

## Somatische Kultur und HIV-Schutzstrategien heterosexueller Männer

### Summary

#### Somatic culture and HIV protection strategies of heterosexual men

**Objectives:** This qualitative study examines the association between the somatic culture of heterosexual men and their choice of a protection strategy against HIV/Aids.

**Methods:** Verbal data was generated in 23 specific interviews with Swiss German men in the age between 25 and 65 years. The analysis was based on an integration of open coding and documentary interpretation. Contrasting and systematic comparison of the cases led to a classification into types, on the basis of which the major research question could be examined.

**Results:** The study identifies four different types of somatic cultures and demonstrates that they are highly relevant for the choice of a protection strategy against HIV/Aids.

**Conclusions:** By introducing the concept of somatic culture as an explanatory factor, this study represents an important addition to the socio-cognitive models of protection and risk behaviour in HIV/Aids. It contributes to a theoretically broader understanding and better targeted prevention for heterosexual men.

**Keywords:** HIV protection strategies – Risk behaviour – Somatic culture – Men – Qualitative Aids research – HIV/Aids.

Der Statusbericht der UNAIDS zur HIV-Epidemie vom Dezember 2000 spricht ein erstes Mal von Stagnation: Nach Jahren der ständigen Zunahme schätzt UNAIDS die Zahl der weltweit im Jahr 2000 erfolgten Infektionen mit HIV erstmals um 100000 geringer als noch im Jahr zuvor. Dies gilt auch für die Region südlich der Sahara. Mit Blick auf die reicheren Länder der Erde lautet der Befund ebenfalls auf Stagnation, doch in einem anderen Sinn: Nach Jahren

der kontinuierlichen Abnahme von Neuinfektionen ist in diesen Ländern kein wesentlicher Rückgang der Neuinfektionen mehr zu verzeichnen (UNAIDS 2000). In den USA, Kanada und den Niederlanden verdichten sich sogar die Hinweise auf eine erneute Zunahme des Risikoverhaltens (Dukers 2000; Calzavara 2000; Denning 2000; Gibson et al. 2000).

Diese Entwicklung zeigt sich auch in der Schweiz: Nach einer kontinuierlichen Abnahme der positiven HIV-Tests von 2144 im Jahr 1991 auf 601 im Jahr 1999 stagnierte die Verringerung der Anzahl neu entdeckter Infektionen im Jahr 2000 bei 586 Fällen (Bundesamt für Gesundheit 2001a). Im Jahr 2001 war sogar eine leichte Zunahme der positiven HIV-Tests festzustellen. Dabei stellt der heterosexuelle Geschlechtsverkehr seit 1992 den bedeutendsten Übertragungsweg von HIV dar und seit 1997 erfolgen mehr als 50% der Infektionen beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr (Bundesamt für Gesundheit 2001b). Wie die neueste Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz für das Jahr 1997 aufzeigt, schützten sich 9% der Männer und Frauen zwischen 17 und 30 Jahren und 32% der Männer und Frauen zwischen 31 und 45 Jahren bei Gelegenheitskontakten nie mit einem Kondom, 14% resp. 13% nur manchmal (Dubois-Arber et al. 1999). In der aktuellsten Untersuchung zum sexuellen Risikoverhalten unter den 19- bis 65-Jährigen in der Deutschschweiz sprechen Bruhin et al. (2002) mit Blick auf das Jahr 2000 von einem erheblichen Schutzdefizit, gaben doch 30,5% der Frauen und 31,5% der Männer an, bei ihrem letzten Erst- oder Gelegenheitskontakt kein Kondom benutzt zu haben.

Die stagnierende Abnahme der Neuinfektionen wie auch die neueren Hinweise auf eine Zunahme von Risikoverhalten belegen, dass weiterhin ein Bedarf an Prävention besteht und der Schutz bei heterosexuellen Kontakten vermehrte Aufmerksamkeit verdient. Dabei rückt insbesondere das Schutzverhalten von heterosexuellen Männern ins Zentrum

des Interesses<sup>1</sup>, stellen doch heterosexuelle Männer in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Aids und tendenziell auch in der Präventionsarbeit die *forgotten group* (Exner et al. 1999) dar.

Die Sozialwissenschaften sind weiterhin gefordert, empirisch gesicherte Modelle zu entwickeln, die zu erklären vermögen, weshalb sich gewisse Menschen vor einer HIV-Infektion schützen (können) und andere nicht.

Sieht man von ad-hoc-Konzepten (Fisher et al. 1995) ab, haben in der Erklärung von Schutzverhalten bezüglich HIV bislang zwei Modelle im Vordergrund gestanden: die „Theorie des rationalen Handelns“ (*Theory of reasoned action*) (Ajzen & Fishbein 1980; Fishbein & Ajzen 1975), und als deren Erweiterung die „Theorie des geplanten Handelns“ (*Theory of planned behaviour*) (Ajzen 1985; Ajzen 1991).

Die „Theorie des geplanten Handelns“ stellt eine Weiterentwicklung der „Theorie des rationalen Handelns“ dar und ergänzt diese durch den Faktor wahrgenommener Verhaltenskontrolle (*perceived behavioural control*) (Ajzen 1985; Ajzen 1991; Schwarzer 1992). Sie besagt bezogen auf Schutzverhalten, dass es als planvolles Handeln auf eine vorgängige Intention zurückzuführen ist, die ihrerseits von drei Variablen beeinflusst wird: der Einstellung zum entsprechenden Verhalten, der subjektiven Norm und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle. Die Intention ist umso dezidiierter, je positiver die Einstellung zum Verhalten, je grösser der Druck der subjektiven Norm bzw. die soziale Unterstützung und je grösser die wahrgenommene Verhaltenskontrolle.

Wie ihre Vorgängerin wurde die „Theorie des geplanten Handelns“ nicht spezifisch mit Blick auf HIV entworfen. Zahlreiche Untersuchungen (Jemmott et al. 1992; Basen-Enquist & Parcel 1992; Terry et al. 1993; Kashima et al. 1993; Gallois et al. 1994; Corby et al. 1996) zeigten jedoch auf, dass sich die von den Theorien postulierten Zusammenhänge auch in Bezug auf das Schutzverhalten gegenüber HIV bestätigen (Bennet & Bozionelos 2000)<sup>2</sup>. Dennoch bleiben diese am häufigsten benutzten Modelle in ihrer Erklärungskraft begrenzt. Sie liefern nur eine ungenügende Erklärung der Varianz des Kondomgebrauchs (De Visser & Smith 1999). Überdies ist an der „Theorie des geplanten Handelns“ zu kritisieren, dass es sich um ein statisches Modell ursächlicher Faktoren handelt, die zwar benannt und in ih-

rer Anordnung plausibilisiert werden können; der Bruch zwischen Absicht und Handeln bleibt unter diesen Umständen jedoch unbeachtet. Weiter handelt es sich um einen individualistischen und auf rein kognitiven Variablen beruhenden Ansatz, der – wie alle vor dem Hintergrund Banduras sozial-kognitiver Theorie (1986) entwickelten Ansätze – davon ausgeht, dass der Gebrauch von Kondomen eine rationale Antwort des Individuums auf die Gefahr einer Ansteckung mit dem HI-Virus ist. Situationale Aspekte eines Sexualkontaktes (Bedeutung des Kondoms, Beziehung zwischen den Sexualpartnern, Aushandlungsprozesse) (De Visser & Smith 1999) und sozioökonomische Faktoren (Moatti & Souteyrand 2000) bleiben damit ausserhalb des Blickfeldes (Farin et al. 1996). Die auf der „Theorie des geplanten Handelns“ beruhenden Arbeiten im Bereich HIV und Kondomgebrauch gehen zudem nicht in adäquater Weise auf geschlechtsspezifische Unterschiede ein (Bennet & Bozionelos 2000). Nach wie vor darf die *Theory of planned behaviour* zwar als das bestgeprüfte theoretische Modell gelten. Ihre Weiterentwicklungen, wie sie von Fishbein zusammengefasst werden, gehen jedoch nicht über den etwas summarischen Einbezug wenig spezifizierter externer Variablen, wie z.B. *demographic variables* oder *other individual difference variables* hinaus (Fishbein 2000). Damit bleibt der Einbezug der Verflochtenheit der Menschen in gesellschaftliche Verhältnisse und der kulturellen Eingebundenheit der Individuen theoretisch unbewältigt, obwohl aus anderer Perspektive erkannt wurde, dass Faktoren wie Armut, Migration, Alter, soziale Stellung, ethnische Zugehörigkeit und Geschlecht die Vulnerabilität von Menschen beeinflussen (Rivers & Aggleton 1999).

In der Diskussion über weitere Faktoren, die für das Schutzverhalten von Männern von Bedeutung sind, wird deshalb immer wieder herausgestrichen, dass die Vernachlässigung von Schutz mit den dominanten Vorstellungen von Männlichkeit in Zusammenhang stehe, wie z.B. mit der in vielen Kulturen verbreiteten Vorstellung von männlicher Stärke und Unverletzlichkeit.

Die Nationalfondsstudie, deren Ergebnisse im Folgenden skizziert werden, geht einen etwas anderen Weg.<sup>3</sup> Sie bringt das Schutzverhalten in Zusammenhang mit dem in der Sozialisation angeeigneten System von körperbezogenen Überzeugungen und Regeln, die das Verhalten bestimmen. Sie thematisiert die HIV-bezogenen Schutzstrategien von Männern also im weiter gefassten Zusammenhang mit der

<sup>1</sup> So auch in der Kampagne von UNAIDS in den Jahren 2000/2001, die unter dem Slogan „Men make a difference“ weltweit auf die Rolle von Männern als Teil der Infektionskette einerseits und als Entscheidungsträger in der Reaktion auf die Epidemie andererseits aufmerksam macht und ein vermehrtes Engagement und ein konsequenteres Schutzverhalten von Männern zum Ziel hat (UNAIDS 2001).

<sup>2</sup> Berücksichtigt wurden Arbeiten, die die gesamte Theorie einem empirischen Test unterziehen und in englischer Sprache publiziert wurden.

<sup>3</sup> Nationalfondsprojekt Nr. 3346-62461, verantwortet von den Antragstellenden Prof. Dr. Reinhard Fatke (Pädagogisches Institut der Universität Zürich), Dr. Christina Hofmann (ehemal. Leiterin des Bereichs Prävention der Aids-Hilfe Schweiz), Prof. Dr. Daniel Gredig (Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz, Departement Soziale Arbeit).

„somatischen Kultur“ (Boltanski 1976), die sich Männer im Laufe ihres Aufwachsens aneignen, und untersucht, ob sich Zusammenhänge zwischen der somatischen Kultur und der gewählten Schutzstrategie zeigen, die dafür sprechen, den körperbezogenen Habitus (Bourdieu 1974; 1997) in die sozialkognitiven Erklärungsmodelle zu integrieren.<sup>4</sup>

Dabei wird unter „somatischer Kultur“ ein System von dauerhaften Dispositionen des Wahrnehmens, Denkens und Handelns verstanden,

- das eine Person in ihrer *Sozialisation* erwirbt,
- das durch die *gesellschaftliche* (sozioökonomische und soziokulturelle) *Position* der Person geprägt ist,
- das die jeweils konkreten, auf den Körper bezogenen Wahrnehmungen, Bewertungen und Handlungen dieser Person *bestimmt*
- und so ein bestimmtes *Muster* mit dem Körper umzugehen entstehen lässt, das andere Individuen in vergleichbarer gesellschaftlicher Position teilen.

„Somatische Kultur“ bezeichnet also die „Regeln, die das physische Betragen von Individuen lenken“. (Boltanski 1976) Es sind dies die verinnerlichten Regeln, wie „zu gehen, sich anzukleiden, sich zu ernähren, sich zu waschen, sich zu schminken und, für einige, zu arbeiten, die korrekte Art, in der physische Interaktionen mit anderen abzulaufen haben (...)“. (Boltanski 1976) Die somatische Kultur regelt das Interesse und die Aufmerksamkeit, die Individuen auf ihren Körper richten; sie prägt Individuen darin, ob und wie sie ihren Körper wahrnehmen und in ihn hineinhorchen; sie gibt vor, wie die einzelnen die Empfindungen der Lust und Unlust wahrnehmen und verarbeiten; sie beeinflusst die Haltung zu Krankheiten, die Inanspruchnahme von (medizinischer) Hilfe; sie formt die Einstellungen zur Sexualität. Den möglichen Zusammenhang von somatischer Kultur und Schutzstrategien von Männern untersuchen zu wollen, setzt allerdings die Kenntnis zumindest der wichtigsten Umriss dieser auf den eigenen Körper bezogenen Handlungsregeln voraus. Da hierzu keine Vorarbeiten bestehen, geht die im Folgenden referierte Untersuchung zum *Zusammenhang zwischen der somatischen Kultur von Männern und ihren Schutzstrategien gegen HIV* der Frage nach,

- welche *Typen* von somatischer Kultur bei Männern vorzufinden sind,

- ob sich mit der Zugehörigkeit zu bestimmten Typen *Unterschiede* in den gewählten Schutzstrategien *verbinden* und
- ob sich die Unterschiede in der gewählten Schutzstrategie auf die somatische Kultur *zurückführen* lässt, welche diese Männer sich angeeignet haben.

## Methode

Die Untersuchung stützt sich auf problemzentrierte Interviews (Lamnek 1993; Flick 1995). Der Leitfaden dazu enthielt zum einen die Einleitung zum Thema, Anmerkungen zum Verlauf des Interviews und eine erste offene Einstiegsfrage.<sup>5</sup> Im Weiteren hielt er die Dimensionen fest, die im Interview angesprochen werden sollten: Körperbezug, alltäglicher Umgang mit dem Körper, Gesundheitskonzept, Gesundheitshandeln, Risikoverhalten, Beanspruchung ärztlicher Dienste, Vorsorge, Schutzstrategien allgemein, Schutzstrategien gegen HIV/Aids, Sex, Selbsttypisierung. Jeder Antwortsequenz folgten erst die Sondierungen (Nachfragen, Spiegelungen, Interpretationsangebote, Ad-hoc-Fragen) bevor zu einer passenden nächsten Frage übergegangen wurde. Für die Bestimmung des sozialräumlichen Milieus wurden am Ende jedes Interviews die soziodemographischen Daten des Befragten schriftlich aufgenommen. Insgesamt wurden 23 deutschsprachige Männer mit heterosexueller Orientierung interviewt, wovon drei der Interviews aus berechtigten Gründen nicht in unsere Analyse einbezogen wurden.<sup>6</sup>

Die Auswahl der Interviewpartner folgte den Regeln des theoretischen Samplings und berücksichtigte die Kriterien: formale Bildung, Art der beruflichen Tätigkeit (manuell vs. nicht manuell), Alter, Beziehungsstatus (verheiratet, in fester Beziehung, Single) und Sozialraum (wohnhaft in Gross- und Mittelzentrum, Pendlergemeinde in der Agglomeration, Landgemeinde). Die Interviewpartner wurden zum Teil indirekt durch Vermittlungspersonen angesprochen. So wurden z.B. Studierende oder Vorstehende und Mitglieder von Vereinen zum Projekt informiert, dokumentiert und gebeten, Männer in ihrem sozialen Umfeld auf ihre Bereitschaft zu einem Interview anzusprechen. In der Information zum Projekt wurde auf den Umgang mit dem Körper fokussiert. Fragen zum Schutzverhalten bzw. HIV/Aids

<sup>4</sup> Unter Habitus ist eine „Handlungs-, Wahrnehmungs- und Denkmatrix“ (Bourdieu 1997) zu verstehen, welche vergangene Erfahrungen integriert und in der konkreten Situation eine bestimmte Praxis generiert. Damit lässt der Habitus durch die analoge Übertragung seiner Schemata auf unterschiedliche Situationen eine für ein Individuum immer wiederkehrende Art der Praxis, einen bestimmten Stil, eine bestimmte Art, beispielsweise mit dem Körper umzugehen, entstehen.

<sup>5</sup> Die Einstiegsfrage lautete: „Wenn Sie so auf Ihr Leben zurückblicken, was spielte Ihr Körper für eine Rolle?“

<sup>6</sup> Dabei handelt es sich um suchtkranke oder körperlich beeinträchtigte Männer. In den Interviews stand ihre Auseinandersetzung mit gegenwärtigen körperbezogenen Problemen so sehr im Vordergrund, dass die generierten verbalen Daten keine eindeutige Identifikation des körperbezogenen Orientierungsmusters zuließen und aus methodischen Gründen nicht in die Analyse einbezogen wurden.

wurden bewusst nicht angekündigt. Ein weiterer Teil wurde über Aushänge in Firmen und Regionalen Arbeitsvermittlungszentren gewonnen. In einer letzten Phase wurden mit Blick auf gezielte Vergleiche und auf die noch ungenügende Berücksichtigung gewisser Sampling-Kriterien (es fehlten Singles) Kontaktinserate in Zeitschriften mit dem Kurzbeschrieb und einer Interviewanfrage beantwortet sowie ein Inserat in einer Gratiszeitung zur Suche nach Singles geschaltet.

Die Personen, die sich zu einem Interview bereit erklärten, wurden von einer Person des Projektteams telefonisch noch einmal und immer gleichlautend über das Interviewthema und den Ablauf informiert und um nochmalige deutliche Einwilligung gebeten. Daraufhin wurden die möglichen Interviewpartner in eine Liste aufgenommen.

Jene zum Interview bereiten Männer, die ein Profil hatten, das sich in einer späteren Phase der Untersuchung als genügend gesättigt zeigte, wurden zur gegebenen Zeit benachrichtigt, dass sie nicht einbezogen würden, und für ihre Bereitschaft zur Teilnahme verdankt.

Die Interviews wurden von zwei Interviewerinnen (je acht resp. sieben Interviews) und einem Interviewer (acht Interviews) durchgeführt. Bei diesen drei Fachpersonen handelte es sich um die Wissenschaftler/innen, die schon für das Konzept, die Beantragung, die Ausarbeitung des Leitfadens und die Auswertung zuständig und somit für diese Aufgabe bestens vorbereitet waren. Der laufende Vergleich der Ergiebigkeit der Interviews liess keine Unterschiede in Offenheit, Tiefe oder Ausführlichkeit der Ausführungen der Befragten erkennbar werden. Das Antwortverhalten variierte damit weniger in Funktion zur Interviewperson als in Abhängigkeit des Reflexionsgrades der Person und des angeschnittenen Themenkreises. Erwartungsgemäss waren die Darlegungen zur Gestaltung des Sexuallebens weniger lang und vor allem weniger detailliert als etwa die Ausführungen zum Sport. Es wurde aber kein Interview abgebrochen oder Antworten verweigert.

In der Analyse wurde ein Vorgehen gewählt, das sowohl eine Entwicklung von Kategorien (z.B. dem Gesundheitskonzept) als auch die Identifikation von habituellen Mustern und den damit verbundenen (handlungsbezogenen oder gedanklichen) Rahmen erlaubte. Hierzu wurden das offene Kodieren gemäss Strauss und Corbin (1996) in die dokumentarische Interpretation nach Bohnsack (1999) integriert. Diese Integration ist insofern möglich, als beide Ansätze mit ihrer Orientierung an konstruktivistischen Wirklichkeitsvorstellungen, an einem wissenstheoretischen Ansatz und am Interaktionismus von denselben metatheoretischen Grundlagen ausgehen. Es resultierte ein Analyse-schemata, bei welchem in der vertikalen Analyse dem offenen

Kodieren die Identifikation von thematisch dichten Textpassagen bzw. von Stellen folgte, die sich durch eine „besonders interaktive und metaphorische Dichte“ (Bohnsack 1999) auszeichnen. Bei der thematisch dichtesten Interviewpassage setzte dann die Suche nach (positiven und negativen) Horizonten und Gegenhorizonten ein. Dieser Interpretationsschritt wurde hernach auch bei den übrigen thematisch dichten Passagen im Interview ausgeführt (sequenzielle Analyse). Die Muster, die sich so herausarbeiten liessen, wurden anschliessend zusammengeführt und daraufhin untersucht, inwiefern sich über die verschiedenen Interviewpassagen und darin dargebotenen Rahmen hinweg eine Homologie zeigte, die ein zentrales Orientierungsmuster im Umgang mit dem Körper zum Ausdruck bringt.

In der horizontalen Analyse wurde der einzelne Fall zunächst mit den übrigen Fällen kontrastiert, um eine Vertiefung der vertikalen Analyse zu erreichen (Kelle & Kluge 1999). Ausgangspunkt der anschliessenden Typenbildung war die Bestimmung der Merkmale, denen der systematische Vergleich der Fälle folgte. Diese Vergleichsdimensionen wurden aus der zentralen Fragestellung, den beim Sampling implizierten theoretischen Überlegungen und aus der Interpretation des vorliegenden Materials hergeleitet<sup>7</sup>. Die Typenbildung erwies sich in der Folge als zweistufiger Prozess der Bündelung der Fälle nach den Kriterien der Ähnlichkeit bzw. Differenz (grösstmögliche interne Homogenität und externe Heterogenität der Typen): Die erste Bündelung erfolgte auf der Stufe der zentralen Vergleichsdimension (Orientierungsmuster im Umgang mit dem Körper) in Form der Verdichtung zu vier kollektiven Orientierungsmustern. Die zweite Bündelung erfolgte unter Einbezug sämtlicher Vergleichsdimensionen.

## Resultate

### *Typen somatischer Kultur*

Aus dem Material lassen sich vier Typen somatischer Kultur herausarbeiten: der visionäre Typus, der ambivalente Typus, der funktionalistische Typus und der nachlässige Typus.

*Der visionäre Typus:* Das körperbezogene Muster dieser Männer ist durch einen reflexiven Umgang mit dem Körper charakterisiert, der einer Vision hinsichtlich einem selbstdefinierten idealen Verhältnis von Körper und Geist folgt (z.B. Harmonie von Körper und Geist). Männer dieses Typus achten und schätzen ihren Körper. Gesundheit wird als Re-

<sup>7</sup> Es sind dies: Bildung, Berufsart, Generation, Sozialraum, Beziehungsstatus, subjektiv relevanter Rahmen für Aids, HIV-Schutzstrategie.

sultat des Zusammenspiels von Körper und Geist verstanden und ist deswegen erstrebenswert, weil sie die Basis für ihr Wohlbefinden bildet. Entsprechend hoch ist die Sensibilität dieser Männer gegenüber körperlichen Erfahrungen und Signalen.

D. macht die sinnliche Körpererfahrung im Rahmen einer Fussmassage:

„(...) und dann halt beim Massieren, das ist so, so ... da kannst Du ja auch abtasten, wieviel mag jetzt da meine ... Hornhaut ertragen oder aber wieviel, wieviel finde ich schön oder wieviel ist eigentlich schon schmerzhaft. (...) Das ist, wenn Du alleine bist. Und wenn Du zu zweit bist und Dir einander zum Beispiel die Füsse massierst ((räuspert sich)) ... dann hast Du eine viel feinere Wahrnehmung in Bezug, wo tut es Dir jetzt genau weh ... also weisst, mit diesen Reflexzonenstellen zum Beispiel. (...) An welchen Orten reagierst Du empfindlicher, wo ... wo findest Du es schön, oder ... welche Bewegung findest Du schön oder ... ähm ... wo macht es Dir dann wirklich weh, wo willst, wo hast Du es nicht gern, wo findest Du zum Beispiel ... obwohl es nicht weh tut, nein, da musst Du jetzt nicht anfassen“, (D 419–435).

L. versteht seine Körpersignale als Hinweise auf verdrängte Probleme:

„Äh ... weiss inzwischen, dass äh, dass mein Zentrum da im Magen liegt ((zeigt es)), also dass, dass der Magen sehr stark ... reagiert auf äh Freude oder Stress oder so. Das ist also wirklich äh ... das Zentrum. Und habe mich dort auch ein bisschen geschult, so äh ... in der Fachsprache heisst das so ‚Fokussing‘ gemacht, oder äh ... äh ... Körperwahrnehmungen versucht zu sehen, was sagen die mir, so, (...) wenn's eben mir irgendwo weh tut. Also vor allem jetzt, ja, vor allem jetzt so bei Schmerz oder äh ... gerade manchmal halt eher, Sachen die stören, ja doch, weitgehend Schmerz als, als Signal (L 67–77). (...) Aber zum Beispiel äh, ich merke sofort äh ... an der äh ... Ich merke manchmal ein Kribbeln im Magen ... und dort, wenn ich das dann wahrnehme, merke ich: Aha, ja, das steht mir bevor. (...) So. Also das ist ... Und nicht, äh, jetzt habe ich eine Prüfungssituation und au, und nun bekomme ich Bauchweh. Sondern es läuft, meistens läuft es umgekehrt, dass ich zuerst Zeug annehme und das nachher so zuordnen kann und dann gibt es auch eine Entspannung, eine Entlastung“, (L 114–122).

Die Männer dieses Typus gehören vorwiegend hegemonialen Milieus an. Als Studierende und Akademiker verfügen sie über hohe und höchste Bildungsabschlüsse sowie mittlere und hohe Einkommen und zählen daher zum liberal-intellektuellen Milieu und zum postmodernen Milieu der Oberklasse. Sie üben eine durch nicht-manuelle Tätigkeit gekennzeichnete Berufsart aus und leben in Gross- und Mittelzentren.

Unterschiede finden sich hinsichtlich der Herkunftsmilieus, die vom traditionellen Arbeitermilieu der Mittelklasse bis zum konservativ-technokratischen Milieu der Oberklasse reichen (Vester et al. 2001).

*Der ambivalente Typus:* Der Umgang dieser Männer mit dem Körper bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen der Ausrichtung an sozial vermittelten internalisierten Normen und einem „Laisser-aller“. Männer dieses Typus unterziehen ihren Körper regelmässig wiederkehrenden kritischen Prüfungen (z.B. Gewichtskontrolle) hinsichtlich der Normerfüllung. Erfüllt der Körper die als verbindlich geltenden Normen nicht, werden Massnahmen ergriffen, um den Körper wieder in Übereinstimmung damit zu bringen (z.B. Entzug der Nahrung). Im Ringen um Normkonformität erscheint der Körper als Gegner, ihm gegenüber werden Mittel eingesetzt, die den Charakter einer Sanktion haben. Ist der Körper wieder normkonform, verlieren die Männer dieses Typus ihr Interesse an ihm und an die Stelle der Kontrolle tritt ein Umgang mit dem Körper, der sich an unbekümmertem Genuss, Bequemlichkeit und der Vermeidung von Aufwand orientiert.

C. zum Beispiel unterzieht sich keiner bestimmten Diät und übt auch keinen Verzicht. Nach den Hungerpausen nimmt er seine Essgewohnheiten wieder auf und will sich in seinem Genuss nicht beeinträchtigen lassen:

„Nein. ... Nein, ich esse eigentlich alles, ... was, wie fettig es auch ist, also .... Y: Mhm. C: Das will ich mir auch nicht nehmen lassen, also ich meine, dann, dann höre ich einfach auf essen, wenn ich merke, ich bin zu schwer. ... Das tue ich mir nicht an, zu sagen, jetzt ... ((schnaubt)) jetzt ((schnaubt)) esse ich nichts Fettiges. Nein. Y: Mhm. C: Natürlich ein bisschen achtet man manchmal ((öppediä)) drauf. Also ... man muss ja nicht gerade jede Sauce auf tun ... aufnehmen aus, aus dem Teller, aber ja ... Y: Mhm. C: (5) Nein, ich will es mir auch nicht vermiesen lassen. Ich esse gerne ((lacht))“, (C 323–336).

In der oszillierenden Bewegung zwischen Gehenlassen und Kontrolle überwiegt aber die Kontrolle. Sie ist stets aktualisierbar und behält so in der Bilanz die Oberhand. Männer, die ihren Körper als Gegner wahrnehmen, sind kontrollierend.

Der Vertreter dieser Orientierung entstammt einem kleinbürgerlichen Arbeitnehmersmilieu. Mit seinem Studium wird er gegenüber seinen Eltern einen sozialen Aufstieg machen und dem liberal-intellektuellen Milieu der Oberklasse angehören. Er gehört zu jener Gruppe Männern, welche die formal höchsten Bildungsabschlüsse ausweisen, nicht-manuell tätig sind und in einem Mittelzentrum leben (Vester et al. 2001).

*Der funktionalistische Typus:* Das körperbezogene Muster dieses Typus ist geprägt durch den Erhalt von Leistungsfähigkeit und die Vermeidung von Risiken. Der Körper wird im Rahmen von Arbeit erfahren und körperbezogenes Handeln ist auf diesen Bereich ausgerichtet.

F. betrachtet die Arbeit als eigentlichen Fitmacher:

„Und sonst habe ich Bewegung vom Job her. (...) Dann muss ich also nicht da irgendwie gross joggen gehen und so oder Gewichte stemmen gehen. Das kann ich ... das kann ich den Tag durch machen, wenn ich am arbeiten bin ... muss ich das nicht“, (F 146–152).

Dem Körper wird nur soviel Aufmerksamkeit entgegengebracht, wie zum Erhalt der Leistungsfähigkeit im Alltag nötig ist („Eben du brauchst ihn zum Arbeiten, du brauchst die Kraft“, F 446–447; „(...) wenn der Körper nicht funktioniert, kann ich eine Arbeit nicht machen“, M 812–814; „Weil den (Körper, S.N.) brauchen wir ja zum Arbeiten (Wärche), der muss gesund sein“; N 9–10; „Ja der Körper ist dein Werkzeug. (...) Der muss gesund sein“, P 7–9).

Entsprechend weisen diese Männer kein aktives Gesundheitshandeln auf. Sie beschränken sich darauf, den Körper nicht unnötig zu belasten, den Verschleiss einzudämmen und Risiken zu meiden.

N. setzt lediglich auf die Vermeidung gesundheitsschädigenden Verhaltens:

„Ja, ich denke schon. Nicht trinken und nicht rauchen. Das ist schon ein grosser Teil. (4) Und was gibt ... was kann man da noch sagen?“, (N 298–300).

Dabei ist das Risikobewusstsein von ihrer persönlichen Gefährdungseinschätzung abhängig. Gefahren müssen ihnen aus eigener Erfahrung oder durch Berichte von Arbeitskollegen bekannt sein, damit sie sie als imminente Risiken wahrnehmen. Gegenüber anderen potentiellen Gefährdungen werden keine Schutzmassnahmen getroffen.

G. dienen die negativen Erfahrungen älterer Arbeitskollegen als Motivation um einen Gehörschutz zu tragen:

„Und was bei mir noch ist, ist Schiessen, ich muss sehr viel schiessen. Dort schaue ich aber wirklich darauf, ich habe noch nie ohne Hörschutz geschossen zum Beispiel, oder eh ... auch wenn ich in den Schiessstand gehe, und ich muss irgendeine Manipulation machen, Brille wechseln oder so, dann gehe ich das immer raus machen, nicht da schnell den Hörschutz heben und die Brille wechseln und wieder ... ja. Weil diese Hörschäden sind bei meinen Kollegen, die älter sind, die hatten damals noch nicht die guten Hörschütze, und die haben alle zusammen ein Gewisses davongetragen“, (G 376–386).

Die Mehrheit der Männer dieses Typus gehören dem kleinbürgerlichen Milieu und dem Milieu der Facharbeiter an. Es finden sich vorwiegend manuell Tätige, die über einen Berufsabschluss verfügen und in Pendlergemeinden in der

Agglomeration von Zentren oder in Landgemeinden leben. Die soziale Herkunft der Männer dieses Typus ist das kleinbürgerlichen Arbeitnehmersmilieu und das traditionelle Arbeitnehmersmilieu. Ein Grossteil der Männer ist in diesen Milieus verblieben, obwohl in einigen Fällen eine leichte horizontale Mobilität zu verzeichnen ist (Vester et al. 2001).

*Der nachlässige Typus:* Das kollektive körperbezogene Orientierungsmuster der Männer dieses Typus ist durch Unachtsamkeit und Nachlässigkeit geprägt. Diese Männer zeigen eine ruhige Gleichgültigkeit und ein ungezwungenes Vergessen dem Körper gegenüber. Ohne äusseren Anlass (z.B. Krankheit) bleibt der Körper unbeachtet. Es ist ihnen in der Folge auch ein unreflektiertes Verhältnis zum Körper eigen, das ihnen das Sprechen über den Körper erschwert.

K. weiss keine Antwort auf die Frage nach körperbezogenen Aktivitäten in seinem Tagesablauf:

„Ja, o.k. also ... eh. Natürlich ... natürlich. Diese Frage überfordert mich fast“, (K 269–270)

Männer dieses Typus betreiben, auf ihren Körper bezogen, nur einen minimalen Aufwand. Eine intensive Beschäftigung mit dem Körper und ausgiebige Körperpflege gelten als übertrieben und unnatürlich.

K: „Und dort habe ich ... ein abscheuliches Beispiel von Körper ... von Körperkultur mitbekommen, also das ist ja ganz verrückt, wie die ihren Körper gepflegt haben. Also alles, alles, also nur alles alles Mögliche getan, um diesen Körper gesund zu behalten und so. Also das ist für mich so abschreckend gewesen ...“, (K 586–591).

Die Nichtbeachtung des Körpers findet ihre Entsprechung in einem Körperbezug, der geprägt durch den Leitsatz „man muss da zufrieden sein mit dem, das man hat“ (K 120–121) sich an der Unveränderbarkeit des Gegebenen orientiert („Man sollte den Körper praktisch so sein lassen, wie er auf die Welt gekommen ist“; Q 887–888).

Es bestehen bei den Vertretern dieses Typus somatischer Kultur zwar konzeptuelle Vorstellungen eines gesunden bzw. gesünderen Lebens (z.B. Bewegung, Diät halten), diese werden jedoch auf Grund von Bequemlichkeit und zu grossen Aufwands nicht umgesetzt.

Q. widerstrebt körperliche Aktivität, da er es lieber gemütlich hat:

„Da ist es halt dann mal draussen und regnet, dann sagt man, je wofür soll ich raus? Man hat es schöner zuhause in der gemütlichen Ecke“, (Q 260–262).

Für K. gilt dies bezüglich Essgewohnheiten und Diät:

„Ja häufig ist es natürlich auch Trägheit, die ... Es braucht immer Aufwand solche Dinge, und häufig ist es Trägheit oder eh ... Also zu der Zeit, als wir es gemacht haben, bin ich noch im Berufsleben gewesen. Da ist es einfach daran gescheitert,

*dass man ... dass die Engagements, die waren so weitreichend, dass man einfach keinen vernünftigen Lebensrhythmus konnte ... bin nicht da gewesen, war im Ausland, oder ... also, man hat es praktisch einfach nicht durchführen können“*, (K 629–636).

Die Männer dieses Typus gehören unterschiedlichen Milieus an. Gemeinsam ist ihnen die durch nicht-manuelle Tätigkeit gekennzeichnete Berufsart. Auffallend ist die starke sowohl aufwärts- als auch abwärtsgerichtete vertikale soziale Mobilität. K. z.B. entstammt als Sohn eines Landwirts dem kleinbürgerlichen Arbeitnehmermilieu. Durch sein Physikstudium hat er den Aufstieg ins liberal-intellektuelle Milieu geschafft. Q. hingegen, der von der sozialen Herkunft her als Sohn eines Juristen dem konservativ-technokratischen Milieu der Oberklasse angehörte, ist als arbeitsloser Betriebsfachmann ins traditionslose Arbeitnehmermilieu der unterprivilegierten Volks- und Arbeitnehmermilieus abgestiegen (Vester et al. 2001).

### Zum Zusammenhang von somatischer Kultur und Schutzstrategien gegen HIV/Aids

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen auf, dass grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen der jeweiligen somatischen Kultur und der Schutzstrategie gegen eine HIV-Infektion besteht. Als Schutzstrategie gilt in der Folge ein umfassendes und für Sexualkontakte intendiertes Schutzverhalten. Die untersuchten Männer lassen sich mit Blick auf ihr Schutzverhalten in zwei Gruppen einteilen: in Männer, die eine Schutzstrategie gegen HIV/Aids gewählt haben und diese ausformulieren, und in Männer, die keine Schutzstrategie haben oder sich nur unter bestimmten Umständen schützen. Die Grenze zwischen diesen zwei grundsätzlich unterschiedlichen Gruppen verläuft entlang der herausgearbeiteten Typen somatischer Kultur.

So ist bei Männern des *visionären Typus* somatischer Kultur, festzustellen, dass sie eine Schutzstrategie wählen und zur Sprache bringen. Im Paar setzen diese Männer auf Treue, die nach einem vorgängigen HIV-Antikörpertest beider Partner vereinbart wurde. Bei Erst- und Gelegenheitskontakten erfolgt der konsequente Einsatz von Kondomen. Die gewählte Strategie steht in sinnhafter Übereinstimmung mit ihrer Vision und der darin enthaltenen Vorstellung vom Verhältnis von Körper und Geist. Diese Männer wählen eine Schutzstrategie, die ihrem selbst definierten körperbezogenen Ideal entspricht. Die Wahl der Schutzstrategie wird also von derselben Vision bestimmt wie das körperbezogene Handeln überhaupt.

Auch wenn D. durch das Kondom eine Einschränkung seines momentanen Wohlfühls erlebt, vollzieht er seine

Schutzstrategie konsequent, zu Gunsten eines längerfristig angelegten Wohlbefindens:

*„Also, Pariser an oder, nichts riskieren. Y: Ja ... Das heisst, Du hast jetzt vorher der Fremd-, das Fremdgehen angesprochen. Das heisst für Dich ist das Kondom das Mittel, Dich in einer ... kurzfristigen Beziehung, wo Du jemand ... ein erstes Mal kennenlernenst, zu schützen. ... In der Beziehung drin, wie machst Du es dort? D: Dort ... ist eben das Arrangement, das Pillen-Arrangement ist früher oder später eigentlich, habe ich bis jetzt das so erlebt. Ich würde auch die Pille nehmen, aber ich finde ... ich finde es besser ohne, oder ... also ohne äh, ohne Pariser. Y: Ja. D: Und ... meistens habe ich das jetzt so eigentlich erfahren, und dann ist das, also kommt irgend einmal das Pillen-Arrangement. Y: Ja ... Das heisst, in der Beziehung wird dann das Kondom weggelassen. D: Ja, wenn dann natürlich die Aids-Frage mal geklärt ist, ja“*, (D 1094–1109).

Bei E. bestimmt sein Ideal eines unversehrten schönen Körpers das Schutzverhalten gegenüber HIV/Aids, was in einem Gegenhorizont Ausdruck findet:

*„So äh (6) und finde einen Menschen, der kein Präservativ benutzt ... im Jahr 2000, einen fool, (5) völlig leichtsinnigen Menschen der wirklich keinen Respekt hat vor seinem Körper“*, (E 733–736).

Gleiches gilt für die Männer des *ambivalenten Typus* somatischer Kultur: Die von ihnen gewählte Schutzstrategie – der zuverlässige Kondomgebrauch bei Erst- und Gelegenheitskontakten – wird vom generellen Muster im Umgang mit dem Körper geprägt. Dieses von strenger Kontrolle gekennzeichnete Muster verlangt die zuverlässige Verwendung von Präservativen auch entgegen dem Wunsch, sich beim Sex gehen zu lassen.

*C: „Jao ... pff mit Kondomen. Y: Mhm ... Und das gelingt so immer? C: ... Äh ... in 90 % von den Fällen. Y: Mhm C: Ja (6) und in den anderen ist man nicht ganz sicher ((lacht)). Y: Was heisst das? C: Aha, nein jetzt, ((laut)), nein es gelingt in 100 % der Fälle. Aber äh ((lacht)) in 90 % stimmt die Handhabung“*, (C 481–488).

Anders verhält es sich hingegen bei den Männern des *funktionalistischen Typus*. Sie formulieren *keine* HIV-bezogene Schutzstrategie. Ihrer Orientierung entsprechend schützen sie sich nur dann, wenn ihnen die Gefahr einer Ansteckung ganz konkret vor Augen steht.

P. schätzt die Möglichkeit einer Ansteckung mit HIV in der Altersgruppe der 16- bis 20-Jährigen als relativ gering ein. So kam es vor seinem 20. Altersjahr auch schon ein paar Mal zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr, hauptsächlich bei Erstkontakten. Seit er hingegen zwanzig Jahre alt ist und für

ihn damit subjektiv die konkrete Gefahr einer HIV-Ansteckung besteht, schützt er sich nun konsequent.

Für die Risikowahrnehmung sind zwei Faktoren entscheidend: die wahrgenommene Vulnerabilität und nachgeordnet der Beziehungsstatus. Die verheirateten Männer dieses Typus weisen das Thema HIV/Aids als für sie nicht relevant von sich und erachten einen Schutz als nicht notwendig.

H: „Ja es ist so, wenn man verheiratet ist und nicht fremdgeht (...) dann muss man sich nicht unbedingt schützen in diesem Sinne“, (H 417–422).

M: „(...) Ja, gut ich habe jetzt auch nicht die Situation irgendwie von mehreren unterschiedlichen Partnern oder so. Also dort, in dieser Beziehung kann ich im Prinzip auch sagen ... seit, ja seit zwölfenhalb Jahren die gleiche Frau (...) Ja ich sehe jetzt in meinem Lebensstil, sage ich jetzt mal so, nicht unbedingt, wo ich mich schützen müsste“, (M 664–673).

Die nicht verheirateten Männer dieses Typus reagieren situativ auf eine Weise, die mit einem effektiven Schutzverhalten wenig gemeinsam hat.

S. setzt auf Vertrauen. Er will eine Frau erst besser kennenlernen, bevor es zum ersten Sexualkontakt kommt:

„(...) ich sehe mich nicht im Stande äh mich da gleich mit einer Frau einzulassen, die ich überhaupt nicht kenne. (...) Es ist einfach eine Vertrauenssache mit wem man sich einlässt“, (S 369–383).

Auch T. vermeidet Gelegenheitskontakte mit Unbekannten. Zudem glaubt er, einer Frau ansehen zu können, ob sie bezüglich ihres Serostatus lügt oder nicht:

„Der merke ich doch sehr rasch an, und dann fange ich es gar nicht ... mache ich gar nicht mehr weiter nach zwei drei mal Kaffeetrinken oder einen Spaziergang machen oder ein Nachtessen oder so, verstehen Sie? Dann ist bei mir der Hase sowieso gelaufen. Und dann sage ich, du ich glaube ... Und so kommt das automatisch, das ist problemlos“, (T 800–812).

Auch schützt ihn eine Art kurzfristige Impotenz, die bei einer nach seiner Einschätzung gefährlichen Situation quasi automatisch einsetzt:

„Das ist ein Automatismus. Und dann bekomme ich keine Erektion, oder wenigstens keine Erektion, die sinnvoll wäre, um einen Geschlechtsverkehr durch..., dann ist es sowieso passiert. Und dann weiss ich erst recht, du die kann dich bearbeiten, wie sie will, du wirst ja gar nie Schweizerdeutsch gesagt scharf auf sie oder geil“, (T 836–840).

Im Fall des *nachlässigen Typus* führt die somatische Kultur zu einem Vakuum hinsichtlich der Gestaltungsvorgaben, d.h. es existiert für die Männer keine handlungsleitende körperbezogene Idealvorstellung. In der Folge sind auch hier andere Faktoren wie die Risikowahrnehmung und nachgeordnet der Beziehungsstatus für das Schutzverhalten be-

stimmend. Die Männer dieses Typus formulieren *keine* Schutzstrategie.

K. ist seit 33 Jahren verheiratet und sieht sich keiner Ansteckungsgefahr ausgesetzt, da er „keine Partnerwechsel“ (K 914) vornimmt. Er orientiert seinen Verzicht auf eine eigentliche Schutzstrategie am Verständnis, das die eheliche Beziehung als ausschliesslichen Rahmen für Sexualität ansieht („wir sind ein relativ altmodisches Ehepaar“, K 921–922). In seinem Verständnis einer Schutzfunktion der Ehe vertraut K. implizit darauf, dass seine Ehefrau sich ebenso treu verhält.

## Diskussion

Ausgehend von der zentralen Fragestellung, ob ein Zusammenhang zwischen der somatischen Kultur von heterosexuellen Männern und ihren Schutzstrategien gegenüber HIV/Aids besteht, lässt sich Folgendes feststellen:

*Erstens* identifizierte die Untersuchung vier Typen somatischer Kultur:

- der visionäre Typus, der durch die Orientierung an einem idealisierten Körper-Geist-Verhältnis charakterisiert wird,
- der ambivalente Typus, der zwischen sanktionierender Kontrolle und „Laisser-aller“ oszilliert,
- der funktionalistische Typus, bei dem der Erhalt der Leistungsfähigkeit des Körpers für die Arbeit im Vordergrund steht,
- der nachlässige Typus, der durch die Nichtbeachtung des Körpers geprägt ist.

Obwohl die Umriss einer Soziologie des Körpers und das darin tragende Konzept der somatischen Kultur schon vor mehr als zwei Jahrzehnten vorgetragen wurden, liegen bis heute nur wenige Untersuchungen vor, die sich auf dieses Konzept berufen und das körperbezogene Handeln unter dieser Perspektive analysieren. Es lassen sich beim heutigen Forschungsstand eine beträchtliche Zahl von Untersuchungen finden, die einzelne Aspekte des Umgangs mit dem Körper in westlichen wie auch in anderen Kulturen zum Thema haben.<sup>8</sup> Es sind aber kaum Arbeiten vorgelegt worden, die mehrere dieser Aspekte theoretisch geleitet zusammengeführt haben (Kolip 1997). Das Konzept hat bislang vor allem in die theoretischen Erörterungen im Rahmen der Frauengesundheitsforschung und die Jugendgesundheitsforschung Eingang gefunden (Rodenstein 1983; Saltonstall 1993; Stein-Hilbers 1995; Helfferich 1994). Kolips Untersuchung der somatischen Kulturen von Jugendlichen (1997)

<sup>8</sup> Einen indirekten Einblick in den diesbezüglichen Wissensstand der Anthropologie gewährt z.B. Lock (1993).



und Helfferichs Typologie des Körperverständnisses und des Körperbezugs von Frauen stellen die wenigen empirischen Arbeiten in diesem Bereich dar (1992).

Unter Berücksichtigung des Alters der untersuchten Männer interessiert deshalb der Vergleich der bei Männern identifizierten Typen somatischer Kultur mit Helfferichs Typologisierung des Körperbezugs von Frauen, obwohl es sich bei Körperverständnis und Körperbezug lediglich um zwei Bestandteile einer somatischen Kultur handelt.

Helfferich untersuchte das Kontrazeptionsverhalten von Frauen. Auf der Grundlage einer qualitativen Studie mit 48 Frauen im Alter zwischen 24 und 40 Jahren kann sie aufzeigen, dass die von den Frauen gewählten Strategien zur Empfängnisverhütung mit ihrem Körperbezug und -verständnis in Zusammenhang stehen, und identifiziert unter diesem Aspekt vier Typen von Frauen: den „sensibel-reflexiven Typus“, den „ambivalenten Typus“, den „instrumentellen Typus“ und den „verstörten Typus“ (1992).

Der sensibel-reflexive Typus ist geprägt von einem Streben nach einer harmonischen Einheit von Körper und Geist. Die Integrität des Körpers steht an erster Stelle und sie versuchen ihn zu verstehen und ihm gerecht zu werden. Dieser Typ korrespondiert mit dem visionären Typus somatischer Kultur.

Die Frauen des „ambivalenten Typus“ streben ebenfalls nach einer engen Verbindung zwischen Selbst und Körper. Im Gegensatz zum „sensibel-reflexiven Typus“ stehen sie in ihrer Entwicklung aber noch nicht am Punkt, an dem sie ihr Handeln stets nach dem Bedürfnis ihres Körpers zu richten vermögen. Sie zeigen (phasenweise) auch körperbezogene Handlungsweisen, die diesen ausser acht lassen oder sich gar direkt gegen ihn richten und Züge einer Bestrafung annehmen. Dieser Typ des Umgangs mit dem eigenen Körper zeigt grosse Übereinstimmung mit dem ambivalenten Typus somatischer Kultur.

Frauen des „instrumentellen Typus“ betrachten ihren Körper als ein Mittel, dem nur soviel Aufmerksamkeit zukommen soll, wie er für sein Funktionieren braucht.

Dem „verstörten Typus“ angehörende Frauen können sich ihren Körper nicht in einem positiven Sinn aneignen. Dies findet Ausdruck darin, dass sie kein reflektiertes Verhältnis zum eigenen Körper haben und über keine Sprache verfügen, die ihnen – angesichts des Themas Verhütung – die Benennung der Geschlechtsorgane erlaubt. Sexuelle Kontakte werden traumatisch erlebt und sexuelle Wünsche verdrängt. Der „instrumentelle“ und der „verstörte Typus“ haben kein direktes Pendant unter den identifizierten Typen somatischer Kultur von Männern. Doch der funktionalistische Typus und der nachlässige Typus, vereinigen in sich Züge aus diesen beiden Typen: Ähnlich wie die Frauen des „instru-

mentellen Typus“ lassen sie ihrem Körper nicht mehr Aufmerksamkeit zukommen als für sein Funktionieren und die Leistungserbringung am Arbeitsplatz notwendig ist (funktionalistischer Typus), und teilen mit dem „verstörten Typus“ das unreflektierte Verhältnis zum Körper, die weitgehende Sprachlosigkeit (funktionalistischer und nachlässiger Typus) wie auch die riskante Vorgehensweise bezüglich der Prävention – hier gegen eine HIV-Infektion. Sie gehen aber weder im „instrumentellen“, noch im „verstörten“ Typus auf.

Mit einem von Nachlässigkeit bestimmten Umgang mit dem eigenen Körper wurde unter den Männern ein Typus somatischer Kultur identifiziert, der in Helfferichs Typologie von Frauen keine Entsprechung findet.

Somit erweisen sich die Typologie der somatischen Kulturen von Männern und Helfferichs Typologie des Körperverständnisses und -bezugs von Frauen in zwei Typen als konsistent, was als Hinweis auf zwei gleichgelagerte somatische Kulturen von Männern und Frauen betrachtet werden darf. Bei der Gegenüberstellung dieser Typologien, die sich nur teilweise ineinander fügen, ist allerdings im Auge zu behalten, dass die Untersuchungen um unterschiedliche Themen zentriert waren und bei der Typologisierung unterschiedlich vorgegangen sind. Überdies lässt Helfferichs Untersuchung den gesellschaftlichen Ort der von ihr erkannten Typen unbestimmt. Angesichts der eingeschränkten Vergleichbarkeit ist nicht zu erkennen, inwiefern die konstatierten Differenzen auf das gesellschaftliche Milieu zurückzuführen sind, in denen diese Männer und Frauen verankert sind, oder ob ihre Stellung als Mann bzw. als Frau im herrschenden Geschlechterverhältnis bestimmend wirkt. Die Ergebnisse der Untersuchung lassen deutlich werden, dass das Verhältnis der Strukturvariablen Schicht und Geschlecht in der „Soziologie des Körpers“ (Boltanski 1976) differenzierter zu betrachten ist.

Zweitens zeigt die Untersuchung auf, dass Männer mit vergleichbaren gesellschaftlichen Positionen in ihrem Umgang mit dem Körper gleichgelagerten kollektiven Orientierungsmustern folgen. Boltanski arbeitet heraus, wie sehr der Umgang mit dem Körper das Produkt der objektiven Lebensbedingungen ist. Dabei zeigt sich zum einen, dass Frauen einen stärker reflektierten und aufmerksameren, pflegenderen Umgang mit ihrem Körper zeigen als Männer. Zum anderen wird deutlich, dass Menschen, die zu ihrer Existenzsicherung auf eine intensive Nutzung ihres Körpers angewiesen sind, einen wenig reflektierten und weniger aufmerksamen Umgang mit dem Körper pflegen als jene, die nicht manuell tätig sind und eine höhere soziale Position einnehmen. Dabei nähern sich die unterschiedlichen Umgangsformen mit dem Körper von Frauen und Männern mit

steigender sozialer Position gegenseitig an (Boltanski 1976).

Die referierte Untersuchung erlaubt keine Aussagen zu Ähnlichkeiten oder Differenzen zwischen den Geschlechtern. Mit Blick auf Männer gelangt sie aber *prima vista* auch zum Ergebnis, dass Angehörige privilegierter Milieus dem Körper mehr Aufmerksamkeit zukommen lassen und im Umgang mit ihm reflektierter sind als die Angehörigen anderer Milieus. Bei näherer Betrachtung lässt die Untersuchung aber deutlich werden, dass eine solche Annäherung, in der die Differenzen im Umgang mit dem Körper lediglich als eine unterschiedlich starke Ausprägung bestimmter Dimensionen verstanden werden (z. B. als ein Mehr oder Weniger an Aufmerksamkeit, Reflexion oder Pflege), zu kurz greift. Die Identifikation von vier unterschiedlichen Typen somatischer Kultur lässt im Gegensatz dazu hervortreten, dass die Differenzen im Umgang mit dem Körper vor allem qualitativer Art sind: Die verschiedenen Typen orientieren sich an unterschiedlichen Idealvorstellungen.

*Drittens* lautet die zentrale Erkenntnis, dass die somatischen Kulturen tatsächlich die Wahl bzw. deren Ausbleiben und die Umsetzung einer HIV-bezogenen Schutzstrategie dieser Männer prägen. Mit Blick auf die Erklärungsansätze von Schutzverhalten gegenüber HIV ist dieses Ergebnis als Hinweis darauf zu verstehen, dass zusätzlich zu den als erklärungskräftig erwiesenen sozialkognitiven Variablen auch die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Typus somatischer Kultur berücksichtigt werden sollte. Der Einbezug dieser Variable in ein Erklärungsmodell hat überdies den Vorteil, dass „somatische Kultur“ für einen Habitus (Bourdieu 1974; 1997) steht und mithin ein komplexes Konzept darstellt, in dem die in einem sozialen Milieu verfestigten Regeln des sozialen Umgangs bzw. der Lebensführung und die Mentalitätstraditionen zusammengefasst werden.

Die Ergebnisse der Untersuchung geben auch Hinweise für die Prävention bei Männern. Sie zeigen auf, dass die Männer des funktionalistischen und des nachlässigen Typus somatischer Kultur keine Schutzstrategie gegen HIV festlegen, sondern lediglich ein von der Situation abhängiges Schutzverhalten praktizieren. So schützen die Männer dieser bei-

den Typen somatischer Kultur sich nur, wenn sie eine ganz konkret auf sie bezogene Infektionsgefahr bei sexuellen Kontakten erkennen können. Sie sind damit schlecht auf Situationen wie z. B. Partnerwechsel, Gelegenheitskontakte, Seitensprünge oder auch den Kontakt mit Sexworkerinnen vorbereitet, in denen ein Schutz vor HIV plötzlich von Bedeutung wäre.

Es wird deutlich, dass die Präventionsbemühungen auf die somatische Kultur der Adressaten hin abgestimmt und die Männer nach Typen differenziert angesprochen werden sollten. Zudem sollte sich die Aufmerksamkeit künftiger Präventionsarbeit insbesondere auf den funktionalistischen und den nachlässigen Typus richten, die beide aufgrund ihres Beziehungsstatus (Ehe) kein Risiko für sich erkennen können und über keine Schutzstrategie verfügen. Ihre Weigerung, HIV als ein mögliches Risiko wahrzunehmen, und ihre Vorstellung, durch die Ehe an sich geschützt zu sein, lässt auf eine hohe Vulnerabilität bei sexuellen Kontakten ausserhalb der Ehe oder bei Partnerwechsel schliessen. Neben Präventionsbotschaften, die auf Wissensvermittlung zielen, scheinen hier solche Angebote notwendig, die diesen Männern die eigene Gefährdung bewusst werden lassen.

Die Resultate verweisen aber auch auf die Bedeutung der Arbeit mit jungen Männern, denen zusätzlich zu den notwendigen Angeboten der HIV-Prävention auch Angebote zur Thematisierung und Reflexion des Umgangs mit ihrem Körper gemacht werden sollten.

Als qualitative Untersuchung muss die Studie allerdings offen lassen, wie sich die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Typen darstellt. Diese wäre ausgehend von den vorliegenden Ergebnissen zu erforschen und die qualitativ ermittelten Zusammenhänge in einer quantitativ angelegten Untersuchung statistisch zu prüfen. Genauso wird in der weiterführenden Forschung den geschlechterbezogenen Differenzen in der somatischen Kultur nachzugehen sein.

Zudem ist wie erwähnt in kommenden Arbeiten zu prüfen, inwieweit der Einbezug der somatischen Kultur die Erklärungskraft der bestehenden Theorien zu HIV-Schutzverhalten zu erhöhen vermag.

**Zusammenfassung**

**Fragestellung:** Diese qualitative Studie untersucht den Zusammenhang zwischen der somatischen Kultur heterosexueller Männer und der Wahl ihrer Schutzstrategie gegenüber HIV/Aids.

**Methoden:** In 23 problemzentrierten Interviews mit deutschsprachigen Schweizer Männern zwischen 25 und 65 Jahren wurden verbale Daten generiert. Die Analyse basierte auf einer Integration von offenem Kodieren und dokumentarischer Interpretation. Kontrastierung und systematischer Vergleich der Fälle führte zu einer Typenbildung, auf deren Basis der in Frage stehende Zusammenhang geprüft werden konnte.

**Ergebnisse:** Die Untersuchung identifiziert vier verschiedene Typen somatischer Kulturen und zeigt auf, dass diese die Wahl der Schutzstrategie gegenüber HIV/Aids prägen.

**Schlussfolgerungen:** Die Studie bietet mit dem Faktor somatischer Kultur eine wichtige Ergänzung sozialkognitiver Erklärungsansätze von Schutz- und Risikoverhalten im Bereich HIV/Aids. Sie leistet damit einen Beitrag zu einer theoretisch breiter abgestützten und gezielteren Prävention bei heterosexuellen Männern.

**Résumé**

**Hexis corporel et stratégies de protection des hommes hétérosexuels face au VIH**

**Objectifs:** Cette étude qualitative a pour but d'examiner le rapport entre l'hexis corporel des hommes hétérosexuels et leur stratégie de protection contre le VIH/sida.

**Méthodes:** Pour récolter des données verbales 23 interviews semi-directifs ont été réalisés avec des hommes suisses allemands âgés de 25 à 65 ans. L'étude est basée sur un système innovatif intégrant le codage théorique et l'interprétation documentaire. La comparaison systématique des cas a établi une formation de types permettant d'examiner le rapport en question.

**Résultats:** L'analyse identifie quatre types différents d'hexis corporel et démontre que ceux-ci influencent considérablement la stratégie de protection face au VIH/sida.

**Conclusions:** En introduisant le facteur d'hexis corporel, l'étude s'avère être un complément important aux approches socio-cognitives d'explication du comportement à risque et des stratégies de protection face au VIH/sida. De ce fait, elle vise une prévention chez les hommes hétérosexuels qui sera théoriquement mieux adaptée et plus précise en pratique.

**Literaturverzeichnis**

Ajzen I (1985). From intentions to actions: a theory of planned behaviour. In: Kuhl J, Beckmann J, eds. Action-control: from cognition to behaviour. Heidelberg: Springer: 11–39.

Ajzen I (1991). The theory of planned behaviour: some unresolved issues. *Org Behav Human Decis Proc* 50: 179–211.

Ajzen I, Fishbein M (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: N.J Prentice-Hall.

Bandura A (1986). Social foundation of thoughts and actions: a social cognitive theory. Englewood Cliffs: N.J Prentice-Hall.

Basen-Enquist K, Parcel G (1992). Attitudes, norms and self efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behaviour. *Health Educ Quart* 19: 263–77.

Bennett P, Bozionelos G (2000). The theory of planned behaviour as predictor of condom use: a narrative review. *Psychol Health Med* 5: 307–22.

Bohnsack R (1999). Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. 3. Aufl. Opladen: Leske + Budrich.

Boltanski L (1976). Die soziale Verwendung des Körpers. In: Kamper D, Rittner V, eds. Zur Geschichte des Körpers. München: Hanser: 138–77.

Bourdieu P (1974). Der Habitus als Vermittlung zwischen Struktur und Praxis. In: Bourdieu P. Zur Soziologie der symbolischen Formen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp: 125–58.

Bourdieu P (1997). Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 9. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Bruhlin E, Werner M, Abel T, Müller F (2002). Age and gender in the management of HIV-relevant sexual risks. *SOZ Präventiv Med* 47: 388–99

Bundesamt für Gesundheit (2001a). Aids-Statistik. *Bulletin* 48: 940–1.

Bundesamt für Gesundheit (2001b). Aids und HIV in der Schweiz: epidemiologische Situation Ende 2000. *Bulletin* 49: 952–3.

Calzavara L (2000). Increasing HIV incidence among MSM repeat testers in Ontario, Canada, 1992–1998. In: World Aids Conference 2000. Durban ThPrC718.

Corby N, Jamner M, Wolitski R (1996). Using the theory of planned behaviour to predict intention to use condoms among male and female injecting drug users. *J Appl Soc Psychol* 26: 52–75.

De Visser R, Smith A (1999). Predictors of heterosexual condom use: characteristics of the situation are more important than characteristics of the individual. *Psychol Health Med* 4: 265–79.

Denning P (2000). Increasing rates of unprotected anal intercourse among HIV-infected men who have sex with men in the United States. In: World Aids Conference 2000. Durban ThPrC715.

Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, et al. (1999). Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. 6. zusammenfassender Bericht 1996–1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Dukers N (2000). Recent increase in sexual risk behavior and sexually transmitted diseases in an cohort of homosexual men: the price of highly active anti-retroviral therapy? In: World Aids Conference 2000. Durban ThPrC715.

Exner TM, Gardos PS, Seal WD, Ehrhardt AA (1999). HIV sexual risk reduction interventions with heterosexual men: the forgotten group. *AIDS Behav* 3: 347–58.

Farin E, Belz-Merk M, Bengel J (1996). Sozial-kognitive Modelle und Erklärungsansätze zum HIV-Risikoverhalten. In: Bengel J, ed. Risikoverhalten und Schutz vor Aids: Wahrnehmung und Abwehr des Risikos: Situationen, Partnerinteraktionen, Schutzverhalten. Berlin: Sigma.

Fishbein M (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care* 12: 273–8.

Fishbein M, Ajzen I (1975). Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to the theory and research. Reading: Addison-Wesley.

Fisher WA, Fisher JD, Rye BJ (1995). Understanding and promoting AIDS-Preventive behavior: insights from the theory of reasoned action. *Health Psychol* 14: 255–64.

Flick U (1995). Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.

Gallois C, Terry D, Timmins P, Kashima Y, McCamish M (1994). Safe sexual intentions and behavior among heterosexuals and homosexual men: testing the theory of reasoned action. *Psychol Health* 10: 1–16.

Gibson S, Kim A, Page-Shafer K, McFaland W (2000). Use of community-based outreach program data to monitor trends in HIV risk related behavior among men who have sex with men. In: World Aids Conference 2000. Durban ThPeD5816.

Helfferrich C (1992). Zwang von Natur und Gesellschaft: Alltagsbilder vom Körper aus der Sicht von Frauen. In: Vogt I, Bormann M, eds. Frauen-Körper: Lust und Last. Tübingen: DGVF-Verlag 9–37.

Helfferrich C (1994). Jugend, Körper und Geschlecht: die Suche nach sexueller Identität. Opladen: Leske + Budrich.

Jemmott J, Jemmott L, Hacker C (1992). Predicting intentions to condom use among African American adolescents: the Theory of planned behaviour as a model of HIV risk-associated behaviour. *Ethn Dis* 2: 371–80.

Jemmott L, Jemmott J (1991). Applying the theory of reasoned action to AIDS risk behaviour: condom use among black women. *Nurs Res* 40: 228–34.

Kashima Y, Gallois C, McCamish M (1993). The theory of reasoned action and cooperative behaviour: it takes two to use a condom. *Br J Soc Psychol* 32: 227–39.

Kelle U, Kluge S (1999). Vom Einzelfall zum Typus. Opladen: Leske + Budrich.

Kolip P (1997). Geschlecht und Gesundheit: die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske + Budrich.

Lamnek S (1993). Qualitative Sozialforschung. Bd. 2.: Methoden und Techniken. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.

Lock M (1993). Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. *Ann Rev Anthropol* 22: 133–55.

Moatti JP, Souteyrand Y (2000). HIV/AIDS social and behavioural research: past advances and thoughts about the future [Editorial]. *Soc Sci Med* 50: 1519–32.

Rivers K, Aggleton P (1999). Men and the HIV epidemic, gender and the HIV Epidemic. New York: UNDP HIV and Development Programme. <http://www.undp.org/hiv/publications/gender/mene.htm> (accessed August 2002).

Rodenstein M (1983). Thesen zur somatischen Kultur von Frauen. In: Heckmann F, Winter P, eds. 21. Deutscher Soziologentag 1982: Beiträge der Sektions- und ad-hoc-Gruppen. Opladen: Westdeutscher Verlag: 83–7.

Saltonstall R (1993). Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Soc Sci Med* 36: 7–14.

Schwarzer R (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In: Schwarzer R, ed. Self-efficacy: thought control of action. Washington; Philadelphia; London: Hemisphere Publishing Corporation: 217–43.

Stein-Hilbers M (1995). Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen. Hamburg: Argument-Verlag.

Strauss A, Corbin J (1996). Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

Terry DJ, Galligan RF, Conways VJ (1993). The prediction of sex behavior: the role of intentions, attitudes, norms and control beliefs. *Psychol Health* 8: 355–68.

UNAIDS (2000). Die AIDS Epidemie: Status-Bericht: Dezember 2000. Online im Internet: [http://www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/WAD\\_Epidemic\\_report\\_ger.pdf](http://www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/WAD_Epidemic_report_ger.pdf) (accessed August 2002)

UNAIDS (2001). World AIDS Campaign 2001. <http://www.unaids.org/wac/2001/index.html> (accessed August 2002)

Vester M, von Oertzen P, Geiling H, Hermann T, Müller D (2001). Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel: zwischen Integration und Ausgrenzung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

---

#### Korrespondenzadresse

**Daniel Gredig**  
**Fachhochschule Aargau**  
**Nordwestschweiz**  
**Departement Soziale Arbeit**  
**Stahlrain 2**  
**CH-5200 Brugg**



To access this journal online:  
<http://www.birkhauser.ch>

---