

## **Gabriele Stumpp**

### **Biographie und Gesundheit: Subjektive Gesundheitstheorien als widerspenstige Konstrukte?**

„Eine Gesundheit an sich giebt es nicht, und alle Versuche, ein Ding derart zu definiren, sind kläglich missrathen. Es kommt auf dein Ziel, deinen Horizont, deine Kräfte, deine Antriebe, deine Irrthümer und namentlich auf die Ideale und Phantasmen deiner Seele an, um zu bestimmen, *was* selbst für deinen *Leib* Gesundheit zu bedeuten habe.“ (Nietzsche 2000, 34).

Soweit die Gedanken des Philosophen Friedrich Nietzsche zum Thema Gesundheit, die durchaus aktuell sind, wenn man bedenkt, dass der Begriff der Gesundheit bis heute nicht konsequent aus seiner reduktionistischen Logik (Gegensatz gesund-krank) befreit ist und viele Forschungsansätze noch immer implizit oder explizit vom Paradigma der Pathogenese bestimmt sind und das Subjekt ausgeblendet bleibt (vgl. Faltermaier 1994).

Vor diesem Hintergrund führen wir derzeit ein qualitatives Forschungsprojekt zum Thema „Biographie und Gesundheit“ durch, dessen erste Ergebnisse im folgenden dargestellt werden. Hierzu wurden Interviews mit bisher zwei Personengruppen durchgeführt: alten Menschen und alleinerziehenden Frauen. Die Kernfrage in den offenen Interviews war jeweils dieselbe: „Wie haben Sie es bisher geschafft, gesund zu bleiben?“

Dabei gingen wir davon aus, dass

(1) Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen als „soziale Repräsentationen“ gesehen werden müssen, die andere Themen transportieren (Herzlich 1973);

(2) ein wesentliches Moment einer solchen Betrachtung das „Paradox von abverlangter und verweigerter Gesundheit“ ist (ebd. 1973) und sich hier dann die Frage nach den gesunderhaltenden Widerstandsfaktoren aufdrängt, also

(3) eine dezidiert salutogenetische Fragestellung. Dies erscheint uns gerade deshalb wichtig, weil das Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1979) eine fruchtbare Rahmentheorie darstellt, die jedoch – obwohl der Begriff selber längst zum geflügelten Wort geworden ist - in den letzten 20 Jahren kaum weiter entwickelt wurde bzw. eine Ausdifferenzierung Konzepts durch andere methodische Herangehensweisen nicht stattgefunden hat. (Franke in Antonovsky 1979, S. 182; Faltermaier 2000, S.186; BZfG, 2001). Vor diesen Hintergrundüberlegungen wollen wir in unserem Projekt herausfinden

1. wie und in welchen Kontexten Menschen Gesundheit definieren

2. wie das Thema Gesundheit im Zusammenhang der Biographie konstruiert wird und
3. welche Hinweise sich auf gesunderhaltende Konstrukte bzw. Widerstandsfaktoren gegen Belastungen ergeben.

Im folgenden kann aus Zeitgründen leider nur ein Fallbeispiel vorgestellt werden. Das daran anschliessende Fazit wird sich jedoch auf beide der bisher untersuchten Gruppen beziehen. Vorauszuschicken ist noch, dass wir bei der Interviewauswertung mit einem Methodenmix gearbeitet haben. Besondere Aufmerksamkeit galt dabei auch den Eingangssequenzen, wo sich nämlich zeigte, dass hier bereits Kernthemen der subjektiven Theorien umrissen wurden.

### **Fallbeispiel**

Dazu nun ein Fallbeispiel. Hier die Eingangssequenz von Herrn K.

*„ Sie wissen ja gar nicht, wie ich bin, aber egal, so wie ich bin, so bin ich! Also angefangen hat's mit meiner Geburt, ganz am Anfang - nein, es ist so, ich bin 1933 geboren, 67 Jahre alt jetzt, ganz in der Nähe, da drüben in der Bergstrasse, dort aufgewachsen, immer in N. und Kindheit - wir waren sieben Geschwister, jetzt sind wir noch sechs und meine Kindheit war eigentlich in der Kriegszeit, kann man sagen. Ich bin '39 in die Schule gekommen, bis '47 und das war ja - '45 bis '47 war die schlimmste Zeit für die Ernährung, muss man sagen, im Krieg ist das noch einigermaßen gegangen, obwohl, man ist immer als unterernährt rumgelaufen, ich war immer bei den Unterernährten, von der Statur aus ...Von Statur aus, ja, bin ich eigentlich immer gering gewesen, aber trotzdem, andere sind ja stärker geworden - aber das ist auch Veranlagung, denke ich. Aber man hat auch wenig zu essen gehabt, also die Ernährung war nicht so in der Zeit und früher, wenn man in die Schule gekommen ist, später noch zum 'Jungvolk', hat das geheissen, bei der Hitler- Jugend, also die Jüngeren waren Jungvolk, da war ich noch zwei Jahre dabei, ich bin also immer hinten marschiert, man ist ja nach der Grösse immer aufgestellt worden, in Dreier-Reihen und dann waren da - wenn hinten vier waren, dann hat's zwei Hohle gegeben, dann hat man die immer hochgenommen und hat gesagt: Du bist sowieso bei den Hohlen! Also das sind dann zwei mal zwei gewesen hinten, man hat nicht können drei laufen lassen und dann noch einen hinten dran, der war dann immer bei den Hohlen. Und das ist so, ja, also von der Statur her - ich bin auch ein bisschen bald in die Schule gekommen, wahrscheinlich hat meine Mutter auch gedacht...., sie war damals allein am Anfang vom Krieg ...“*

Dieser Einstieg ist insofern interessant, als die Eingangsfrage an sich ja durchaus ein breites Spektrum anderer Einstiegsmöglichkeiten in das Interview von seiten der Befragten zulässt (beispielsweise eine Aufzählung der Krankheiten, die man gehabt hat oder welche Massnahmen man trifft, um sich möglichst gesund zu erhalten).

Alle Interviews mit älteren Menschen beginnen jedoch in ganz ähnlicher Weise mit diesem biografisch- chronologischen Einstieg in die Thematik. Den Befragten ist es demnach wichtig, deutlich zu machen, dass man ihre subjektive Einstellung zu Gesundheit überhaupt nur begreifen kann, wenn man versteht, wie sie sich „in der Welt verorten“, also wie sie geworden sind, was sie sind.

Auch die generationentypische Determiniertheit sticht ins Auge. Der historisch-gesellschaftliche und sozio-kulturelle Kontext erweist sich als zentrale Ausgangs- und Deutungskategorie der subjektiven Erzählungen. Dabei werden Lebensgeschichte und subjektive Gesundheitstheorie parallel rekonstruiert und bilden einen untrennbar verknüpften Strang. Die subjektive Konstruktion dazu, „wie man sich im Leben verortet“, enthält gleichzeitig auch die Hauptmerkmale, die für die subjektive Gesundheitstheorie zentral sind.

Zurück zum Fallbeispiel:

Hunger und Mangelerfahrungen beim Aufwachsen in der Kriegszeit in einer grossen Familie und ohne Vater werden hier gleich zu Beginn genannt. Als ganz einschneidende Erfahrung erweist sich die Demütigung bei der Hitlerjugend, wo Herr K. aufgrund seiner Statur nur zu den „Hohlen“ gehörte, also dem Ideal eines Hitlerjungen nicht genügte und damit entwertet, d.h. „hintan gestellt“ wurde.

Im weiteren Verlauf des Interviews wird deutlich, dass sich bei Herrn K. aus diesem Gefühl der „Minderwertigkeit“ resultierend parallel eine subjektive Lebens- und Gesundheitstheorie entwickelt, in der die Themen Ernährung, Statur, Abgrenzung eine zentrale Rolle spielen, was sich in etwa so charakterisieren lässt: „Ich mache aus der Not (nämlich aus Gründen der Statur nicht „dazugehören“ zu können) eine Tugend: nämlich indem ich bestimmte gängige Normen bezogen auf Statur, Ernährung und Konsumhaltung kritisiere und mich selber „abseits davon stelle“. In seiner Gesundheitstheorie sind deshalb zwei Pole bedeutsam: „Überfressen= geistig träge = unkritisch“ einerseits sowie „ernährungs-körperbewusst = geistig rege = kritisch“ andererseits. Wie wir sehen, werden dabei durchaus gängige, gesundheitsrelevante Themen, nämlich gesunde Ernährung, körperliche und geistige Fitness als Folie für die eigensinnige Konstruktion der subjektiven Theorie benutzt.

Auch die Kategorie Geschlecht spielt überall eine wichtige Rolle: Da es Herrn K. gleich in der Kindheit aufgrund seiner Statur erschwert wird, männlichen Rollenvorstellungen zu genügen, entwickelt er ein Widerstandskonstrukt, um sein Selbstwertgefühl zu retten. Seine eigene Statur, seinen Umgang mit Ernährung und seine Einstellung zu Konsumnormen deutet er als „gesund“, in Abgrenzung zu den gängigen „kranken“ Konsumnormen seiner Zeitgenossen. Dieses Konstrukt erlaubt es ihm, mit sich selber kohärent zu bleiben und dennoch den Rollenanforderungen seiner Generation und den Erwartungen an eine „Normalbiografie“ zu genügen.

Weil keine andere Lehrstelle nach dem Krieg verfügbar war, macht Herr K. eine Schneiderlehre, und auch hier wieder aus der Not eine Tugend, denn er ist bis zu seiner Pensionierung recht erfolgreich bei einer bekannten Herstellerfirma für Motorradbekleidung. Typisch für ihn ist auch,

dass er an Erkrankungen eigentlich nur immer wieder Magenprobleme hatte, die er sich beruflich bedingt erklärt: *„also schon ziemlich viel Stress, also es ist schon rundgegangen da mit den Kollektionen erstellen und das war also dermassen nervenaufreibend...“*

Über seine Ehe, die kinderlos blieb, erfährt man hingegen so gut wie nichts, ausser den Ausführungen darüber, wie zu Hause über ein penibles Ritual die gesunde Ernährung organisiert wird, so z.B. die Herstellung eines hauseigenen Müslis durch seine Frau.

Abgrenzung gegenüber den „ungesund“ lebenden Anderen findet sich allenthalben in der Beschreibung seiner sonstigen sozialen Bezüge, nämlich gegenüber den Kameraden bei der Hitlerjugend, die „vorne marschierten“, den Fussballkameraden im Sportverein, gegen die er wegen seiner Schwächigkeit eben mit viel Kraftaufwand ankommt, den Berufskollegen, die in der Fabrik zwar mehr Geld verdienten, aber keine Freude an ihrer Arbeit mehr hatten, den Bekannten in der Wandergruppe, die zu viel und zu fett essen, dick und geistig träge sind und ihn wegen seiner „Schlankheit“ hänseln (*„die sagen immer, ja, du bist doch sowieso nichts...“*).

Die Herstellung und Bewahrung der Gesundheit ist also in diesem Beispiel zentriert um ein „widerspenstiges“ Kernkonstrukt mit den Themen „Statur-Ernährung-Abgrenzung“

Solche Konstrukte liessen sich in jedem Interview herausarbeiten. Dies konnten Konstrukte sein verankert in einem religiös-esoterischen Weltbild, das – wie bei einer Alleinerziehenden - darauf basierte, dass „Gott mir diese vier Kinder gegeben hat, und damit auch gleichzeitig die Kraft, alles, was damit zusammen hängt, durchzustehen, folglich bleibe ich auch unter Stress gesund“. Oder wir fanden bei einer älteren Frau ein Konstrukt, das im Rekurs auf die Freiheit der Kindheit auf einem Gutshof um das Thema „Ausser-Haus-Sein“ und „Selbstbestimmtheit“ zentriert war. Hier war Gesundbleiben eine Frage des Aushaltens der Belastungen durch die lebenslang eingeschränkten oder gar nicht erst vorhandenen Freiräume für Eigenbestimmtheit und autonomes Handeln. Die subjektive Gesundheitstheorie war also bestimmt von einer „Strategie des Durchhaltens“ sowie von einer „Hoffnung auf ein gesünderes Leben“. Dies erfüllte sich für diese Frau erst dann, als die Kinder aus dem Haus waren und der beinamputierte Mann gestorben.

Wir sehen hier also eine Fülle höchst eigensinniger Konstrukte, in denen sich individuelle Widerstandsfaktoren verdichten. Gleichzeitig jedoch wird auch deutlich, dass diese Konstrukte immer in Interaktion mit bestimmten kulturellen und sozialen Strukturmustern entstehen und bestehen und dass sie dabei sowohl gängige, gesellschaftlich normierte Themen im Kontext von Gesundheit transportieren als auch die hieraus entstehenden Paradoxien integrieren.

Im folgenden wird versucht, aus den bisherigen Ergebnissen ein vorläufiges Fazit zu ziehen, das sich auf die beiden bisher untersuchten Personengruppen beziehen wird:

1. Nachgefragt, wie man es schafft, gesund zu bleiben, erhält man also die Antwort nicht in Form einer Abgrenzung von Krankheiten, sondern als komplexes Konstrukt, das vor der biographisch-lebensweltlichen Folie zu deuten ist. Gesundheit wird also nicht als Abwesenheit oder als Negativfolie von Krankheit definiert, sondern als ganz eigenständige Grösse. Das heisst, nicht nur Krankheit wird biographisch konstruiert, wie wir inzwischen aus Untersuchungen wie z.B. zu Colitis Ulcerosa (Bauer-Wittmund, 1996) oder Epilepsie (Hanses, 1996)) wissen, sondern eben auch Gesundheit. Wenn wir die Frage salutogenetisch stellen, erhalten wir also eine salutogenetische Antwort.

2. Wir erhalten ferner als Antwort geschlechtsspezifisch unterschiedliche Konstruktionen, abhängig vom Standort in der Biographie und der aktuellen Lebenslage. Dabei macht es einen Unterschied, ob die Konstruktion vom (so weit) guten Ende der Geschichte her erfolgt (bei den alten Menschen), also vor dem Hintergrund dessen, was man alles bewältigt hat. Oder aber – wie bei den Alleinerziehenden - mitten aus dem gelebten Alltag dessen heraus, was man aktuell und auch künftig zu bewältigen hat. Das aktuelle Erleben einer kritischen Phase, wie wir es häufig bei Alleinerziehenden fanden, hat Auswirkungen auf die Konstruktion von Lebens- und Gesundheitstheorie. Wir finden hier zentrale Hinweise auf Gesundheit als Prozess, sprich das kontinuierliche Bemühen, Widerstandsfaktoren gegen belastende Erfahrungen und Stress einzusetzen.

3. Hierbei spielen nun die „widerspenstigen“ Kernkonstrukte eine zentrale Rolle. Widerspenstig deshalb, weil sie sich als individuelle Antworten auf Gesundheitsrisiken nicht in den populären Gesundheitsvorstellungen noch in den Kategorien von „Funktionieren“ oder „subjektivem Wohlbefinden“ erschöpfen. Nur vor dem Hintergrund dieser individuellen Deutungsfolien wird m.E. verstehbar, wieso Menschen ähnliche Belastungen unterschiedlich bewerten und unterschiedlich bewältigen. Diese widerspenstigen Konstrukte zeigen also, in welcher Weise „Gesundheit als Widerstand auf der Ebene ganz individuellen Erlebens *gegen* die Zwänge“ (Helfferich 1993, S.45) erhalten oder wiederhergestellt wird. Sie haben offenbar eine hoch integrative Funktion und sind m.E. deshalb auf einer Metaebene der subjektiven Gesundheitssteuerung anzusiedeln, wo reguliert wird, wie man „trotz allem gesund bleibt.“

4. Diese Konstrukte weisen nun einerseits starke Parallelen mit identitätstheoretischen Erklärungsansätzen auf (vgl. Höfer 2000; Keupp et.al. 1999), und sie verweisen andererseits auf ein gesundheitlich höchst relevantes Widerstands-und ressourcenpotential, das starke Nähe mit

jener „dispositionalen Orientierung“ hat, die Antonovsky (1979, 1987, 1993) in seinem salutogenetischen Modell mit „sense of coherence“ meinte.

Im Sinne der neueren Identitätsforschung (vgl. Höfer 2000) könnte man sagen, dass die widerspenstigen Kernkonstrukte der Gesundheitstheorien eng mit dem Identitätsmanagementprozess verbunden sind, der lebenslang vonstatten geht. Renate Höfer kommt in ihrer Untersuchung von Jugendlichen und Gesundheit zu dem Schluss, dass Identität als Quelle des Kohärenzgefühls verstanden werden kann (ebd., S. 57ff.). Auch Antonovsky (1979) war der Ansicht, dass die Ich-Identität in engem Zusammenhang mit den allgemeinen Widerstandsressourcen zur Gesunderhaltung steht. So zeigte sich auch in unseren Interviews mit Alleinerziehenden, dass identitätsrelevanter Stress (z.B. durch mangelnde Anerkennung oder Rollenkonfusion), der über eine Zeit nicht konstruktiv bewältigt werden kann, ganz offenbar die Kernkonstrukte tangiert. Hier sieht man dann verstärkte Bemühungen, die Zumutungen in das Konstrukt zu integrieren bzw. das Konstrukt so zu variieren, dass eine neue Balance entstehen kann. Auf der anderen Seite erscheint es trotz aller Dynamik jedoch plausibel, dass die Kernkonstrukte als Steuerungsmechanismus relativ stabil sind. In den Interviews mit Älteren konnten wir sehen, dass Identität zwar im Laufe des Lebens immer wieder neu hergestellt wird, jedoch jeweils zentriert um das Kernkonstrukt. Dieses erlaubt es, Erfahrungsräume immer wieder so zu ‚konstruieren‘, dass sie als ‚kohärent‘ erlebt werden können (Höfer 2000, S. 67). So ist bsp.weise bei Herrn K. durchaus zu vermuten, dass die in seinem Konstrukt relevanten Themen auch in einem Interview vor 15 oder 30 Jahren schon aufgetaucht wären.

Bezogen auf das salutogenetische Konzept würde ich die These wagen, dass die gefundenen Konstrukte identisch sind mit oder sehr nahe an dem liegen, was Kohärenzgefühl<sup>1</sup> im Grunde meint. Wenn diese These schlüssig ist, dann wäre damit eine Richtung eröffnet, das salutogenetische Konzept theoretisch und empirisch weiter zu entwickeln. Bislang wird das Kohärenzgefühl noch immer im ursprünglichen Sinne Antonovskys als „quantitative“ Grösse gesehen (also hoher oder niedriger SOC bezogen auf die drei Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit). Dies wird aber der Komplexität des Konzepts nicht gerecht, was sich auch in den Schwierigkeiten zeigt, die man seit 20 Jahren mit der empirischen Umsetzung des Konzepts hat. Das Kohärenzgefühl ist m.E. vielmehr ein *qualitatives* Konstrukt als eine quantifizierbare Grösse. Wie erfolgreich jemand in der Bewältigung von gesundheitsgefährdenden Risiken ist und warum manche dabei gesünder bleiben als andere,

---

<sup>1</sup> „globale Orientierung, die das Ausmass ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat“, dass die Anforderungen, die man konfrontiert verstehbar und bewältigbar sind und es sinnvoll ist, sich dafür zu engagieren.

hängt nicht von einem lebenslang relativ fixen Skalenwert ab, sondern von der Kohärenz und Dynamik jenes widerspenstigen Konstrukts, das die individuellen Widerstandsressourcen managt.

Um ein Bild zu gebrauchen: Wenn aus salutogenetischer Sicht das Leben weniger einem friedlichen Garten als einem Schlachtfeld voller Anfechtungen, Risiken und Gefahren für die Gesundheit gleicht und die Frage ist, warum manche darin besser, gesünder und länger überleben, dann ist die Antwort *nicht*: weil sie eben eine dickere Rüstung haben! Aufgrund meiner Ergebnisse erscheint eher die Antwort plausibel, dass die Rüstungen und Waffen der Menschen durchaus unterschiedlich sind. Manche haben vielleicht gar keine, haben aber gelernt schnell zu laufen; einige lassen bei Gefahr das Visier herunter und suchen Deckung; manche wechseln die Waffen, je nach Lage der Dinge. Welche Ausrüstung und Strategien man besitzt, ist abhängig davon, woher man kommt, was einem mitgegeben wird und was sich im Laufe des Lebens als funktional erwiesen hat. Dass hier bestimmte Menschen von vorneherein schlechter ausgerüstet sind, liegt auf der Hand. So war auch Antonovsky, von Haus aus Soziologe, der Ansicht, dass das Konzept auf sozialer Ebene anwendbar ist, weil das soziale Umfeld wichtig ist für die Erfahrungen, die das Kohärenzgefühl entstehen lassen. Hier wiederum zeigen sich Anknüpfungspunkte an Herzlichs „soziale Repräsentationen von Gesundheit“ (Antonovsky 1979, S. 154 ff.).

5. und letztens: Was bedeuten diese Überlegungen für das Thema Gesundheit in der Sozialen Arbeit?

Sie verdeutlichen zum einen, dass gerade auch beim Thema Gesundheit das Verständnis eines aktiv gestaltenden Subjekts zentral sein muss, das nur innerhalb seiner Biographie und von seinem aktuellen, lebensweltlichen Standort her verstehbar wird. Es gibt kaum ein sozialpädagogisches Handlungsfeld, wo Gesundheit als Thema nicht zumindest implizit eine Rolle spielt. Von einer wirklich salutogenetischen Sichtweise sind wir hier aber – trotz Empowerment und Ressourcenorientierung – noch weit entfernt, solange wir nicht wissen, warum es grosse Unterschiede in der Bewertung von Risiken, der Einschätzung von Belastungen und der Widerstandsfaktoren gegen solche gibt. Also: warum manche Jugendlichen trotz Sachwissen über Verhütung keine solche anwenden, warum sich manche Drogenabhängigen substituiert gesünder fühlen als in einer weiteren Therapie, warum nicht für jede Alleinerziehende Entspannungstraining mehr Gesundheit bedeutet, also warum prinzipiell Prävention so oft ins Leere läuft.

Die Ergebnisse eröffnen zum anderen Möglichkeiten für die interdisziplinäre Forschung im Kontext des Belastungs-Bwältigungsparadigmas, wo es bisher generell noch mehr offene Fragen als gesicherte Antworten darüber gibt, was denn nun Gesundheit ist, wie sie entsteht und erhalten wird. Auch wenn man hier noch grosse handlungsleitende wie auch methodische Schwierigkeiten konfrontiert (Faltermaier 2000), kann diese Herausforderung – gerade auch unter dem notwendigen interdisziplinären Blick – von der Sozialpädagogik durchaus angegangen werden. Mit ihrer ganzheitlichen, subjekt- und lebensweltorientierten Sichtweise kann sie nämlich durchaus wichtige Beiträge bei der Beantwortung der vielen noch offenen Fragen leisten. Ein wesentlicher Gesichtspunkt dabei ist, dass sich die Sozialpädagogik, gerade auch in Forschungskontexten, nicht inhaltlich oder methodisch vereinnahmen lässt, sondern die Widerspenstigkeiten der Lebenswelt respektiert und damit ihre genuine Identität wahrt und mit sich selber „kohärent“ bleibt.



**Autorin:** Dr. Gabriele Stumpp, wissenschaftliche Assistentin am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Tübingen, Abteilung Sozialpädagogik. Münzgasse 22-30, 72070 Tübingen. [gabriele.stumpp@uni-tuebingen.de](mailto:gabriele.stumpp@uni-tuebingen.de)

**Vortrag gehalten am 20.6.2003 anlässlich der Kommissionstagung der DGFE, Hattingen**

**Literatur:**

Antonovsky, A.  
Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco. 1979

Antonovsky, A.  
Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco 1987

Antonovsky, A.  
Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke/Broda, 1993, a.a.O.

Bauer-Wittmund, Th.  
Lebensgeschichte und subjektive Krankheitstheorien. Verlag für akademische Schriften 1996

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese-  
Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung  
Band 6. Köln 2001

Faltermaier, T.  
Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Vom Umgang mit Gesundheit im  
Alltag. Weinheim 1994

Faltermaier, T.  
Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu  
Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, H. 2000, et. al., a.a.O., S.  
185-196

Hanses, A.  
Epilepsie als biographische Konstruktion. Bremen 1996

Herzlich, C.  
Health and illness: A social psychological analysis. London 1973

Helfferich, C.

Das unterschiedliche „Schweigen der Organe“ bei Männern und Frauen. In:  
Franke/Broda 1993, a.a.O

Höfer, R.

Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung  
salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In: Wydler, et.al., a.a.O. 2000

Keupp, H., et.al.

Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identität in der Spätmoderne. Reinbek  
1999

Nietzsche, Friedrich

Langsame Curen. Ansichten zur Kunst der Gesundheit. Freiburg/Basel/Wien 2000