

Claudia Peter

Dicke Kinder

Fallrekonstruktionen
zum sozialen Sinn
der juvenilen Dickleibigkeit

Vorwort	9
Einleitung	11
Untersuchungsdesign, Methodologie und Methoden	21
Untersuchungsdesign.....	21
Die Ebene der Fallstruktur	22
Die Ebene der sozialen Konstruktionen	25
Die Zusammenführung der Ergebnisse	30
Methodologie und Methodik	34
Die Objektive Hermeneutik	34
Das Verstricktsein in Geschichten und das familiengeschichtliche Gespräch	45
Grounded Theory.....	59
Methodologie und Verknüpfung der Methoden	75
Exkurs: Phänomenologie.....	80
Fallrekonstruktionen und sukzessive Theoriebildung	91
Theoriebildung: Vorüberlegungen	91
Äußere Kontrastierungskriterien	91
Hypothetische Annahmen zu den Patienten	94
Die Krankenakte als Datenmaterial	96
Fall Andreas Wagenknecht	100
Krankenakte.....	100
Interviewsituation, familiengeschichtliches Gespräch und Genogrammanalyse.....	102
Somatische Symptomatik	120
Familiale Interaktionsprozesse und -muster.....	125
Familiale Wirklichkeitskonstruktionen zu Dickleibigkeit, Gesundheit und Krankheit.....	130
Weitere Entwicklungen	139
Theoriebildung: Erster Entwurf.....	140
Fälle Lena und Christoph Groß	144
Krankenakte Lena Groß	144
Krankenakte Christoph Groß	146

Interviewsituation, familiengeschichtliches Gespräch, Genogrammanalyse.....	147
Somatische Symptomatiken	164
Familiäre Interaktionsprozesse und -muster.....	172
Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen zu Dickleibigkeit, Gesundheit und Krankheit.....	178
Weitere Entwicklungen	185
Theoriebildung: Erweiterter Entwurf	187
Fall Annett Straube.....	195
Krankenakte.....	195
Interviewsituation, familiengeschichtliches Gespräch, Genogrammanalyse.....	197
Somatische Symptomatik	227
Familiäre Interaktionsprozesse und -muster.....	237
Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen zu Dickleibigkeit, Gesundheit und Krankheit.....	244
Weitere Entwicklungen	254
Theoriebildung: Diskussion der Zwischenergebnisse	256
Zum sozialen Sinn der juvenilen Dickleibigkeit	259
Abschließende Theoriebildung.....	259
Dickleibigkeit als genuiner Leiblichkeitsentwurf.....	259
Dickleibigkeit als vorübergehendes Symptom einer adoleszenten Entwicklungsstörung oder als manifeste Erkrankung.....	260
Dickleibigkeit als soziale Konstruktion.....	263
Zusammenfassung und Ausblick.....	271
Methodenentwicklung.....	271
Theorieentwicklung.....	275
Die Erweiterung des medizinischen Behandlungsparadigmas	276
Zum aktuellen Stand der Leib-Körper-Theorien	278
Die Versorgungspraxis dicker Kinder	280
Anhang	284
Literatur	285

Vorwort

Die Bedingung der Möglichkeit dieser Studie war die Bereitschaft von Familien, sich untersuchen zu lassen. Ohne das Vertrauen der Kinder und ihrer Angehörigen mir als Forscherin gegenüber und ihrer Aufgeschlossenheit, Einblick in ihr Leben zu gewähren, hätte diese Arbeit in dieser Gestalt und Tiefe nicht entstehen können. Ihnen sei zuallerberst mein Dank gewiss. Von den Ärzten, Krankenschwestern und Verwaltungsangestellten der Kinderklinik wurde ich sehr unterstützt. Aus Datenschutzgründen bleibt die Klinik anonymisiert. Auf eine Nennung der unterstützenden Personen wird deshalb verzichtet.

An zweiter Stelle danke ich Prof. Dr. Bruno Hildenbrand dafür, dass er mir die Tür in die Soziologie offen gehalten. Er war mir in den vielen Jahren der Betreuung ein gleich bleibend aufmerksamer Ansprechpartner und Ratgeber. Sein Maß, mit dem er mir Selbstständigkeit und Zeit zugestanden hat, in der ich auch Holzwege gehen und sie selbst erkennen durfte, habe ich sehr zu schätzen gelernt. Die Analysen sind in großen Teilen in dem von ihm durchgeführten Fallkolloquium entstanden. Deshalb gilt allen langjährigen Teilnehmern und Teilnehmerinnen mein Dank für die gemeinsamen Interpretationsmühen und ihre Aufgeschlossenheit dieser Thematik gegenüber. Für das Interesse an dieser Studie¹ und die Förderung in der letzten Phase der Fertigstellung der Arbeit weiß ich mich Prof. Dr. Hans-Joachim Giegel sehr verbunden.

Dr. Christine Wiezorek und Dr. Petra Bauer halfen mir durch ihre Korrekturlesungen und ihre konstruktive Kritik, das Manuskript von Ungereimtheiten und Widersprüchen zu befreien. Die geschärfte Konturierung der Argumentationen ist dem regen fachlichen Austausch mit Uwe Dörk zu verdanken. Der vielfältige emotionale Beistand vieler Freunde hat mich in den Jahren der Arbeit an dieser Studie begleitet. Hier danke ich Christine Wiezorek, Petra Bauer, Britta Grundke, Regina Soremski und Dorett Funcke. Diese Arbeit hat einen Ort des Entstehens: Ich danke ganz besonders Uwe und Rachel Dörk für die Schreibidylle, die sie mir bereitet haben.

Bei der Fertigstellung der Druckfassung für die Buchpublikation haben mich Thorsten Hülsmann, Christoph Karlheim und Sebastian Moser dankenswerterweise sehr unterstützt.

September 2005

Claudia Peter

¹ Die Studie geht auf eine Dissertation an der Universität Jena zurück, die hier in leicht überarbeiteter und erweiterter Version vorliegt.

Einleitung

Welche Bezeichnung bezeichnet welches Phänomen? Im alltäglichen Umgang werden sie „dicke Kinder“, „Elefantenkinder“, „Pfundskinder“ oder einfach „Dicke“ genannt. Für ihre Familienmitglieder sind sie wie „Kolosse“, zeigen „Fülle“ oder „Gewicht“. Von „Übergewicht“ spricht in der Regel keiner.

Als Mediziner zu Ende des 19. Jahrhunderts auf das Phänomen der „Dicken“ aufmerksam wurden, bezeichneten sie das Symptom der dicken Leibgestalt zunächst in der medizinischen Literatur mit Begriffen wie „*Fettsucht*“ oder „*Fettleibigkeit*“ oder lateinisierend als „*Adipositas*“². Im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs vermeiden Mediziner und Ernährungswissenschaftler die Bezeichnung „Fettleibigkeit“ und bevorzugen die lateinisierende oder englische Bezeichnung (*obesity*) oder sprechen von „*Übergewicht*“.

Die medizinische Adipositas-Forschung weist eine längere Tradition auf. Zunächst zu Ende des 19. Jahrhunderts als Wohlstandsphänomen wie die Gicht gedeutet, zeichneten sich im 20. Jahrhundert mehrere Konjunkturen zur Deutung des Symptoms je nach Zeitgeist – man denke nur an die ‚fetten‘ 1950er Jahre – ab, nach denen das Symptom mal auf die Genetik und mal auf die unbeherrschte Völlerei zurück geführt wurde. Mit der aktuellen Auffassung als „Übergewicht“³ wird eine gegenüber dem Lebensstil wertneutralere Haltung impliziert, die aber gleichzeitig in der Unterstellung eines Normgewichtes je nach Körpergröße, Geschlecht und Alter wiederum normierend ist.

Auf dem ersten Blick ist somit zu erkennen, dass die verschiedenen Möglichkeiten der Bezeichnung auf unterschiedliche Einstellungen schließen lassen: Während in der Alltagssprache eine wohlwollend-beschreibende oder metaphorische Bezeichnung bevorzugt wird, so war der ärztliche Diskurs zum Phänomen immer mit impliziten Werturteilen unterlegt: Zu fett, zu viel Gewicht, zu viel Essen – die Mediziner legen das Maß an und fest.

Es ist also unmöglich, eine wertneutrale Haltung in Bezug auf das Phänomen der „Dicken“ einzunehmen: in jeder Bezeichnung schwingt schon ein latentes Werturteil mit. Es gilt deshalb für die folgende soziologische Untersuchung, dass der eigene Standpunkt reflektiert und genau markiert sein muss. Als Bezeichnung wird deshalb eine etwas hölzern klingende dritte Variante, die der *juvenilen Dickleibigkeit*, gewählt, die zunächst die Beschreibung der äußeren Leibgestalt präferiert und eine Eingrenzung auf das Kinder- und Jugendalter anzeigen soll.

2 Bei der Bezeichnung „Adipositas“ handelt es sich wahrscheinlich um eine Kunstwortbildung der Mediziner, die aus den lateinischen Wörtern *adeps* (Fett, Schmerbauch) und *positus* (a) Part. Perf. von *ponere*: stellen, legen, setzen, b) Substantiv: Stellung, Lage, Stand) gebildet wurde: aus *adepositus* wurde *adipositas*.

3 Der Korrektheit halber sei darauf hingewiesen, dass Mediziner nochmals zwischen „Übergewicht“ und „Adipositas“ differenzieren: Danach ist „Adipositas“ die extremere Form des „Übergewichts“.

Des Weiteren soll die Bezeichnung *Phänomen* die beobachtbare, empirische Tatsache (des Dick-Seins) meinen, während die Verwendung des Begriffe *Symptom*, *Symptombilder* oder *Symptomatik* die medizinische Perspektive auf das Phänomen anzeigt: Mit Symptom, griechisch: Zufall, Auffälligkeit, sind die begleitenden typischen Merkmale einer Krankheit gemeint, die Zeichen einer Krankheit, an der man sie erkennt. Von der Schwierigkeit, die eigentliche Krankheit von ihren Begleitsymptomen, ihren Zeichen, unterscheiden zu können, was einiges ärztliche Erfahrungs- und Deutungswissen verlangt⁴, wird auf den folgenden Seiten am Beispiel der „Adipositas“ berichtet, wiewohl auch hier festgehalten werden muss, dass in dieser Studie die objektiv-hermeneutischen Deutungen der Symptomatiken in den Fallanalysen genau von dieser Differenz leben.

Damit die Differenz zwischen ärztlichen und soziologischen Deutungen der Phänomene und Symptome auch sprachlich sichtbar wird, werden eigen entwickelte Begriffe verwendet, die der *Leibgestalt* oder der *leiblichen Ausdrucksgestalt*. Mit *Leibgestalt* wird im phänomenologischen Sinne die soziale Tatsache bezeichnet, dass der eigene Körper/Leib für sich und Andere in einer bestimmten Gestalt erfahren wird, hier in der Gestalt des Dick-Seins. Hierin ist eingeschlossen, dass das, was als „dick“ erfahren wird, jeweils variieren kann. Wichtig ist nur, dass es intersubjektiv erfahren wird. Der Begriff *leibliche Ausdrucksgestalt* bezieht sich hingegen auf den Begriff der Ausdrucksgestalt der Objektiven Hermeneutik, der einen rekonstruierten Sinnzusammenhang, eine für sich gültige Sinnstruktur meint, der hier lediglich auf Leiblich-Körperliches eingegrenzt wird: Leiblich-Körperliches wird quasi als „Text“ gelesen. Der erste Begriff ist also in der intersubjektiv erfahrenen Sozialwelt verankert und phänomenologischer Provenienz, der zweite ist ein analytischer Begriff.

Zur Konstruktion der soziologischen Fragestellungen

Folgt man medizinisch-anthropologischen Untersuchungen, dann ist das Phänomen der „dicken Kinder“ seit den 1990er Jahren in Deutschland „zunehmend“: Immer mehr Kinder und Jugendliche sollen davon betroffen sein.⁵

Im Februar 2004 startet das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft eine neue Kampagne „KINDER LEICHT – BESSER ESSEN. MEHR BEWEGEN“⁶ mit folgender Begründung.

„Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen ist ein zunehmendes Problem in unserem Land. Inzwischen ist jedes 5. Kind und jeder 3. Jugendliche übergewichtig, 7 bis 8 % der Kinder sind stark übergewichtig, das heißt adipös. Damit ist Übergewicht die häufigste ernährungsbedingte Gesundheitsstörung von Kindern in Deutschland; die WHO spricht bereits von einer Adipositasepidemie.“

4 Siehe zur Geschichte der ärztlichen Deutungssysteme vor allem Foucault ⁶2002.

5 Siehe dazu die Leitlinien der Arbeitsgruppe Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA): <http://Leitlinien.net>.

6 Siehe auch www.kinder-leicht.net.

Mit dieser Problemwahrnehmung als Epidemie treten gleichzeitig die wachsenden Kosten für das Gesundheitssystem in den Blick: Gegenwärtig werden vor allem die Kosten, die die Behandlung der Folgesymptome wie Herzkreislaufbeschwerden, Diabetes und Hypertonie verursachen, als größter Faktor bei den Ausgaben eingeschätzt.⁷ Nicht zuletzt deshalb erscheint die Suche nach den Gründen für die zunehmende Verbreitung – aus Sicht der Mediziner – dringlich.

Die Diagnostik ist erheblich differenziert worden (siehe dazu auch S. 92); Meinungen, dieses Symptom als eine neue Krankheit in den ICD-10-Klassifikationssystem⁸ aufzunehmen, stehen ablehnende Haltungen gegenüber. Für Deutschland bemüht sich die Arbeitsgruppe Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA)⁹ darum, Definitionskriterien, Diagnostik und Therapieansätze zu systematisieren und Empfehlungen zu formulieren.

Neben dieser Initiative der von Medizinern dominierten Arbeitsgruppe gibt es unter den Kinder- und Jugendtherapeuten verschiedener Provenienz ein ähnliches Interesse an den „Dicken“: Hier wird anhand der eigenen Therapieerfahrung mit Betroffenen gefragt, ob dieses Phänomen der juvenilen Dickleibigkeit als eine neue Essstörung wie Anorexie, Bulimie oder Binge Eating Disorder anzusehen ist.¹⁰ Es ist jedoch dazu zu konstatieren, dass dieses Phänomen noch bei weitem nicht die gleiche Aufmerksamkeit erfährt wie die anderen genannten Essstörungen.

Als jüngste Profession, die sich dem Phänomen zuwendet, ist die Soziale Arbeit zu nennen, die die Milieubedingtheit der Phänomenentwicklung endlich in den Blick nimmt und mit Kenntnis jener sozialen Rahmung des Phänomens Interventionsmöglichkeiten diskutiert.¹¹

Parallel zu dieser wissenschaftsinternen Diskussion erfährt das Phänomen der „Dicken“, insbesondere der „dicken Kinder“, auch gegenwärtig wieder eine zunehmende Aufmerksamkeit in den Print-Medien: In der Boulevardpresse kursiert der oder die Dicke seit eh und je als Kuriosum, während dieses Phänomen in der seriösen deutschen Presse in den letzten Jahren mit einer beinahe programmatisch anmutenden Thematisierung beachtet wurde, wie folgender, nicht vollständige Überblick zeigt.

7 „In den USA werden ca. 280 000 Todesfälle/Jahr auf die Adipositas mit ihren Folgeerkrankungen zurückgeführt; sie ist damit die zweithäufigste Todesursache im Erwachsenenalter nach dem Rauchen (McGinnis und Foege (1993)).“ - zitiert aus den AGA-Leitlinien, S. 7 (Stand 10/2001)

8 „Die Abkürzung ICD steht für ‚International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems‘; die Ziffer 10 bezeichnet deren 10. Revision. Diese Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation erstellt und von DIMDI ins Deutsche übertragen. Sie ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen. In der Todesursachenstatistik wird die ICD-10 seit dem 1.1.1998 eingesetzt. In der ambulanten und stationären Versorgung werden Diagnosen seit dem 1. Januar 2000 nach der ICD-10 in der SGB-V-Ausgabe verschlüsselt.“ – zitiert nach <http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/>

9 Siehe dazu www.a-g-a.de.

10 Klassisch: Bruch 1991; psychoanalytisch: Schobert 1993; systemisch: Hippel-Schuler/Pape 1997

11 Beispielhaft ist hier Homfeldt/Ritter 2005 zu nennen.

Erscheinungs- monat/-jahr	Zeitung/ Zeitschrift	Artikel-Überschrift
1997	Stern	Heft 12: Die dicke Gesellschaft
3/2000	FAZ	Du wirst immer nur noch kleiner, wenn du weinst. Heldenplätzen: Die Dicken verschwinden aus Deutschland
5/2000	SZ	Das Streiflicht
7/2000	FAZ	Zu viel Essen, zu wenig Bewegung. Jeder zweite erwachsene Deutsche hat Übergewicht, jeder fünfte ist fettleibig
6/2000	NZZ	Amerikanische Verhältnisse. Jedes vierte Kind in der Schweiz ist zu dick
?/2000	NZZ	Charakterschwäche, Krankheit, Sucht? Das junge Phänomen Fettleibigkeit und seine möglichen Ursachen
8/2000	FAZ	Essstörungen mit Suchtcharakter. Ein Präventionsprojekt an zwei Frankfurter Schulen
8/2000	FAZ	Eltern verlieren Sorgerecht für übergewichtiges Kind
12/2000	Spiegel	Heft Nr. 51: Süsse Sucht. Deutschlands überfütterte Kinder
2/2001	FAZ	Jedes Kilogramm ein Risikofaktor. Immer mehr Kinder und Jugendliche in Deutschland sind übergewichtig
2/2002	FAZ	Immer mehr übergewichtige Kinder. Schwere Erkrankungen als Folge/Behandlung der Fettsucht oft unzulänglich
1/2003	FAZ	Unter Kindern breitet sich Fettsucht weiter aus. Altersdiabetes häufig schon in der Jugend/Gesundheitserziehung und Hausärzte könnten helfen
4/2003	FAZ	Schlucken, was das Genom hergibt. Die Krönung des Körperkults: Ernährung nach Maß und auf Rezept?
9/2003	FAZ	Ein dicker Anfang. Seuche Übergewicht (1): Immer mehr Kinder stürzen ins Unglück Das dicke Ende. Seuche Übergewicht (2): Die Gesundheitssysteme kollabieren
9/2003	FAZ	Fettsucht wird Volkskrankheit. Kinderärzte: Gemeinsam essen
10/2003	FAZ	Heißhunger ohne Ende. Folge des Erleidens: Fettsucht als Unterernährung interpretiert?
1/2004	FAZ	„Wie sag ich´s meinem Kinde“. Aus Angst vor Repressalien ist die Industrie zur Finanzierung einer Kampagne gegen Dickleibigkeit bereit
6/2004	FAZ	„Sprengt sonst das Gesundheitssystem“. Ministerin Renate Künast will Ernährungsbewegung gegen Übergewicht bei Kindern
10/2005	Stern	Alles Schicksal? Was uns dick macht

Während die Politik dazu neigt, das Phänomen als Epidemie zu problematisieren, die Mediziner es als behandlungsbedürftige Symptomatik ansehen oder gar als Krankheit deklarieren wollen, die Therapeuten es als Essstörung verstehen, scheint eine solche problematisierende Haltung im alltagsweltlichen Umgang noch lange nicht immer der Fall zu sein. Hier trifft man mindestens genauso oft auf Unbefangenheit und Sorglosigkeit.

Vor diesem Hintergrund geht die vorliegende soziologische Studie zwei Fragen nach:

Inwieweit wird in der lebensweltlichen Einstellung dieses Phänomen als altvertrautes oder als neues Phänomen eingestuft? Anhand welcher Relevanzkriterien vollzieht sich diese Einordnung und welche Handlungskonsequenzen ziehen diese Deutungsversuche nach sich? Letztendlich wird nach der Milieukompetenz, mit diesem Phänomen routiniert umzugehen, gefragt.

Mit einer zweiten Fragestellung wird eine alte therapeutische Erfahrung als These aufgenommen, nach der Dickleibigkeit ein Übergangsphänomen in der Adoleszenzentwicklung sein kann: „Es muss auch erwähnt werden, dass der präadoleszente Knabe zum Fettansatz in der unteren Körperhälfte neigt, der die feminine Körperlinie noch betont, aber normalerweise verschwindet, wenn er in die Höhe schießt.“¹² Folgt man darin also Blos (⁶1995, orig. 1962), dann kann es in der Pubeszenz zu vorübergehenden Irritationen der körperlichen Entwicklung kommen, die aber in aller Regel wieder verschwinden, was man als ‚Spontanheilung‘ verstehen kann.

Mit diesen zwei Ausgangsüberlegungen ist die Untersuchung theoretisch und methodisch so angelegt, dass zu folgenden drei Erkenntnisinteressen Ergebnisse erarbeitet werden:

Erstens soll exemplarisch an der Fragestellung der Konstitution der Dickleibigkeit studiert werden, welchen Einfluss Sozialität auf Leiblichkeit hat. Damit wird einerseits ein Beitrag gegen die so genannte Leib-Vergessenheit der Soziologie geleistet. Dabei wird an eine philosophische Tradition angeknüpft, die nach der folgenreichen Ausblendung des Aspektes der Leiblichkeit in einer cartesianisch geprägten Philosophie wieder von Nietzsche aufgegriffen wird und über die phänomenologische Neuorientierung der Philosophie durch Husserl zu Merleau-Ponty führt. Merleau-Ponty macht den Leib zum grundlegenden Thema seiner „Phänomenologie der Wahrnehmung“ und gibt ihm insofern wieder konsequent seine Bedeutung zurück. Andererseits soll die Studie auch den Nachweis erbringen, dass der Leib in seiner Konstitution sozial strukturiert wird, womit zugleich auch der Sozial-Vergessenheit der Medizin entgegen gearbeitet wird.

Zweitens soll in dieser Studie erprobt werden, wie diese sozialen Strukturierungsprozesse auf der Ebene der Leiblichkeit methodisch erfasst werden können. Mit einem objektiv-hermeneutischen und sozialphänomenologischen Doppelansatz sollen die Methoden in ihren voraussetzungsreichen Prämissen gegeneinander abgesichert werden und dadurch einseitig generierte Ergebnisse vermieden werden.

Drittens versucht die Arbeit konkrete Antworten und Ergebnisse auf die Frage zu bieten, was die juvenile Dickleibigkeit als soziales Phänomen ausmacht, die dann

12 Blos ⁶1995, S. 20

möglicherweise auch für die ärztliche und therapeutische Praxis relevant sein können.

Bezüglich der Bedeutung des Phänomens als adoleszentes Entwicklungsphänomen wurden die psychoanalytischen Entwicklungstheorien von Erikson, Erdheim und Bloß, die interaktionistischen Sozialisationstheorien von Mead und Krappmann sowie die krisentheoretischen Sozialisationstheorien von Oevermann und Allert als heuristische Mittel eingesetzt.

Zum Aufbau der Arbeit

Im *ersten Kapitel* wird dargelegt, wie das Phänomen der Dickleibigkeit methodisch untersucht werden soll. Es wird jeweils von zwei Standpunkten aus betrachtet: Einerseits wird zunächst angenommen, dass die konkrete Leibgestalt als objektivierter Ausdruck, als „Text“ bzw. „objektive Ausdrucksgestalt“, um einen Begriff der Objektiven Hermeneutik zu verwenden, gelten und unter den Prämissen der Objektiven Hermeneutik auf seine objektive Sinnstruktur hin untersucht werden kann. In einem zweiten Analyseakt werden die Einzelfälle dann nochmals unter den Prämissen der Sozialphänomenologie auf ihre Typik hin erforscht. Im weiteren sind die verwendeten Methoden der Objektiven Hermeneutik, des familiengeschichtlichen Gesprächs und der Grounded Theory beschrieben, um daran eine kritische Diskussion der Methoden in den Grenzen ihrer Erkenntnisfähigkeit aber auch in den Möglichkeiten der gegenseitigen Ergänzung anzuschließen. Diese Diskussion wird mit einem Vorschlag, wie die Objektive Hermeneutik und die Grounded Theory mit dem Ziel einer Theorieentwicklung kombiniert werden können, abgeschlossen (siehe dazu S. 79).

In den Einzelfallstudien im *zweiten Kapitel* sollen die hervorgebrachten Ergebnisse zunächst gegenüber gestellt werden. Sukzessiv wird dann von einer Einzelfallstudie zur nächsten eine Theorie über die soziale Sinnstrukturiertheit der juvenilen Dickleibigkeit entwickelt. Deshalb werden zwischen die einzelnen Fallanalysen Zwischenkapitel eingeschoben, die die einzelnen Phasen der Theoriebildung beinhalten.

Diese Untersuchung schließt mit der Darstellung der entwickelten Theorien und Typologien im *dritten Kapitel* ab.

Im *vierten Kapitel* werden Schlussfolgerungen für die weitere Methoden- und Theoriebildung sowie für die Praxis der Versorgung dicker Kinder gezogen.

Zur Einordnung der Arbeit in den Forschungsstand

Mit dieser Arbeit wird innerhalb der Soziologie in mehrfacher Hinsicht Neuland betreten. Andere qualitative soziologische Studien zum Phänomen der (juvenilen) Dickleibigkeit liegen bisher nicht vor. Außer sporadischen Annäherungen an die Thematik, beispielsweise von Fuhs (2003), und gelegentlichen Streifzügen ist dieses Thema noch nicht mit Fallanalysen in der qualitativen Sozialforschung und in der Medizinsoziologie aufgegriffen worden. Dagegen sind in den letzten Jahren einige Arbeiten, um nur die deutschsprachigen zu nennen, erschienen, die der Soziologie

des Körpers zugerechnet werden können: Alheit/Dausien u. a. (1999), Abraham (2002), Gugutzer (2002), Gugutzer (2004), Jäger, U. (2004), Meuser (2004), Schroer (2005) und Hengst/Kelle (2003), letzteres kann auch der soziologischen Kindheitsforschung zugerechnet werden. Diese Arbeiten kreisen im Wesentlichen um zwei Themen: Zum einen wird die Theorielosigkeit der Soziologie des Körpers bemängelt (Meuser 2004) und es werden eigene Entwürfe eingebracht: Gugutzer (2002), Gugutzer (2004), Jäger, U. (2004), in denen besonders auf die Differenzierung von Körper und Leib abgehoben wird. Zum anderen gibt es Erkundungen, inwieweit Körper/Leib, Identität und Biographie miteinander verschränkt sind: Alheit/Dausien u. a. (1999), Abraham (2002), Gugutzer (2002), Hengst/Kelle (2003). Während die erstgenannten Arbeiten nicht oder nur zum Teil empirisch sind, sind zweit genannte als empirische Studien(sammlungen) anzusehen. Bei allen diesen Arbeiten bleibt jedoch die Frage, wie man körperlich-leibliche Vorgänge methodisch adäquat einfangen kann, völlig unbemerkt und nicht diskutiert. In dieser Hinsicht hofft diese Arbeit innovative Schritte in der Methodenentwicklung gegangen zu sein, wiewohl sie von den genannten Studien theoretisch profitieren konnte.

Hinsichtlich der methodischen Innovationen stellt die Kombination objektiv-hermeneutischer und sozialphänomenologischer Perspektiven an sich schon eine Seltenheit in der fallrekonstruktiven Sozialforschung dar. Meistens beschränkt man sich auf eine der beiden methodischen Ansätze. Anhand der Diskussion einer inhaltlich ähnlich ausgerichteten Arbeit, die als Orientierung bei dem Teil der objektiv-hermeneutischen Analysen sehr dienlich war, seien im Folgenden einige Erfahrungen hervorgehoben, die sich in der methodischen Konzeption der vorliegenden Arbeit bewährt haben.

Scheid (1999) hat sich in einer rein objektiv hermeneutisch angelegten Untersuchung mit der Konstitution von Psychosomatosen auseinandergesetzt. Ähnlich wie bei dieser Arbeit nimmt sie an, dass „auch andere Ausdrucksmaterialien als die Sprache Träger von Sinnstrukturen sein können“¹³, nämlich in ihrem Beispiel (psycho)somatische Krankheitssymptome oder im vorliegenden Beispiel bestimmte Leibgestalten. Sie erprobt das Verfahren der Objektiven Hermeneutik an zwei Gruppen von Psychosomatosen, an dem Asthma bronchiale und an der Enteritis regionalis Crohn mit jeweils zwei Fallanalysen. Als Datengrundlage dienen die unmittelbaren Krankheitsdaten, biographische Daten und Interviews. Im Weiteren ist es ihr Ziel, anhand dieser vier Fallrekonstruktionen zu zwei Symptomtypen eine spezifischen Theorie unbegrenzter Reichweite¹⁴ zur Konstitution von Psychosomatosen zu formulieren. Sie schrieb dazu resümierend in ihrer Einleitung, es zeige sich, „dass der latente Sinn, der dem Symptomtext entnommen werden konnte, identisch mit demjenigen war, den man aus den Gesprächsprotokollen rekonstruiert hatte“.

Im Gegensatz zu ihrer Erfahrung wurden bei der vorliegenden Arbeit in der Analyse der einzelnen Materialtypen (Krankenakten bzw. Symptomverläufe, familiengeschichtliche Daten, Interaktionsstrukturen) keine identischen Ergebnisse erzielt,

13 Scheid 1999, S. 11

14 Zu den Begriffen der spezifischen Theorie mit unbegrenzter Reichweite und der unspezifischen Feldtheorie siehe ab S. 78.

sondern jeweils sich ergänzende, manchmal auch sich widersprechende Hypothesen entwickelt. Anders formuliert: Es war gerade das Ziel der vorliegenden Arbeit, die Hypothesen nicht (nur) am nächsten Materialtyp zu bestätigen – was dann die Vermutung einer zirkulären Arbeitsweise aufkommen lässt – sondern in deren sukzessiver Differenzierung die Basis für die Entwicklung einer spezifischen Theorie zur juvenilen Dickleibigkeit zu schaffen. Deshalb wurde auch ein Methodenmix aus mindestens zwei qualitativ-rekonstruktiven Verfahren vorgezogen.

Ein weiterer Unterschied zu der vergleichbaren Studie von Scheid besteht im programmatischen Anspruch: Scheid wollte eine allgemeine Theorie zur Konstitution von Psychosomatosen formulieren, indem sie zwei Psychosomatosetypen untersuchte. Hierbei nimmt sie an, dass jede Psychosomatose zunächst als ein Symptom- oder Phänomentyp gelten kann. In der Generalisierung der Einzelfallergebnisse wäre es aber ebenso möglich gewesen, spezifische Theorien jeweils zum Asthma bronchiale und zum Morbus Crohn zu entwickeln. Es wird daher von der Autorin bezweifelt, dass eine Generalisierung zu einer allgemeinen Theorie ohne den Zwischenschritt der Bildung spezifischer Theorien möglich ist. Die Arbeit von Scheid verliert, obwohl sie in den Einzelfallanalysen sehr scharf konturierte Fallstrukturhypothesen vorweisen kann und deshalb sehr inspirierend ist, leider sehr an ihrer Erklärungskraft im Bereich der Theorieentwicklung: Die verallgemeinernden Schlussfolgerungen erscheinen hier zu großschrittig und die Ableitungen zu allgemein.

In Abgrenzung dazu bestand der programmatische Anspruch dieser Arbeit nicht in der Entwicklung einer allgemeinen Theorie, die beansprucht, alle Arten von juveniler Dickleibigkeit erklären zu wollen. Vielmehr wurde anhand zweier Thesen – der der lebensweltlichen Vertrautheit mit dem Phänomen und der eines vorübergehenden Entwicklungsproblems in der Adoleszenz – eine spezifische Theorie als Antwort auf diese beiden Thesen gebildet.

Im Vergleich zur Arbeitsweise von Scheid beschränkte sich die Theoriebildung deshalb nur auf ein Symptom, das der Dickleibigkeit, wiewohl dieses unter den medizinisch relevanten Symptomatiken oft nur eines war, wie aus den Krankenakten zu ersehen ist. Jedoch erst durch den internen Vergleich der unterschiedlichen Ausprägungen des Symptoms bei den einzelnen Fällen konnten genauere Aussagen getroffen werden, was für die Entwicklung einer hinreichend differenzierten und abgesicherten Theorie nötig war.

Zur Auswahl der „Fälle“

Folgende Ausgangsüberlegungen standen der Auswahl der Fälle und der Eingrenzung des Feldes voran: Nach der These der juvenilen Dickleibigkeit als Übergangsphänomen zwischen der Latenzzeit und der Präadoleszenz¹⁵ erschien es sinnvoll, Kinder bzw. Jugendliche auszuwählen, die in einem therapeutischen oder ärztlichen Behandlungsprozess stehen und sich in dieser Entwicklungsphase befanden oder sie bereits hinter sich hatten. Erstens war – ganz forschungspragmatisch – durch ihren

15 Blos ⁶1995, S. 20. Siehe auch Fußnote 196.

Status als Patienten ein leichter Zugang zu ihnen möglich und zweitens ist durch die Behandlung der Verlauf der Symptomatik recht genau protokolliert.

Des Weiteren konnte in Bezug auf die zweite These durch die (lange) ambulante Behandlungsdauer und die damit verbundene Auseinandersetzung mit den ärztlichen Symptomdeutungen von einer erhöhten Bereitschaft der Patienten, sich selbst zu thematisieren und thematisieren zu lassen, ausgegangen werden. Insofern war eher zu vermuten, dass dieses Symptom von den Betroffenen und den Angehörigen nicht mehr völlig unbesorgt wahrgenommen wurde, sondern eine eher problematisierende Haltung dazu eingenommen wurde. Da, wie eingangs geschildert, die ärztliche Deutungshoheit bei diesem Phänomen sehr dominant und normierend war und ist, konnten anhand der einzelnen Fallverläufe ebenfalls diese Zuschreibungs- und Aushandlungsprozesse zwischen den Patienten und Ärzten zumindest in Ansätzen¹⁶ rekonstruiert werden.

In diesem Zusammenhang möchte die Studie auch eine Handreichung bieten, nach der die Bedingungen, nach denen dieses Symptom als krankheitswertig und damit behandlungsbedürftig eingeschätzt werden kann, genauer bestimmt werden können.

16 Für eine genauere Untersuchung hätte es teilnehmender Beobachtungen im ärztlichen Behandlungsgespräch bedurft.

