mann zur Sprache bringen - Psychotherapie mit Männern. *Switchboard*(164), 8-12.

Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: The Free Press.

Pernanen, K. (2001). What is meant by 'alcohol-related' consequences? In H. Klingemann & G. Gmel (Eds.), *Mapping the social consequences of alcohol consumption* (pp. 21-31). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Phares, V. (2002). Finding Poppa in substance abuse research. *Addiction, 97*, 1119-1120.

Pringle, A., & Sayers, P. (2004). It's a goal: basing a community psychiatric nursing service in a local football stadium. *The Journal of the royal society for the promotion of health, 124*(5), 234-238.

Romelsjo, A., Leifman, H., & Nystrom, S. (1995). A comparative study of two methods for the measurement of alcohol consumption in the general population. *International Journal of Epidemiology, 24*(5), 929-936.

Santrock, J. W. (2003). *Adolescence* (9th ed.). Bosten: McGraw-Hill.

Schmidt, B., & Kolip, P. (1999). Geschlechtsspezifische Suchtprävention im Jugendalter. *Gesundheitswesen, 61*(1), 32-34.

Setz, R. (2003). *Projekt MaGs-Männergesundheit (2000-2002)*. Retrieved 03.12.2004, from http://www.radix.ch/d/data/data_10.pdf

Sieber, M. (1996). Trinkverhalten in der Männerbevölkerung - Indizien zur „MOA-These" (Macht-Ohnmacht-Alkohol-These). *Abhängigkeiten, 2*(2), 27-37.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1993). Treatment for problem drinkers: A public health priority. In J. S. Baer, G. A. Marlatt & R. J. McMahon (Eds.), *Addictive behaviors across the lifespan: Prevention, treatment, and policy issues* (pp. 138-157). Beverly Hills, CA: Sage.

Spencer, B. (2003). Wo sind die Männer? Die Repräsentanz der Männlichkeit in der Forschung zu Aids und zur sexuellen Gesundheit. Politik und Praxis. *Infothek, 1,* 50.

Spinatsch, M. (2004). *Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz?* Retrieved 03.12.04, from http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/drogen/48.pdf?PHPSESSID=3086f844a2f548b4ab73dc4e7a598ebe

Strauss, B., Hartung, J., & Kächele, H. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und sozialer Arbeit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (pp. 533-547). Bern: Hans Huber.

Sturzenhecker, B. (2001). Beer Education. Zur Kultivierung von Alkoholtrinken mit Jungen. *Sozialmagazin, 26*(5), 33-40.

Teuwsen, P. (2004). Das schwache Geschlecht. *Das Magazin, 43,* 24-30.

Thom, B. (2003). *Risk-taking behaviour in men. Substance use and gender*. London: Health Development Agency.

Thom, B. (2004). Smoking, drinking and drug use: a privilege and a burden. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health,* 207-209.

Thomas, S. P. (2004). Men's health and psychosocial issues affecting men. *Nursing Clinics of North America, 39*, 259-270.

Verbrugge, L. M. (1985). Gender and Health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health & Social Behavior, 26*, 156-182.

Vogt, I. (1998). Gender and drug treatment systems. In H. Klingemann & G. Hunt (Eds.), *Drug treatment systems in an international perspective* (pp. 281-197). London: Sage Publications.

Vosshagen, A. (2002). Alkoholkonsum und Männlichkeit. *Abhängigkeiten, 2*, 21-24.

Wahsburn-Ormachea, J. M., Hillmann, S. B., & Sawilowsky, S. S. (2004). Gender and gender-role orientation differences on adolescents' coping with peer stressors. *Journal of Youth & Adolescence, 33*(1), 31-40.

Weil, T. (1996). Paradoxien in der geschlechtsspezifischen Suchtprävention mit männlichen Jugendlichen. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 6*, 28-31.

Wettstein, F. (2004). *Daten und Fakten zu Sozialisation und Gesundheit nach Geschlechtern*. Retrieved 03.12.04, from http://www.radix.ch/d/data/data_160.pdf

White, A., & Cash, K. (2004). *The state of men's health in Western Europe*. Retrieved 21.09.04, from http://www.jmhg.org/english/summ_engl.htm

WHO. (2002). *Integrating Gender Perspectives in the work of WHO*. Retrieved 03.12.04, from http://www.afro.who.int/drh/gender_women/gender_policy_cabinet_final.pdf

Wittschier, S. (1996). Von der Sucht, ein Mann sein zu müssen und der Sehnsucht, ein Mann werden zu dürfen. *Abhängigkeiten, 2*(2), 43-48.

Wittschier, S. (2004). *Was macht Männer psychisch krank?* Retrieved 03.12.04, from http://www.radix.ch/d/data/data_146.pdf

Korrespondenzadresse:
Harald Klingemann, südhang Klinik für Suchttherapien, 3038 Kirchlindach,
E-mail: harald.klingemann@suedhang.ch