

Inhalt	2
Vorwort	4
Einleitung	6
Zur Konstruktion der soziologischen Fragestellungen	7
Zum Aufbau der Arbeit	11
Zur Einordnung der Arbeit in den Forschungsstand	11
Zur Auswahl der „Fälle“	13
Untersuchungsdesign, Methodologie und Methoden	16
Untersuchungsdesign	16
Die Ebene der Fallstruktur	17
Strukturalistische Analyse der Erfahrungsschichten	17
Theoretischer Bezugsrahmen: Die „dicke“ Leibgestalt als Krisenerfahrung	18
Analytische Vorgehensweise	19
Die Ebene der sozialen Konstruktionen	20
Sozialphänomenologische Analyse von sozialen Konstruktionen	20
Der Leib im phänomenologischen Verständnis	21
Theoretischer Bezugsrahmen zur sozialen Konstruktion von Dickleibigkeit	23
Analytische Vorgehensweise	25
Die Zusammenführung der Ergebnisse	25
Methodologie und Methodik	29
Die Objektive Hermeneutik	29
Zum Regelbegriff	30
Die universalen Regeln	30
Weitere Regeln der Lebenspraxis	31
Zum Strukturbegriff	32
Reproduktion und Transformation von (Fall-)Strukturen	34
Zum Problem des Anfangs oder die Erfassung der Gestaltschließung einer Reproduktions- oder Transformationsphase	34
Zur Erklärung des Neuen	36
Zum Objektivitätsverständnis der Objektiven Hermeneutik	37
Zur Generalisierbarkeit der Fallstruktur(hypothesen)	38
Zusammenfassung: Die Objektive Hermeneutik als Interpretationsmethode der Lebenspraxis	39
Das Verstricktsein in Geschichten und das familiengeschichtliche Gespräch	40
Das Verstricktsein in Geschichten	41
Zur sozialwissenschaftlichen Analyse von Geschichten und deren Rahmungen durch Erzählungen	43
Das familiengeschichtliche Gespräch als Methode	48
Zur Auswertung von Genogrammen – den objektiven Daten von Familiengeschichten	53
Grounded Theory	54
Vorbemerkungen	54
Was ist die bzw. eine Grounded Theory?	55
Methodologie und Forschungslogik der Grounded Theory	57
Arbeitsphasen und Techniken im Forschungsprozess der Grounded Theory	61
Was leistet eine Grounded Theory und was kann sie nicht leisten?	67
Methodologie und Verknüpfung der Methoden	70
Pragmatismus und Fallibilismus als gemeinsame Grundlagen	70
Das Verhältnis von Praxis und Theorie beim Theoriebildungsprozess	70
Die unterschiedlichen Ziele der Theoretisierung der sozialen Wirklichkeit durch beide Methoden	71
Exkurs: Phänomenologie	75
Theoretische Grundlinien zur Konstitution von Erfahrung und ihrer Typizität	75
Die phänomenologische Konzeption der Lebenswelt und ihrer Strukturen	81
Fallrekonstruktionen und sukzessive Theoriebildung	86
Theoriebildung: Vorüberlegungen	86
Äußere Kontrastierungskriterien	86
Hypothetische Annahmen zu den Patienten	89
Die Krankenakte als Datenmaterial	91
Zum Konstruktionscharakter von Krankheiten	91
Krankheit, Symptomatik und ihre Beschreibungen als objektive Daten	92
Die Reihenfolge der Materialien im Analyseprozess	93
Fall Andreas Wagenknecht	95
Krankenakte	95
Der Indexpatient	96
Analyse der sozialanamnestischen Daten aus der Krankenakte	96
Interviewsituation, familiengeschichtliches Gespräch und Genogrammanalyse	97
Der Erstkontakt in der Klinik	97
Die Interviewsituation beim Besuch der Familie zu Hause	98
Genogramm	98
Die Genogrammanalyse als Rekonstruktion der Geschichtlichkeit von familialen Strukturkonstellationen ²¹²	100
Somatische Symptomatik	115
Familiale Interaktionsprozesse und -muster	120
Fehlende Paarsolidarität und Koalitionsbildung. Der Krankenstatus als Mittel Familiensolidarität einzuklagen und Essen als Abgrenzungsversuch	120
Dienen und „Geheimwissen“ der Mutter und die Fixierung des Vaters auf seine Mutter	122
Familiale Wirklichkeitskonstruktionen zu Dickleibigkeit, Gesundheit und Krankheit	125
Zusammenfassung der Kodiererergebnisse der ersten Interviewstelle	131
Ausgewählte Themen: Die Theorie der Mutter zur Entstehung und Entwicklung der Dickleibigkeit	133
Signifikante Andere im Deutungsprozess zur Symptomatik: Zur Rolle der Ärzte	134
Weitere Entwicklungen	134
Theoriebildung: Erster Entwurf	135
Methodische Zwischenergebnisse	135
Inhaltliche Zwischenergebnisse	135
Fälle Lena und Christoph Groß	139

Krankenakte Lena Groß	139
Die Indexpatientin	140
Analyse der sozialanamnestischen Daten aus der Krankenakte	140
Krankenakte Christoph Groß	141
Der Indexpatient	142
Analyse der sozialanamnestischen Daten aus der Krankenakte	142
Interviewsituation, familiengeschichtliches Gespräch, Genogrammanalyse	142
Der Erstkontakt in der Klinik	142
Die Interviewsituation beim Besuch der Familie zu Hause	143
Genogramm	146
Die Genogrammanalyse als Rekonstruktion der Geschichtlichkeit der familialen Strukturkonstellationen	148
Somatische Symptommatiken	159
Einzelanalysen der Ausdrucksgestalten der Symptommatiken	161
Familiale Interaktionsprozesse und -muster	167
Matriarchales Familienklima und Ältestendominanz	168
Die „Dickenberatung“ als Plattform für den Deutungskonflikt zwischen den Familienzweigen	169
Die Schwächung der Autonomie der Kernfamilie durch die Einmischung des Familienclans	169
Entdifferenzierungsprozesse und Grenzverwischung zwischen den Familienmitgliedern	170
Auf der Paarebene ist wenig Differenzkommunikation möglich	171
Zusammenfassung der Hypothesen	172
Familiale Wirklichkeitskonstruktionen zu Dickleibigkeit, Gesundheit und Krankheit	173
Zur familienspezifischen Wahrnehmung der Dickleibigkeit	173
Zum familienspezifischen Verständnis von Beratung	175
Zu familientypischen Umgangs- und Bewältigungsstrategien bezüglich der Dickleibigkeit	178
Weitere Entwicklungen	180
Theoriebildung: Erweiterter Entwurf	182
Methodische Zwischenergebnisse	182
Inhaltliche Zwischenergebnisse zum Doppelfall	183
Zwischenergebnisse zur Theoriebildung	185
Fall Annett Straube	190
Krankenakte	190
Die Indexpatientin	191
Analyse der sozialanamnestischen Daten aus der Krankenakte	191
Interviewsituation, familiengeschichtliches Gespräch, Genogrammanalyse	192
Der Erstkontakt in der Klinik	192
Die Interviewsituation beim Besuch der Familie zu Hause	193
Genogramm	194
Die Genogrammanalyse als Rekonstruktion der Geschichtlichkeit der familialen Strukturkonstellationen	196
Einige Daten zu lokalen Vergemeinschaftungsformen und zur Dorfstruktur	219
Somatische Symptomatik	222
Familiale Interaktionsprozesse und -muster	232
Der Vater als Familienoberhaupt und die Kinder und Mutter als Subsystem	232
Der Vater setzt sich über das ironische Ausschlussritual hinweg	235
...und behauptet sich als Familienoberhaupt	236
Zusammenfassung	237
Familiale Wirklichkeitskonstruktionen zu Dickleibigkeit, Gesundheit und Krankheit	239
Die soziale Konstruktion von Abweichungen ³⁴⁷ : Dick- Sein und Zu- Groß- Sein als Abweichungen	239
Zu den familialen Krankheitstheorien und Erklärungsmustern hinsichtlich der Leibgestalt der Tochter	241
Interviewpassage:	242
Weitere Entwicklungen	249
Theoriebildung: Diskussion der Zwischenergebnisse	251
Zum sozialen Sinn der juvenilen Dickleibigkeit	254
Abschließende Theoriebildung	254
Dickleibigkeit als genuiner Leiblichkeitsentwurf	254
Dickleibigkeit als vorübergehendes Symptom einer adoleszenten Entwicklungsstörung oder als manifeste Erkrankung	255
Dickleibigkeit als soziale Konstruktion	258
Zusammenfassung und Ausblick	266
Methodenentwicklung	266
Die Erweiterung des medizinischen Behandlungsparadigmas	271
Familienstrukturen	271
Milieuspezifische Strukturen	271
Zum aktuellen Stand der Leib-Körper-Theorien	273
Der dicke Körper – ein Ordnungsproblem?	273
Dick-Sein als leibliches oder körperliches Phänomen?	274
Keine alleinige Domäne der Mediziner	276
Fallverstehen als verbindendes professionelles Handeln von multiprofessionellen Teams	276
Was soll hier eigentlich geheilt oder therapiert werden?	276
Grenzen der Therapierbedürftigkeit und Therapierbarkeit	277
Verstehen statt Stigmatisierung	277
Theorieentwicklung	270
Die Versorgungspraxis dicker Kinder	275
Anhang	279
Transkriptionsregeln	279
Genogrammzeichen	279
Literatur	280

Einleitung (S. 11-12)

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.

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.