

Zum Umgang mit irritierter Identität im Jugendalter: das Verhältnis von Körper und Identität bei chronischer Krankheit

Ohlbrecht, Heike; Langner, Anke

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Ohlbrecht, H., & Langner, A. (2008). Zum Umgang mit irritierter Identität im Jugendalter: das Verhältnis von Körper und Identität bei chronischer Krankheit. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2* (S. 1790-1801). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-152394>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Zum Umgang mit irritierter Identität im Jugendalter – das Verhältnis von Körper und Identität bei chronischer Krankheit

Heike Ohlbrecht und Anke Langner

1. Einleitung

Am Krisenfall der Krankheit lässt sich exemplarisch die Arbeit an der Identität und dem Körper nachzeichnen, da die Mechanismen des Kampfes um Aufrechterhaltung der (bedrohten) Identität hier besonders deutlich zum Vorschein treten. Eine chronische Krankheit zwingt zur biografischen Auseinandersetzung, denn anders als bei akuten Krankheiten, die in der Regel nur eine vorübergehende Störung des Alltages darstellen, hinterlassen chronische Krankheiten Spuren in der Biografie. Schnell wird den Betroffenen klar, dass sie, so wie sie bisher waren, in Zukunft nicht mehr sein werden. Das Selbst, die Vorstellung von der Identität ist in Frage gestellt, ist irritiert (Strauss, Corbin 2004), da die Krankheit eine Bedrohung des bisherigen biografischen Möglichkeitsspielraums impliziert. Es gilt in Auseinandersetzung mit der Krankheit eine neue Sicht auf sich selbst und den Körper zu finden (Ohlbrecht 2006).

Gleichwohl ob es sich um eine chronisch-körperliche Krankheit handelt, die in das Leben stürzt wie Krebs, sich »einschleicht« wie Asthma etc. oder es sich um psychosomatische Störungen handelt, die von »innen« entwickelt eine spezielle Bewältigungsstrategie für Identitätskrisen darstellen, wie zum Beispiel Essstörungen, bleibt ihnen gemeinsam, dass sie kritische Lebenssituationen darstellen, die jenseits der medizinischen Behandlung, zur lebenspraktischen und biografierelevanten Bewältigung aufrufen und die eine direkte Bedrohung des Körpers implizieren und daher das Leib-Körper-Identitätsgefühl nachhaltig verändern. Die nun verstärkt erforderliche Identitätsarbeit ist auch immer Körperarbeit.

Chronische Krankheiten sind, aus soziologischer Sicht, als Wendepunkte in der Biografie (Strauss 1968) zu verstehen, die zu Bestandsaufnahme, Revision, Neubewertung, Neuverstehen und Neubeurteilung zwingen. In diesem Zusammenhang wird Biografie- und Identitätsarbeit im besonderen Maße notwendig, denn die Einschränkung oder sogar Verunmöglichung bisheriger Lebensentwürfe und Zukunftsplanungen, die Infragestellung von Gewissheit über sich selbst und den eigenen Körper, fordern dazu heraus, sich explizit mit der Biografie und Identität auseinander zu setzen, diese zu behaupten, zu rekonstruieren, wieder zu einem Ganzen zu-

sammenzusetzen (Corbin/Strauss 2004, Ohlbrecht 2006) oder auch völlig neu zu konstituieren.

Chronisch kranke Jugendliche müssen ihre Identität, ebenso wie nicht-kranke Jugendliche, erstens geschlechtsspezifisch, zweitens entlang sozialer Anforderungen an das Erwachsenwerden und drittens angesichts der als Überforderung oder als Herausforderung wahrgenommenen gesellschaftlichen Veränderungen modellieren.¹ Allerdings tritt bei ihnen der Aspekt des irritierten Verhältnisses von Identität und Körper hinzu.

2. Kurze Erläuterungen zu chronischen Krankheiten

Chronische Krankheiten rücken zunehmend ins Zentrum der wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussion, da eine Verschiebung im Krankheitsspektrum zu verzeichnen ist. Nicht mehr die akut-infektiösen Krankheiten sind vorherrschend, sondern die chronisch-degenerativen Krankheiten. Darüber hinaus sind chronische Krankheiten nicht mehr dem höheren Lebensalter »vorbehalten«, sondern treten verstärkt bereits im Kindheits- und Jugendalter auf (die Prävalenz von chronischen Krankheiten liegt bei 10 Prozent, vgl. RKI 2006). Auch die Zunahme von Verhaltensstörungen, von Essstörungen, insbesondere Adipositas, im Jugendalter und psychosomatischen Auffälligkeiten (RKI 2006) belegen, dass in diesem Lebensabschnitt besondere Belastungen auftreten, die mitunter Krankheitswert erreichen.

Bei der Betrachtung von chronischen Krankheiten folgen wir einem bio-psycho-sozialem Krankheitsmodell (Engel 1976), welches neben den somatischen auch den psychischen und sozialen Aspekten Bedeutung beimisst und Erkrankungen als Ergebnis einer Interaktion zwischen betroffenen Personen, ihren Problemsituationen und der Umwelt begreift (Antonovsky 1997).

Krankheiten werden somit nicht primär als Ausdruck einer in einer Person liegenden Pathologie verstanden, sondern als Reaktion auf Lebensumstände und Belastungssituationen, die das Individuum überfordern können. So stellen Essstörungen beispielsweise hoch-riskante aber letztlich zum Scheitern verurteilte Lö-

¹ Aus psychologischer Sicht liegt hierzu das Konzept der Entwicklungsaufgaben nach Robert J. Havighurst (1948; spezifiziert durch Erik Erikson 1959) vor, dieses wurde von der soziologischen Sozialisationstheorie aufgegriffen und nach Ulrich Oevermann (2001) in Dimensionen der jugendlichen Bewährung gefasst, im Krankheitsfälle sind diese Aufgaben/Dimensionen um den Bereich der Trajectory zu erweitern, wie Heike Ohlbrecht (2006) zeigt, ist die Krankheit nicht nur eine zusätzliche Bewährungsdimension, sondern verändert und beeinflusst alle Bereiche jugendlicher Identitätsarbeit nachhaltig.

sungsversuche für Probleme dar, für die den Betroffenen keine angemessenen Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Die medizinische Auffassung von Krankheit ist die einer durch die biologische Organisation bedingte und daher bei allen Lebewesen mögliche Störung der Vorgänge im Organismus. Im Zentrum der ärztlichen Bemühungen steht der Patient, dessen Krankheit prinzipiell von ihm als Person lösbar ist, es geht um die Krankheit, für die es ein kanonisiertes Wissen gibt und welches auch auf andere Patienten anwendbar ist. Die Biografie des Einzelnen und seine Sinnfindungsprozesse spielen in dieser Betrachtung, wenn überhaupt, eine nachgeordnete Rolle (Ohlbrecht 2006). Im Gegenzug zur medizinischen Erklärung von Krankheiten, lassen sich bei den Betroffenen Alltagstheorien und subjektive Krankheitstheorien rekonstruieren (Flick 1998), die Deutungsmuster darstellen. Diese Deutungsmuster führen die Krankheit eben gerade nicht auf einen biologischen Zufall zurück, sondern auf eine verstehbare Manifestation einer verborgenen Wahrheit, häufig außerphysisch verursacht. Die Betrachtung von Krankheit unterscheidet sich im Expertensystem und im Laiensystem deutlich (vgl. Kardorff 1998). Dies hat weitreichende Folgen für den Krankheitsumgang und für die Bewältigung von chronischer Krankheit.

3. Zum sozial codierten Körper

Um das Verhältnis von Körper und Identität zu beleuchten bieten sich körpersoziologische Überlegungen an, denn diese erhellen im Besonderen den Zusammenhang von Sozialisationsprozessen und gesellschaftlich-vorgegebenen Körperkodierungen. Das Konzept des sozial kodierten (Gugutzer 2005) und des in milieuspezifischen Zusammenhängen eingebetteten Körpers (Boltanski 1971; Bourdieu 1987) sieht die Entwicklung des Selbst und der leiblichen Identität als Ergebnis des komplexen Zusammenspiels zwischen gesellschaftlichen Wertvorstellungen, Medien, normativen Zwängen und sozialen Interaktionen im sozialen Milieu, in der Familie und in Peer-Groups.

Mit dem Habituskonzept können die milieuspezifischen Aspekte sozialer (Selbst-)Verortung (Bourdieu 1987, 1993) und deren Krisen und Bewältigungen sichtbar gemacht werden. Soziale Differenzen in Bezug auf Leib und Körper, reproduziert unter anderem durch schichtenspezifische Sozialisation, ergeben sich in Bezug auf das Verhältnis von Körperlichkeit und Existenzsicherung, die Definition von Gesundheit und Krankheit, auf Ernährungsgewohnheiten, Körperkontrolle, -sprache, und -pflege, auf die Kleidung, auf die Leistungsorientierung und auf materielle Ressourcen und entsprechende Distinktionsstrategien. Wie Robert Gugutzer feststellt: »Was immer wir mit unserem Körper tun, wie wir mit ihm um-

gehen, wie wir ihn einsetzen, welche Einstellung wir zu ihm haben, wie wir ihn bewerten, empfinden und welche Bedeutung wir dem Körper zuschreiben, all das ist geprägt von der Gesellschaft und der Kultur, in der wir leben« (2004: 5). Krankheiten sind im Sinne der Körpersoziologie »körperliche Unordnungen« (*bodily disorders*, Gugutzer 2004: 90) und sind demzufolge kulturspezifische körperliche Indikatoren für soziale Kontrollprobleme in bestimmten gesellschaftlichen Teilsystemen. Diese Kontroll- und Herrschaftsprobleme werden am sichtbarsten an der gesellschaftlichen, also medizinischen, wissenschaftlichen, politischen Konstruktion weiblicher Krankheiten. Daher wenden wir uns der Anorexia nervosa² zu, die zu 95 Prozent bei jungen Frauen auftritt. Es ist eine charakteristische Krankheit bzw. eine psychosomatische Symptomatik, die als typisches Phänomen in westlichen Konsumgesellschaften des 20. Jahrhunderts betrachtet wird³ und zeigt, wie junge anorektische Frauen über das faktische »Verschwinden« ihres sichtbaren Körpers versuchen, den an sie gestellten widersprüchlichen Erwartungen zu entkommen (Gugutzer 2005). So drängt sich die Frage auf, wie es dazu kommt, dass Mädchen angesichts eines überwältigenden Angebotes an Nahrungs- und Lebensmittel hungern? Dass es sich hierbei um kein geringes Problem handelt, zeigen die aktuellen Daten; mittlerweile leidet in Deutschland fast jedes dritte Mädchen in der Pubertät an Essstörungen (RKI 2006).

Die körpersoziologische Sicht begreift Essstörungen, anders als der medizinische oder psychologische Diskurs, als zeit- und kulturspezifische Metapher, die die aktuellen Lebensbedingungen von jungen Frauen und deren Strategien damit umzugehen, verdeutlicht (Gugutzer 2005). So zählen zu den Sozialisationsanforderungen der Wunsch nach Erfolg und Anerkennung, Leistung, Unabhängigkeit, Selbstverantwortung und Selbstdisziplin, Individualität, Schlanksein, Schönheit; die Sozialisationsanforderungen an junge Frauen sind dabei ambivalent: Sie sollen einen guten Schulabschluss erreichen, eine gute Ausbildung absolvieren und gleichzeitig eine hohe Familienorientierung aufweisen (Helfferich 1994: 146ff) etc.

Wenn man die Essstörungen nun als eine gewählte, wenn auch hoch riskante, Bewältigungsstrategie dieser Sozialisationsanforderungen begreift, kann man Gugutzers Definition von Essstörungen folgen, demnach

2 Die Klassifizierung der Anorexia nervosa nach der ICD-10:

1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 Prozent unter dem erwarteten (BMI < 17,5).
2. Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Hungern, Erbrechen, Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten/Missbrauch von Medikamenten wie Appetitzüglern/Duretika.
3. Körperschema-Störung: Trotz starker Abmagerung besteht die Angst, zu dick zu sein.
4. Endokrine Störung mit Amenorrhoe.
5. Verzögerung in der pubertären Entwicklung.

3 Im 19. Jahrhundert war die Hysterie die vorherrschende psychische Krankheit der Frau: »Wie die Hysterie, so betritt die Anorexie die medizinischen und medialen Bühnen zu einer Zeit, in der komplexe gesellschaftliche Wandlungen das Geschlechterverhältnis erschüttern.« (Setzwein 2004: 285).

»Eßstörungen (...) als körperlich-symbolischen Ausdruck individueller Bedürfnisse, Ängste und Nöte (zu verstehen sind), die gesellschaftlich (insbesondere familiär) hergestellt werden. Eßstörungen repräsentieren, anders gesagt, kulturell bereitgestellte Lösungsstrategien für ebendiese geschlechts- und altersspezifische Probleme.« (Gugutzer 2005: 327)

Die Essstörung ist eine Möglichkeit, sich der eigenen Identität zu vergewissern und die Anforderungen der Adoleszenzkrise zu ver(be)arbeiten. Dabei sind Krankheiten auch sozial legitimierte Möglichkeiten, sich bestimmter Aufgaben (auf Zeit) zu entziehen.

4. Adoleszenzkrise und Krankheit

Lange Zeit galten Jugendliche als schlichtweg gesund und waren als Bevölkerungsgruppe kaum von Interesse für eine Gesundheitsberichterstattung. Dies hat sich in jüngster Zeit geändert. So verkörpern Jugendliche zwar nach wie vor Unabhängigkeit, Abenteuer, Fitness, Mobilität und Spontaneität (vgl. Hurrelmann 2002), aber gleichzeitig zeigt sich eine Verklammerung gesellschaftlicher Modernisierung mit zunehmenden psychosozialen und gesundheitlichen Problemen in diesem Lebensabschnitt (Hurrelmann u.a. 2003; Ohlbrecht 2005, 2006) und mit gestiegenen Status- und Zukunftsängsten. Die gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter ist inzwischen gut dokumentiert (Richter 2005; Richter/Hurrelmann 2006). Kinder und Jugendliche sind zur wichtigen Zielgruppe der Gesundheitsprävention geworden (Lampert/Richter 2006; Jerusalem u.a. 2003).

Der Statusübergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen ist krisenanfällig und mit dem Risiko eines Scheiterns verbunden, das individuell ganz unterschiedlich verarbeitet werden kann und dabei bestimmte – auch krankheitsrelevante – »Lösungen« hervorbringt (vgl. auch Burkitt 1999), wie die Zunahme von psychischen Krankheiten und Essstörungen belegen.

Die neuen medial begleiteten gesellschaftlichen Diskurse um veränderte Geschlechtsrollen, Körperbilder und gewandelte soziale Beziehungsformen, aber auch die zunehmende Kommerzialisierung von Kindheit und Jugend, führen zu Unsicherheiten und neuen Begründungsverpflichtungen sowie zu einer zunehmend von erwarteter Selbstverpflichtung und Selbstkontrolle erzwungenen rationalen Lebensführung. Diese vorbildlosen Anforderungen schärfen den Blick dafür, dass »verpasste« Gelegenheiten, wie zum Beispiel versagte Ausbildung, fehlender Schulabschluss etc. sich später immer schlechter ausgleichen lassen und zu Entmutigung und zu somatischen Ausweich- und Kompensationsreaktionen führen können.

Daher stellt sich die Frage, inwieweit beispielsweise Anorexie auf fehlgeschlagene Identitätsbildungsprozesse hindeutet und eine Krankheit (wie Diabetes) zur

Strategie wird, um den neuen gesellschaftlichen Anforderungen sichtbar und dabei sozial legitimiert, auszuweichen und Zuwendung zu erzwingen, um darüber (vermisste) Anerkennung zu gewinnen.

Die »Sozialisationsgeschichte« von Krankheit kann mittels Verfahren der qualitativen Sozialforschung fall- und milieuspezifisch aufgedeckt werden, um die spezifischen Wege und Mechanismen, die zur Entwicklung von Ernährungsstörungen führen, zu rekonstruieren bzw. den Krankheitsumgang und die Bewältigung von Diabetes darzustellen. Dafür eignet sich eine rekonstruktive Sozialforschung in besonderer Weise, da hier Fallrekonstruktionen mit dem Ziel einer Strukturgeneralisierung durchgeführt werden (Oevermann 1981). Dabei geht es nicht um die Identifikation des relativen Anteils der Varianz von Einzelfaktoren (z.B. Genetik, Bewegung, Essverhalten, Familiensituation), sondern um die Identifikation typisierbarer und damit strukturell generalisierbarer Konstellationen, die die Entwicklung der Essstörung/Krankheit rekonstruktiv aus Strukturmomenten der unterschiedlichen Sozialisationsumwelten im Zusammenspiel mit den individuellen Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen in den untersuchten Familien verständlich machen und erklären können (Ohlbrecht 2006).

Körperselbstkonzepte werden entlang der gesellschaftlich vorgegebenen Sozialisationsanforderungen entwickelt, hier kommt der sozial codierte Körper ins Spiel. Identität bedeutet ein Bild von sich Selbst zu entwickeln, zu diesem Bild vom Selbst gehört die Selbstwahrnehmung des eigenen Körpers und dessen Bewertung und Vergleich mit (medial) vermittelten sozialen Körpercodierungen. Das Selbstbild ist abhängig von der Beurteilung des eigenen Körpers durch signifikante Andere und durch die sozial sowie kulturell vermittelten Körperbilder. Die Bewertung des eigenen Körpers und die Bewertung des Selbst bedingen sich gegenseitig. Eine negative Bewertung des eigenen Körpers hat eine mindere Wertschätzung des Selbst, der Identität zu Folge, wie eine mindere Wertschätzung des Selbst eine negative Bewertung des Körpers implizieren kann (Gugutzer 2002).

Jugendliche müssen ihre Identität in Auseinandersetzung mit den Sozialisationsanforderungen der Gesellschaft herausbilden und den »riskanten Chancen« (Keupp 1988, 2000) gesellschaftlicher Erwartungen an das Erwachsenwerden, wie zum Beispiel Autonomieentwicklung gerecht werden und dabei ihr Selbstbild (in dem also das Körperbild, das Körperselbstkonzept schon enthalten ist) reorganisieren. Autonomie, verstanden als Gefühl, selbstbestimmt über sich und das eigene Leben zu verfügen, wird gemeinhin als Bedingung und Ausdruck gelungener Identität bezeichnet. Identitätskrisen sind daher häufig Autonomiekrisen und verweisen auf ausbleibende/fehlende soziale Anerkennung und Aufmerksamkeit signifikanter Anderer.

Die nicht gelingende Autonomiegewinnung oder/und das Scheitern an den Bereichen der Identitätsarbeit (familiale Karriere, Geschlechtskarriere, Berufskar-

riere, Körperbild, Zukunftsentwurf der Identität, vgl. Ohlbrecht 2006) kann verschiedene Gründe haben und sich unter anderem in der sprachlos-beredten Form somatoformer Reaktionsbildungen ausdrücken, wie dies zum Beispiel, so unsere These, bei Anorexie der Fall ist. Diese ist eine körperlich sprechende Gegenwirkung auf eine misslungene Identitätsarbeit bei der andere Bewältigungsformen versagen. Durch den Fall Lena wird dieses Bedingungsgefüge aufgezeigt.

5. Zu den Körperselbstkonzepten zweier befragter Jugendlicher

Fallbeispiel Lena⁴

Lena ist eine 14jährige Schülerin, die schon mehrere stationäre Aufenthalte durchmachen musste, in denen akute lebensbedrohliche Zustände aufgrund der Anorexie behandelt wurden (Zwangsernährung), bisher ohne Erfolg. Es gelingt Lena nicht, ihr Gewicht zu halten und ein positives Körperbild von sich zu entwickeln. Das Verhältnis zu den Eltern und zum wesentlich älteren Bruder ist gespannt.

Es begann mit elf Jahren, dass Lena sich als zu dick empfand. Sie vertraute ihrer Wahrnehmung des eigenen Körpers nicht mehr. Über den ständigen Vergleich mit Anderen und dem musternden Blick in den Spiegel beschloss Lena, ihren Körper bezüglich der Essenseinnahme zu kontrollieren. Der Krankheitsumgang steigert sich seit dem ins Bedrohliche; zeigt sich in kaum zu stoppenden (oder nur dem vorübergehenden Anhalten von) Gewichtsverlusten. Die Auseinandersetzung mit ihrer *geschlechtlichen Identität* und mit ihrer körperlichen Entwicklung wird durch die Erkrankung aufgeschoben. Die *familiale Karriere* ist bestimmt durch eine stark belastete Familiensituation. Zwar handelt es sich um ein nach außen intaktes Familienleben, nach innen zeigen sich schwierige Interaktionsbeziehungen. Der Kontakt zum älteren Bruder ist sporadisch und durch starke Geschwisterrivalität gekennzeichnet. Lena entwickelt ein starkes Autonomiebedürfnis, sie will sich so schnell wie möglich ablösen, eine eigene Wohnung oder ein Wohnprojekt suchen. In ihren Vorstellungen über eine Partnerschaft ist sie desillusioniert, sie glaubt nicht daran, dass eine Partnerschaft funktionieren kann.

Das *soziale Netzwerk* ist seit Lenas Erkrankung stark geschrumpft. Ihre Freundinnen sind vor allem Mädchen, die sie bei ihren stationären Aufenthalten kennen gelernt hat. Von den Mädchen aus der Schulklasse und den früheren Freundinnen ist Lena sozial isoliert, es bestehen kaum noch Kontakte.

⁴ Hier werden verkürzt zwei Fallrekonstruktionen wiedergegeben, die vollständigen Fallrekonstruktionen sowie Fallauswahl, Auswertungsverfahren etc. vgl. Ohlbrecht (2006).

Die Vorstellungen über eine mögliche *berufliche Karriere* sind noch völlig diffus und geprägt durch die Erfahrungen der Krankenhausaufenthalte. So zieht sie eine Ausbildung zur Krankenschwester in Erwägung, scheut aber die dann ständige Konfrontation mit dem Leiden anderer. Zurzeit besucht Lena ein Gymnasium, der starke Leistungsdruck dort belastet sie. Die Eltern erwarten jedoch von ihr, dass sie das Gymnasium mit guten Ergebnissen abschließen wird und verstärken damit diesen Druck.

Die Krankheit bestimmt mittlerweile ihr gesamtes Leben, sie beeinflusst alle Bereiche der Identitätsarbeit. Durch die Krankheit verliert Lena an Spontaneität und Flexibilität im Alltag, die Erkrankung hat sie isoliert und die Fassade der nach außen intakten Familie bröckeln lassen.

Fallbeispiel Beate

Beate ist eine 17jährige Auszubildende im kaufmännischen Bereich, sie hat die mittlere Reife mit sehr guten Ergebnissen abgeschlossen und hat sich trotz der gegebenen Möglichkeit nicht für ein weiterführendes Studium entschieden. Beate lebt, seit der Scheidung ihrer Eltern, bei ihrem Vater.

Beates Körper selbstkonzept ist durch die Krankheit Diabetes massiv beeinflusst. Der Körper brachte sich durch ein explizites Nichtfunktionieren wiederholt in den Vordergrund. Im Zusammenhang mit der Krankheit (akute Zustände der Unterzuckerung) hat Beate einen Bezug zum Körper gefunden, der durch ein prekäres Gleichgewicht gekennzeichnet ist. Auch heute noch plagen Beate diffuse Ängste, die zeigen, dass ihr Körperbild gestört ist, so hat sie beispielsweise Angst, als Spätfolge des Diabetes ein Bein zu verlieren. Die Annahme ihrer *Geschlechtsidentität* erfuhr durch die Krankheit zugespitzte Krisen, da Beate befürchtete, in ihrer körperlichen Attraktivität durch die Krankheit beeinträchtigt zu sein. Die *familiale Karriere* ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass die Herkunftsfamilie auseinander gebrochen ist. Angesichts schwieriger Familienverhältnisse, die durch eine Auflösung gekennzeichnet ist (fast erzwungene Ablösung von den Eltern), sucht Beate nach festen familialen Netzen und wünscht sich für ihre Zukunft möglichst bald eine eigene Familie.

Im Bereich *Freizeitkarriere/Netzwerke* verfügt Beate über eine gute Einbindung in Peers. Wichtig ist, dass die Peers »eingeweiht« sind in die Krankheit und in Notsituationen handeln können. Die Peers werden nach dem Modell von potentiellen Lebensrettern im Ernstfall ausgesucht. Ihre *berufliche Karriere* ist durch ein ausgeprägtes berufsbiografisches Moratorium gekennzeichnet, in dessen Verlauf sie sich für einen Ausbildungsgang entscheidet, der ihr Bedürfnis nach Sicherheit und Überschaubarkeit befriedigt.

Der Beruf ist die entscheidende Stelle, an der sich der Einzelne in Beziehung zur Gesellschaft setzen kann. Dass damit eine Verteilung von Lebenschancen einhergeht, ist Beate bewusst. Beate insistiert gerade auch angesichts zugenommener Unsicherheiten und erlebter Episoden von Arbeitslosigkeit der Eltern, auf Bewährtes und Erreichbares.

Die *Trajectory* spielt eine große Rolle in Beates Leben. Die Krankheit bringt sich durch »Abstürze« in Erinnerung und zeigt ihr dramatisches Potenzial zwischen Leben und Tod. Die Krankheit ließ Beate reifen und früher erwachsen werden. Der Umgang mit der Krankheit ist dadurch gekennzeichnet, die Kontrolle über den Körper zurück zu erlangen. Zukünftige Identitätsprojekte sind zum Beispiel das Erreichen des Traumberufes, die eigene familiäre Karriere und das Beherrschen der Krankheit.

6. Zusammenfassung

Das Verhältnis zum Körper hat in der Moderne eine spezifische Veränderung erfahren, heute geht es im Umgang mit dem Körper darum »konturierten Körperleitbildern (zu) genügen und die Kluft zwischen dem Selbst und dem Ideal« (Sarasin/Tanner 1998: 41) zu schließen. Damit wird der Körper im Zuge der Modernisierung immer mehr zum Objekt individualisierter Gestaltungswünsche. Nach Heiner Keupp (2002: 12) wird der Wunsch danach, individuelle Spuren im Leben zu hinterlassen, immer mehr von der äußeren Welt auf den Körper projiziert. Die kreativen Gestaltungsmöglichkeiten zeigen sich in einer Ästhetisierung des körperlichen Habitus und in der Disziplinierung des Körpers. Es geht darum sich von Anderen zu unterscheiden, aus der Masse hervorzustechen. Hierbei eignet sich der Körper als Gestaltungsmittel in besonderer Weise, seine »relative Plastizität und Formbarkeit (...) macht ihn zum bevorzugten Objekt der Veränderung« (Keupp 2002: 12). Eine auf Schlankheit, Fitness und Jugendlichkeit zielende Körperarbeit eröffnet mitunter sonst nicht zugängliche Chancen sozialer Anerkennung. Gleichzeitig lastet auf den Jugendlichen ein enormer Leistungs- und Darstellungsdruck, der unter den Bedingungen der reflexiven Moderne (Beck/Bonß 2001), mit ihren Ansprüchen nach Leistung, Identitätsmanagement, Selbstverantwortung, Schönheit überdeutlich wird und sich in Zukunfts- und Statusängsten (Shell Jugendstudie 2006) und psychosomatischen Belastungen ausdrücken kann.

So kann davon ausgegangen werden, dass die widersprüchlichen Anforderungen an Jugendliche im Zuge der reflexiven Modernisierung im Verhalten essgestörter Jugendlicher als ungewusste Konfliktverarbeitung in krankmachende Ernährungsmuster und abweichende Körperbilder transformiert werden.

Essstörungen lassen sich nicht nur psychologisch als individuelles oder familiendynamisches Problem deuten, sondern können als soziosomatische Phänomene (Gugutzer 2005) analysiert werden. Die Idealbilder einer im Körper ausgedrückten Selbstrepräsentation – Schönheits- und Figurideale – verweisen darüber hinaus auf angestrebte und erstrebenswerte (schichtspezifisch realistische oder unrealistische) Statusgewinne, denen Anorexiikerinnen sich angesichts gesteigerter Anforderungen und verschärfter Konkurrenz beim Statuserhalt und -gewinn sowie Entwicklungen sozialer Schließung symbolisch »entziehen«. Bei Anorexie wird im besonderen Maße die überstarke Leistungsorientierung des Elternhauses diskutiert, welche zu Überforderungsmomenten bei den betroffenen Mädchen führen.⁵

Folgt man diesen Überlegungen lassen sich Essstörungen als Ausdruck einer misslungenen Anpassung an die neuen und als überfordernd erlebten gesellschaftlichen Erwartungen an Identitäts- und Leiblichkeitsentwicklung in der reflexiven Moderne begreifen. Dabei verweist die Essstörung auf ein, der Erkrankung zugrunde liegendes, Identitätsproblem. Die Körperpraxis von Essgestörten ist eine Notlösung, eine hochriskante Bewältigungs- und Ablösestrategie, mittels derer sie sich ihrer Identität zu vergewissern suchen, es bleibt eine fragile und riskante Strategie der Identitätssicherung.

Bei einer chronischen Krankheit, wie Diabetes, wird deutlich, dass hier der gefährdete Körper per Identitätsarbeit zu »reparieren« versucht wird, um möglichst gut den Anforderungen einer sich steigernden Leistungs- und Wissensgesellschaft gerecht werden zu können.

In der Identitätsarbeit zeigt sich, dass wesentliche Bereiche der Identitätsarbeit, wie zum Beispiel Berufsfindung und Familienbildung, eine Beschleunigung erfahren, im Bewusstsein, dass die Zeit des unversehrten Lebens kürzer ist als bei anderen Menschen bzw. dass die Zeit, in der ohne Beschwerden und Spätfolgen des Diabetes gelebt werden kann, begrenzt ist. So werden wesentliche Bereiche der Identitätsfindung beschleunigt, mit dem Wunsch Sicherheit für eine unsicher werdende Zukunft zu schaffen (beispielsweise frühe Ablösung, schnelles Erwachsenwerden).

Bei der Körperarbeit geht es nicht nur vordergründig um eine Ästhetisierung des Körpers, sondern auch um eine eigenverantwortliche Regulation und Disziplinierung des Körpers. Die erhöhten Leistungsanforderungen in Schule- und Berufs-

5 Die Essstörungen weisen eine eindeutige sozialstrukturelle Verteilung auf. So sind von *Adipositas* junge Frauen und Männer aus bildungsfernen Schichten zwei- bis dreimal häufiger betroffen, als Jugendliche aus den Mittel- und Oberschichten. Für Anorexie gilt, dass diese signifikant häufiger junge Frauen aus den Oberschichten betrifft und Bulimie in den Ober- und Mittelschichten verbreitet ist. Hier zeigt sich ein klarer Bezug zu den sozial unterschiedlichen Leistungs- und Aufstiegsstandards in den verschiedenen sozialen Milieus (vgl. RKI 2006, DHS 2004) sowie zu sozial codierten (milieuspezifischen) Körperbildern.

leben, der Zwang zur rationalen Lebensführung im Sinne eines gesunden und fitten Lebens schlägt sich auf die Ebene der Lebensführung durch und zeigt sich beispielsweise im Moment einer überstarken Kontrolle des Körpers bei Anorexie bzw. im Kampf um Zurückerlangung einer verloren gegangenen Körperkontrolle bei Diabetes.

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1997), *Salutogenese*, Tübingen.
- Barlösius, Eva (1999), *Soziologie des Essens*, Weinheim München.
- Beck, Ulrich/Bonß, Wolfgang (2001), *Die Modernisierung der Moderne*, Frankfurt a.M.
- Boltanski, Luc (1971), »Die soziale Verwendung des Körpers«, in: Kamper, Dietrich/Rittner, Volker (Hg.), *Zur Geschichte des Körpers. Perspektiven der Anthropologie*, München/Wien.
- Bourdieu, Pierre (1987), *Die feinen Unterschiede – Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*, Frankfurt a.M.
- Bourdieu, Pierre (1993), *Sozialer Sinn*, Frankfurt a.M.
- Burkitt (1999), *Bodies of Thought: Embodiment, Identity and Modernity*, London.
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm (2004), *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*, Göttingen.
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (Hg.) (2004), *Essstörungen*, Hamm.
- Engel, George (1976), *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*, Bern/Stuttgart.
- Erikson, Erik (1959), »Growth and Crises on the Healthy Personality«, *Psychological Issues*, Jg. 1, S. 50–100.
- Flick, Uwe (1998), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, München.
- Goffman, Erving (1967), *Stigma*. Frankfurt a.M.
- Gugutzer, Robert (2002) *Leib, Körper und Identität. Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zu personalen Identitäten*, Wiesbaden.
- Gugutzer, Robert (2004), *Soziologie des Körpers*, Bielefeld.
- Gugutzer, Robert (2005), »Der Körper als Identitätsmedium: Eßstörungen«, in: Schoer, Markus (Hg.), *Zur Soziologie des Körpers*, Frankfurt a.M.
- Havighurst, Robert J. (1953), *Human development and education*, New York.
- Hellferich, Cornelia (1994), »Gesundheit, langes Leben und viele Kinderchen! Geschlechterrollen als Thema der Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Jugend«, in: Kolip, Petra (Hg.), *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*, Weinheim.
- Hurrelmann, Klaus (2002), »Eine Generation von Egotaktikern? Ergebnisse der bisherigen Jugendforschung«, in: Deutsche Shell (Hg.), *Jugend 2002*, Hamburg.
- Hurrelmann, Klaus (2006), *Jugend 2006: eine pragmatische Generation unter Druck.*, Frankfurt a.M.
- Hurrelmann, Klaus u.a. (2003), *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation*, Weinheim/München.
- Jerusalem, Matthias u.a. (2003): *Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter*, Weinheim, S. 184–262.

- Kardorff, Ernst von (1998), »Laien- und Expertenkulturen – Probleme transkultureller Kommunikation am Beispiel von Therapie und Rehabilitation«, *Sprache und Sprechen*, H. 34, München, S. 77–89.
- Keupp, Heiner (1988), *Risikante Chancen*, Heidelberg.
- Keupp, Heiner u.a. (1999), *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identität in der Spätmoderne*, Reinbek bei Hamburg.
- Keupp, Heiner (2000), *Eine Gesellschaft der Ichlinge? Zum bürgerlichen Engagement von Heranwachsenden*, München.
- Keupp, Heiner (2002), »Identitäten in Bewegung und die illusionäre Hoffnung auf den Körper«, in: www.ipp-muenchen.de (12. Dezember 2002).
- Lampert, Thomas/Richter, Matthias (2006), »Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen«, in: Richter, Matthias/Hurrelmann Klaus (Hg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden.
- Oevermann, Ulrich (2000), »Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis«, in: Kraimer, Klaus (Hg.), *Die Fallrekonstruktion.*, Frankfurt a.M.
- Oevermann, Ulrich (1981), *Fallrekonstruktionen und Strukturgeneralisierung als Beitrag der objektiven Hermeneutik zur soziologisch-strukturtheoretischen Analyse*, Frankfurt a.M.
- Ohlbrecht, Heike (2005), Zur Identitätsarbeit von chronisch kranken Jugendlichen in der reflexiven Moderne., *Heilpädagogik online* S. 30–45.
- Ohlbrecht, Heike (2006), *Jugend, Identität und chronische Krankheit*, Opladen
- Richter, Matthias (2005), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*, Wiesbaden.
- Richter, Matthias/Hurrelmann Klaus (Hg.) (2006), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden.
- Robert Koch Institut (Hg.) (2006), »KIGGS. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland«, in: www.kiggs.de (10. Oktober 2006).
- Sarasin, Philipp/Tanner, Jakob (1998), *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt a.M.
- Schroer, Markus (2005), *Soziologie des Körpers*, Frankfurt a.M.
- Setzwein, Monika (2004), *Ernährung-Körper-Geschlecht. Zur sozialen Konstruktion von Geschlecht im kulinarischen Kontext*, Wiesbaden.
- Strauss, Anselm (1968), *Spiegel und Masken. Auf der Suche nach der Identität*, Frankfurt a.M.