

Essstörungen im Jugendalter: eine Reaktionsform auf gesellschaftlichen Wandel

Kardorff, Ernst von; Ohlbrecht, Heike

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kardorff, E. v., & Ohlbrecht, H. (2007). Essstörungen im Jugendalter: eine Reaktionsform auf gesellschaftlichen Wandel. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung / Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research*, 2(2), 155-168. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-212028>

Nutzungsbedingungen:

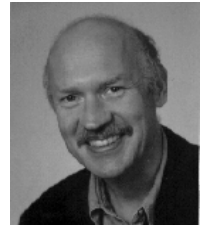
Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Essstörungen im Jugendalter – eine Reaktionsform auf gesellschaftlichen Wandel

Ernst von Kardorff, Heike Ohlbrecht



Ernst von Kardorff



Heike Ohlbrecht

Zusammenfassung

Sozialepidemiologische Studien belegen eine starke säkulare Zunahme von Essstörungen im Jugendalter, insbesondere von Adipositas. In vielen Studien dominieren individualisierende Erklärungsansätze, die die Rolle sozialen Wandels für die Genese von Essstörungen verkennen. Ihre soziale Verteilung – Adipositas dominiert in sozial benachteiligten Milieus, Bulimie in den oberen Schichten – ist dabei nur *ein* Indikator für ihre soziale Bedingtheit. In unserem Plädoyer für eine soziologische Interpretation sehen wir *jugendliche Essstörungen als eine sozio-somatische Reaktion auf sozialen Wandel*, vor allem auf den gestiegenen Anpassungsdruck an Leistung und Konkurrenz und die medial propagierten Bilder idealer Körper. Dies wirkt sich auf Körperselbstdarstellung und Identitätsbildung von Jugendlichen aus. Im Kontext veränderter Muster der alltäglichen Lebensführung begreifen wir Essstörungen als symbolische „Wahlen“ einer körperlichen Verweigerung von Ansprüchen (im Fall von Adipositas) bzw. als Überanpassung an soziale Anforderungen (im Fall von Bulimie).

Schlagwörter: Essstörungen, Jugend, Identität, Körper, Statusstress

Abstract

Eating-disorders in adolescents – a socio-somatic reaction to social change

Epidemiological studies show a considerable secular increase of eating-disorders, especially of obesity in adolescents. Most studies prefer an individualistic explanation of the facts thereby overlooking the evidence for social change as an important agent in the development of eating-disorders. Their social distribution – obesity dominates in the lower class, bulimia among female adolescents in the upper-class – is only one of the indicators for their social causation. In our plea for a *sociological* interpretation of eating-disorders among adolescents we see them *as a specific socio-somatic reaction to social change*, especially to the increased squeeze for adjustment to achievement and competence in the light of observed insecurities and to the public presentations of perfect bodies. This affects adolescents' identity-formation and their "body-politics". In the context of changed patterns of coping with life we see eating-disorders as a symbolic "chosen" bodily disorder to disclaim social demands (in the case of obesity), or to overadjust to the requirements of modern social change (in the case of bulimia).

Keywords: eating-disorders, adolescents, identity-formation, bodily-disorder, status-stress

1. Essstörungen im Kontext der aktuellen Diskurse um Gesundheit im Jugendalter

Seit einigen Jahren werden Jugendliche als eigenständige Zielgruppe von Gesundheitspolitik und Gesundheitsberichterstattung „entdeckt“. Als Gesamtgruppe galten sie bislang als gesund, und die Jugendphase verkörpert nach wie vor Aufbruch, Suche nach Unabhängigkeit, Fitness, Mobilität, Spontaneität und Zukunftsorientierung. In jüngster Zeit hat dieses Bild Risse bekommen. Sozialepidemiologische Studien belegen eine Zunahme psychosozialer und gesundheitlicher Probleme in der Jugendphase (Hurrelmann u.a. 2003; Richter 2005) und Jugendsurveys (vgl. *Shell-Jugendstudie* 2006) stellen gestiegene Status- und Zukunftsängste bei Jugendlichen fest. Beides verweist auf Zusammenhänge mit Prozessen gesellschaftlicher Modernisierung. Die ohnehin kritische Statuspassage vom Jugendlichen zum Erwachsenen gerät angesichts eines angespannten Ausbildungs- und Arbeitsmarkts, gesteigener Anforderungen an Wissen, soziale Kompetenz und performative Selbstdarstellung unter zusätzlichen Druck, der durch wachsende Konkurrenz und Leistungsstress sowie die dazugehörige Begleitmusik öffentlicher Diskurse verschärft wird. Darüber hinaus beobachten Jugendliche Reaktionen, Haltungen und Ängste Erwachsener angesichts der Unsicherheiten der gesellschaftlichen Entwicklung. Schon die Antizipation von Risiken und mehr noch Erfahrungen bereits erlebten Scheiterns führen bei den jungen Menschen zu individuell ganz unterschiedlichen Formen der Verarbeitung und scheinen dabei vermehrt auch krankheitsrelevante „Lösungen“ hervorzubringen (vgl. Burkitt 1999), wie die Zunahme von psychischen Krankheiten und Essstörungen bei jungen Menschen belegen kann (Robert Koch-Institut 2003; Sachverständigenrat 2001).

In den dominanten Diskursen zu gesundheitlichen Risiken nimmt besonders die starke Zunahme von Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine prominente Rolle ein; dafür dürften neben ihrer anschaulichen öffentlichen Thematisierbarkeit vor allem ihre erheblichen Risiken für die Entwicklung späterer chronischer Erkrankungen wie des Herz- und Kreislaufsystems, von Muskel- und Skeletterkrankungen oder von Diabetes und die dadurch erwartbaren Kostensteigerungen für das Gesundheitswesen verantwortlich sein.

2. Essstörungen und ihre dominanten Erklärungsmodelle

ein säkulares
gesundheits-
politisches und
volkswirtschaftliches
Problem

Die weltweite Zunahme von Fettleibigkeit legt nahe, dass es sich hier um ein *säkulares gesundheitspolitisches und volkswirtschaftliches Problem* ersten Ranges handelt, das mit Veränderungen von Lebens- und Arbeitsbedingungen, einem veränderten Nahrungsmittelangebot und einem darauf bezogenen Wandel von Lebensweisen zusammenhängt. Bei Jugendlichen zeigt sich dies u.a. in einem veränderten Freizeitverhalten (z.B. Fernsehen, Videospiele, Internet) und im Wandel von Konsum- und Ernährungsgewohnheiten (Ebbeling u.a. 2002). Damit erhöhen sich auch die spezifischen Risiken zur Entwicklung von Essstörungen:

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland KIGGS (RKI 2006b) gibt für 28,9 % der 11-17 jährigen Mädchen eine Essstörung (Anorexie, Bulimie oder Adipositas) an, bei Jungen im gleichen Alter sind es 15,2 %. Für Adipositas zeigt sich eine Zunahme im Kindes- und vor allem im Jugendalter: 15 % der Kinder und Jugendlichen gelten als übergewichtig, 6,3 % sind adipös. Auf Grundlage der Referenzdaten von 1985-1999 hat sich der Anteil Adipöser in diesem Zeitraum verdoppelt, bei Jugendlichen ab 14 Jahren sogar nahezu verdreifacht (ebda).¹ Das Risiko für Adipositas ist in sozial benachteiligten Milieus zwei bis dreimal höher als in den oberen sozialen Schichten, während sich bei anderen Essstörungen wie z.B. Bulimie ein inverses Bild ergibt (DHS 2004).

Vor diesem Hintergrund gehen wir im Folgenden *erstens* davon aus, dass die Zunahme von Essstörungen, vor allem von Adipositas *nicht allein* durch folgende in der Literatur genannte Faktoren erklärt und verstanden werden kann,

- a) als Ergebnis einer geschärften öffentlichen und gesundheitspolitischen Aufmerksamkeit, entsprechender Erhebungen und vermehrter ärztlicher Diagnosen auf der Basis einer von der Medizin propagierten normalistischen Idealgewichtsnorm wie sie der Body-Maß-Index (BMI) darstellt;
- b) durch Bilder und Symbole vor allem in der Werbung, die einen Zusammenhang von Jugend, Erfolg und Reichtum mit einer „Idealfigur“ suggerieren;
- c) durch den sich ausbreitenden Konsum des aggressiv beworbenen Fast- und Convenience-food, das zugleich von vielen Eltern als Erleichterung des familialen Managements angesichts von Verschiebungen in der work-life-Balance begrüßt wird;
- d) durch verändertes Freizeitverhalten Jugendlicher, das durch Bewegungsmangel charakterisiert ist.

Zweitens gehen wir anhand der vorliegenden sozialepidemiologischen Daten davon aus, dass weder genetische, familiengeschichtliche oder erworbene Persönlichkeitseigenschaften *allein* die erhebliche Zunahme von Adipositas zureichend erklären, noch rein verhaltensbezogene und individualisierende Ansätze. Vielmehr geht es um die Entwicklung einer Erklärungsstrategie, die den Zusammenhang der einzelnen Momente im Kontext gesellschaftlichen Wandels verorten kann. Ein „eingebettetes“ Verständnis und ein belastbares Erklärungsmodell für die Entwicklung der von uns unterstellten säkularen Zunahme von Essstörungen bietet u. E. ein spezifisch soziologischer Ansatz; unter gesundheitspräventiven Aspekten scheint uns eine derartige Perspektive vor allem angesichts der bislang eher bescheidenen Erfolge einer Verhaltensprävention (Müller *et. al.* 1998) und der geringen Nachhaltigkeit medizinisch-psychologischer Interventionen bei bereits adipösen Jugendlichen (Müller/Reinehr/Hebebrand 2006) weiterführend.

2.1 Zur Kritik an der individualisierenden Perspektive

Psychologische Ansätze betrachten Ernährungsstörungen und -konflikte i.d.R. entweder *lerntheoretisch* als fehlgeleitete Konditionierung und interpretieren sie als Mangel an Wahrnehmungsfähigkeit für körpereigene Sättigungssignale, deuten sie *psychoanalytisch* als Angstreaktion oder Verweigerung (etwa der Annahme einer altersgemäßen Geschlechtsrolle); oder sie identifizieren sie *familiendynamisch* als gestörte Beziehungs- und Erziehungsmuster oder als Reaktion auf sexuellen Missbrauch in der Kindheit. Ohne die Berechtigung derartiger Sichtweisen in Frage zu stellen, gehen wir davon aus, *dass ein differenzielles Erklärungsmuster in gesellschaftlichen Strukturvorgaben zu finden ist*. Eine einfache Zuschreibung von Adipositas als Ergebnis familiären Erziehungsversagens oder mangelnder Selbstdisziplin entlang des medizinisch fragwürdigen BMI-Kriteriums wäre damit ausgeschlossen. Stattdessen wäre nach den gesellschaftlich normierenden Wirkungen (Foucault 1975; Canguilhem 1974) derartiger Konstruktionen zu fragen wie etwa der Produktion sozialer Abweichung (Setzwein 2004, S. 359).

ein differenzielles
Erklärungsmuster in
gesellschaftlichen
Strukturvorgaben

2.2 Die medizinische und gesundheitspolitische Engführung in der Erforschung von Essstörungen

In den aktuellen wissenschaftlichen Debatten wird Adipositas fast ausnahmslos gesundheitspolitisch diskutiert. Ein Beispiel hierfür ist die Health Behaviour Schooled Children Studie (HBSC) (Richter 2005) die zeigt, dass Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien seltener frisches Obst, Gemüse, Salat oder Vollkornbrot zu sich nehmen, häufiger ohne Frühstück das Haus verlassen, viele Softdrinks und andere Süßigkeiten konsumieren. Zusätzlich wurden Bewegungsarmut, geringe sportliche Aktivität und erhöhter Medienkonsum festgestellt. Es verwundert daher nicht, „dass sozial benachteiligte Jugendliche zwei- bis dreimal häufiger übergewichtig sind“ (Richter/Hurrelmann 2006, S. 207). Gesundheitspolitisch ginge es demnach um eine möglichst frühzeitige Förderung gesundheitsförderlicher „Ernährungs- und Bewegungsstile“ (RKI 2006a: 115). In präventiv ausgerichteten Programmen zur Verhaltensänderung spiegelt sich der derzeit gesellschaftspolitisch vorherrschende Diskurs nach verstärkter Eigenverantwortung für individuelles Fehlverhalten. Diese Figur entspricht einem sozialtechnisch-rationalistischen Verständnis der „Ersten Moderne“. Mit Ausnahme der Setting-Ansätze (Rosenbrock & Gerlinger 2006) hat sich die Präventionspolitik noch nicht auf die mit der reflexiven Moderne (Beck/Bonß 2001) eingetretenen Veränderungen eingestellt und blendet die Wirkungen der neuen Leitbilder des fitten und „flexiblen Menschen“ (Sennett 1998) und der perfekt (schlank) gestylten Körperrepräsentation aus. Der sozialmoralische „Selbstverantwortungsdiskurs“, der auch die Identitätskonstruktionen im Jugendalter mitbestimmt (vgl. Ohlbrecht 2006) unterschätzt die widerständige Verankerung von Gewohnheiten wie Gesundheitsverhalten oder Vorlieben in Gefühlskulturen, milieuspezifischen Traditionen und schichtspezifischen Lebensmustern. Der hegemonial gewordene Diskurs der Selbstverantwortung (vgl. Mezger/West 2000; Bröckling/Krasmann/Lemke 2004), der sich den gesund-

heitsbezogenen individuellen Lebensführungsstrategien zuwendet, ist überwiegend mittelschichtorientiert und erreicht vor allem Angehörige aufstiegsorientierter sozialer Milieus. In der politischen und öffentlichen Wahrnehmung zeigt sich darüber hinaus bei Adipositas eine Strategie des „Blaming the victim“, die Übergewicht eben nur als Fettsucht begreifen kann, und sie damit vorschnell und einseitig individualisiert, moralisiert, verkrankt und stigmatisiert und ein Erziehungsversagen der „Unterschichten“ dafür verantwortlich macht. Im Gegensatz dazu sehen wir die Zunahme von Essstörungen als Ergebnis einer säkular bedingten gesellschaftlichen und milieuspezifischen Figuration im Zusammenspiel aus individuellen Motiven und Merkmalen, Familiengeschichte und Lebensführung. Dabei betonen wir die Rolle sozialisatorisch vermittelter Haltungen, Mentalitäten und Aneignungsformen wie etwa familiär und milieuspezifisch tradierte Techniken der Lebensbewältigung (vgl. *Böhnisch* 1985) sowie die Bedeutung des kulturellen Kapitals (Bourdieu 1983) gegenüber individualisierenden Erklärungsmustern.

„Blaming the victim“

3. Auf dem Weg zu einer soziologischen Interpretation von Essstörungen im Jugendalter

3.1 Essen als soziokulturelles, Essstörungen als soziosomatisches Phänomen

Essen war immer schon mehr als die bloße Befriedigung eines physischen Grundbedürfnisses; es handelt sich um ein fundamentales *soziokulturelles Phänomen* (*Barlösius* 1999, S. 9). Auch über die Praktiken der Ernährung wird die Grundgestalt gewachsener sozio-kultureller Selbstverständlichkeiten symbolisch weitergegeben (*Lévi-Strauss* 1964). Tischmanieren, Esstabus, kulinarische Regeln etc. markieren die kulturelle Repräsentanz sozialer Unterschiede und zeigen die für den Zivilisationsprozess typischen Muster einer zunehmenden – immer fragilen und leicht irritierbaren – Körper- und Affektkontrolle (*Elias* 1997). Mahlzeiten erfüllen soziale Funktionen wie das Anzeigen von Status und „feinen Unterschieden“ und dienen der Bekräftigung des Familienzusammenhangs; sie sind mit vielfältigen kulturellen Wissensbeständen über die Wirkungen der Nahrungsmittel verbunden, besitzen hohen Symbolwert in religiösen und kosmologischen Vorstellungen und stehen für Genuss (*Prahl/Setzwein* 1999). Die *vergemeinschaftende* Funktion des Essens zeigt sich in Formen des Teilens, in den Einbindung und Orientierung sowie familiäre Traditionen sichernden Tischgesprächen (*Keppeler* 1994), in der Verfeinerung des Geschmacks (*Stegbauer* 2006) und in Essensritualen (*Lossin* 2003).

Als quantitativ bedeutsames Problem zeigen sich *Essstörungen* erst in der Gegenwart. Sie lassen sich als *soziosomatische Phänomene* (*Gugutzer* 2005) verstehen: der Körper (seine Gestaltungsformen, seine Verhüllung, Entblößung etc.) als Bedeutungsträger gesellschaftlicher Moden wird zum Indikator sozialen Wandels mit Rückwirkungen auf Identitätsbildung und Selbstempfinden. Schönheits- und Figurideale der im Körper ausgedrückten Selbstrepräsentatio-

der Körper als Bedeutungsträger gesellschaftlicher Moden wird zum Indikator sozialen Wandels

nen verweisen auf angestrebte und erstrebenswerte Statusgewinne, denen Übergewichtige (und Anorexi Kranke) sich angesichts gestiegener Anforderungen und verschärfter Konkurrenz beim Statuserhalt und -gewinn sowie der Entwicklungen sozialer Schließung symbolisch „entziehen“ und denen Bulimie Kranke symbolisch mit ihrer beständigen (Ernährungs-)Arbeit am eigenen Körper vergeblich nachzukommen suchen. In der reflexiven Moderne, in der der Körper selbst zunehmend zum Medium einer Demonstration individueller Leistungsfähigkeit und Fitness wird, wird die erfolgreiche oder misslungene (Körper)Selbstdarstellung zum „Wahrheitskriterium“ und zur „Marke“, an dem der Andere erkannt, Zugehörigkeiten identifiziert und die eigene Identität signalisiert werden kann. Dies gilt besonders aber nicht ausschließlich für Jugendliche. Am Körper zeigt sich, wer ich bin, er wird immer mehr zum von mir selbst gestählten und gestylten oder zum aufgegebenen und vernachlässigten Körper-Ich, zum Appell oder stummen Schuldvorwurf. Essstörungen bei Jugendlichen ließen sich damit nicht nur als symbolische Verdichtung einer (unfreiwilligen) Körperrepräsentation betrachten: *individuell* könnten Essstörungen als Ausdruck einer misslungenen Identitätsfindung in der Adoleszenz verstanden werden, *gesellschaftlich* als Ausdruck einer misslungenen Anpassung an neue gesellschaftliche Wirklichkeiten und ihre Anforderungen.

3.2 Veränderungen der Erwerbsarbeit als Erwartungsstress und Überforderung

Die Veränderungen der modernen Arbeitswelt, zeigen sich u.a. im Rückgang schwerer körperlicher Arbeit in der Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft; stattdessen steigen die Anforderungen an Bildung und Sozialkompetenz. Neue Verhaltensmuster, wie Änderungsbereitschaft, Mobilität, Risikobereitschaft, Selbstverantwortung werden ebenso erwartet wie die Fähigkeit zu Selbstverortung, -steuerung und -reflexion. Für Jugendliche, die an den Anforderungen dieses neuen „unternehmerischen Selbst“ (*Bröckling* 2007) nicht nur einmal scheitern, die die Erfahrung von Vergeblichkeit im emotional-kognitiven Bezugssystem einer Schicksalsattribution zum Selbstbild des Versagers kumulieren und denen es nicht gelingt, vorläufige Antworten auf die adoleszenztypischen Selbstzweifel zu finden, nehmen die Risiken des Scheiterns zu; dies zeigt sich auch an unterschiedlichen Formen der Abweichung oder (unfreiwilligen oder unbewussten) „Wahlen“ für eine somatosomatische Störung wie Adipositas, Bulimie oder Anorexie.

Die Zunahme von psychosomatischen Erkrankungen und Essstörungen ist damit sowohl Ausdruck von Überforderung, als auch Ergebnis antizipierten Wahrnehmungs- und Erwartungsstress

In einer nach wie vor um Erwerbsarbeit zentrierten Leistungsgesellschaft lösen Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt (*Shell Deutschland* 2002; 2006), Hoffnungen, aber auch Ängste und Unsicherheiten aus; wie sich dies beim Einzelnen darstellt, dürfte von Herkunft, Bildungsgang und -erfolgen/-misserfolgen und erworbenen Persönlichkeitsvariablen wie etwa von Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen abhängen. Die Zunahme von psychosomatischen Erkrankungen und Essstörungen ist damit sowohl Ausdruck von Überforderung, als auch Ergebnis antizipierten Wahrnehmungs- und Erwartungsstress. Gestützt werden diese Überlegungen von der sozialepidemiologischen Ursachenforschung.

Hier werden neuerdings vor allem die Theorie des *Statusstress* (Marmot 2004) und die Theorie *beruflicher Gratifikationskrisen* (Siegrist 2003) diskutiert. Marmot zeigt, dass nicht eingelöste Statuserwartungen das Risiko, chronisch zu erkranken deutlich erhöhen und die Lebenserwartung negativ beeinflussen. Siegrist geht in seinem durch Studien an Herz- und Kreislauferkranken untermauertem Modell davon aus, dass ein Missverhältnis zwischen subjektiv wahrgenommener Anstrengung und ausbleibender Gratifikation ein hohes Risiko für chronische Erkrankungen darstellt. Beide unterschiedlich akzentuierten Modelle konvergieren darin, dass ein Missverhältnis zwischen statusgebundenen Erwartungen und subjektiver Anstrengung zu erreichtem Status und beruflichem Erfolg – ausgedrückt in sozialer Wertschätzung und materiellem Wohlergehen – Krankheitsrisiken erzeugen. Bezieht man diese Überlegung auf Bildungsgänge und Berufsausbildung von Jugendlichen und verknüpft sie mit deren subjektiver Erwartung auf berufliche Zukunft angesichts struktureller Arbeitslosigkeit und gestiegenen, oft nur schwer einzuschätzenden Anforderungen, dann kann dies als weitere Quelle von Stress erlebt werden. Die säkulare Zunahme von Essstörungen könnte vor diesem Hintergrund als Reaktanzphänomen auf wahrgenommene Überforderung, etwa als ein Aus-dem-Feld-Gehen und/oder als Reaktion auf Misserfolge im Bildungssystem und in der beruflichen Eingliederung sowie als Reaktion auf veränderte Familienwelten (Bosch-Stiftung 2005) interpretiert werden. Dies führt zu der empirisch erst noch zu belegenden These, dass adipöse Jugendliche im Kampf um Positionen und soziale Anerkennung aufgegeben haben bzw. sich den einzig verfügbaren Außenseiterstatus sichern, bulimische Jugendliche sich ein Körperbild gewählt haben, in dem sie sich in Übereinstimmung mit den gesellschaftlichen Leistungsnormen und ihrem Scheitern in anderen Bereichen dennoch ihre Selbstwirksamkeit beweisen können.

3.3 Wandel der alltäglichen Lebensführung

Die „schöne neue Arbeitswelt“ (Beck 1999) beeinflusst die alltägliche Lebensführung und führt zu veränderten Zeitregimes. So beeinflusst auch die Veränderung von Arbeitszeit, Alltagszeit und Familienzeit (Mischau/Oechsle 2005; Hochschild 2002) die Familienwelten. In vielen Familien erleben die Jugendlichen die Folgen einer gestörten Work-Life-Balance und müssen auf die damit verbundenen Inkonsistenzen ihrer strukturell überforderten Eltern reagieren; der Konsum von Fast- und Convenience-Food und die zunehmend individualisierte Esskultur (Kaufmann 2006) helfen dabei die unregelmäßigen und ungleichzeitigen Zeitfahrpläne der Familienmitglieder zu koordinieren und begünstigen die Habitualisierung der gesundheitlich bedenklichen neuen Ernährungsgewohnheiten. Zeitknappheit, Arbeitsstress, zerrissene familiäre Lebenswelten und Individualisierung begünstigen den Rückgang von Zeiten gemeinsamer Mahlzeiten. Derartige Veränderungen wie eine Erosion von Familienritualen zeigen schichtspezifische Muster (vgl. Meier/Küster/Zander 2004). Somit kommt den Ausgangsbedingungen in der Herkunftsfamilie auch in Bezug auf Ernährung, Bewegung, das Verständnis von Gesundheit/Krankheit usw. eine wichtige Rolle für die Heranwachsenden zu: als Chance für gelingende Anpassung oder als

In vielen Familien erleben die Jugendlichen die Folgen einer gestörten Work-Life-Balance

Blockade für den Umgang mit neuen Risiken. Im gewählten Lebensstil und der praktizierten Lebensführung spielt die Ressourcenausstattung von Familien eine zentrale Rolle für die Differenzierungen alltagsästhetischer Schemata. Vor diesem Hintergrund müssen die Jugendlichen ihr Verhältnis von „Leibsein und Körperhaben“ (vgl. *Plessner* 1928) unter neuen Bedingungen als Teil ihrer Identitätsarbeit aktiv und anhand neuer Formate gestalten. Dabei spielen Bewegung, Kraft, Geschicklichkeit, Eleganz und eine Idealfigur – bei Jungen und Mädchen unterschiedlich gewichtet – nach wie vor eine große Rolle. Dennoch kommt es aufgrund des Drucks von Idealbildern und des skizzierten säkularen Wandels in den Lebens- und Ernährungsweisen bei immer mehr Jugendlichen zu Essstörungen. In vielen Familien aus sozial benachteiligten Milieus, in denen die Mehrzahl adipöser Jugendlicher anzutreffen ist, wird Gesundheit zudem auch weniger als aktiv herzustellendes „Gut“ verstanden, ein Sachverhalt, der auf milieuspezifische und familial tradierte Gesundheitsvorstellungen verweist. Eine Selbstsorge als instrumentelles Selbstverhältnis im Sinne präventiver Maßnahmen findet sich dort ebenfalls seltener als in bildungsnahen Mittelschichten.

3.4 Essstörungen als Reaktion auf gestiegenen Anpassungsdruck – zur veränderten Sozialisation von Gesundheits- und Ernährungsverhalten

Die medial gestützte Vermittlung eines global homogenen und vielfach androgynen Schönheits-, Schlankheits- und Leistungsideals befördert die Entstehung von Essstörungen durch den Zwang zum permanenten Vergleich. Die medial vermittelten Idealbilder körperlicher Perfektion (Schlankheitsideal für Mädchen; sportlich durchtrainierter Körper für Jungen) beeinflussen die Selbstkonzepte der Heranwachsenden und führen zu geschlechtsspezifischen und milieubestimmten Strategien individueller Körper“politiken“ und zu einer symbolisch und emotional verdichteten Besetzung der Körperrepräsentationen (APuZ 2007). Schon ein alltagsweltlicher Blick auf medial verbreitete und von den Peers, teilweise aber auch von Schule und Elternhaus gestützte Körperideale, Leistungsdiskurse und Aufstiegserwartungen lässt einen erheblichen Anpassungsdruck auf die Selbstdarstellung und die Entwicklung von Ich-Idealen Jugendlicher vermuten. Die Identifikationsversuche vieler Jugendlicher mit kaum oder nur von sehr wenigen erreichbaren Idealnormen und die Orientierung von Eltern, besonders aus aufstiegsorientierten Milieus, an den erfolgreichen Eliten erhöhen die Risiken des Scheiterns. In der Unerreichbarkeit der Vorbilder und Erwartungen sowie der Erfahrung des Scheiterns an den darin transportierten Ansprüchen liegt vermutlich ein wichtiger Grund für die gehäufte Entwicklung von Essstörungen in den westlichen Industrienationen. So haben die (langfristig verlaufenden) Veränderungen der Körperbilder und der Gesundheitsdiskurse dazu geführt, dass sich bei den erfolgreichen gesellschaftlichen Eliten das Bild des schlanken, fitten, durchtrainierten Körpers durchgesetzt hat und abweichende Körperbilder, insbesondere Übergewichtige, stigmatisiert werden. Während in den bildungsnahen Mittel- und Oberschichten gesunde Ernährung, Bewegung und „Kochen aus Leidenschaft“ (*Kaufmann* 2006) heute hoch im Kurs steht,

weil Gesundheit und Fitness als Voraussetzung für schulische und berufliche Leistungsfähigkeit gelten, spielt dies in bildungsfernen, nicht aufstiegsorientierten Milieus nur eine geringe bzw. eine andere Rolle.² Auf der Ebene gesellschaftlicher Deutungsmuster bestätigt ein normalgewichtiger Körper den Eindruck eines modernen, vernünftigen und gesundheitsbewussten Verhaltens während Übergewicht für mangelnde Selbstkontrolle, Abhängigkeit, elterliche Vernachlässigung oder Überfürsorge oder aber für Verweigerung steht. Übergewicht bedeutet ein doppeltes Stigma – das einer unästhetischen Körpergestalt und das von mangelnder Selbstsorge, Schlampigkeit und Unfähigkeit zur Selbstkontrolle (vgl. *Zdrodowski* 1996). Sichtbare (Körper-)Disziplin hingegen steht für Kompetenz und ist damit ein Signal für Aspiration und Statusbewusstheit (*Bell* 2001).

Übergewicht bedeutet ein doppeltes Stigma – das einer unästhetischen Körpergestalt und das von mangelnder Selbstsorge

Die Körpergestalt gilt als äußeres Zeichen innerer Verfasstheit. Darin drücken sich Elemente des Zwangs zur rationalen Lebensführung und zum „Selbstzwang“ (*Elias* 1997) aus, die sich ungebrochen von der ersten Moderne in der reflexiven Moderne beschleunigt fortsetzen und sich bei Essstörungen als überwertige Kontrolle des Körpers bei Bulimie und Magersucht bzw. als Kontrollverlust bei Adipositas zeigen. Die Literatur zur geschlechtsspezifischen Sozialisation von Mädchen und Jungen in unterschiedlichen Milieus, besonders mit Blick auf Selbstverantwortung, Sorge für Gesundheit, Belohnung von Anpassung und der Sanktion abweichenden Verhaltens, verweist auf die direkt wie metakommunikativ vermittelten Erwartungen an weibliche und männliche Rollenerfüllung. Ambivalente Botschaften medialer Diskurse über das, was als „männlich“ und als „weiblich“ gilt, begünstigen Konflikte in der Geschlechterrollensozialisation Jugendlicher. Davon sind auch Essstörungen betroffen, wie deren geschlechtsspezifische Verteilung zeigt (*DHS* 2004; *Klingensporn, Rastetter* 2004). Besonders bei Bulimie werden die schwer zu vereinbarenden Rollenerwartungen bei jungen Frauen als Risikofaktor diskutiert (*DHS* 2004). So konkurriert die traditionelle Frauen- und Mutterrolle mit dem Streben nach beruflichem Erfolg und der Verwirklichung eines individuellen Lebensentwurfs. Jungen Frauen wird suggeriert, den traditionell typisch weiblichen „Tugenden“ wie Empathie, Sorgebereitschaft, Schönheit ebenso entsprechen zu können, wie den neuen Anforderungen an den „flexiblen Menschen“ und der „Modell-Figur“.

3.5 Identität und Leiblichkeit in der Adoleszenz

Die Ausbildung des gesellschaftlich geforderten eigenständigen Identitäts- und Lebensentwurfes als Kernaufgabe des Jugendalters ist unter den Bedingungen der Modernisierung riskanter geworden (vgl. *Keupp* 1988), weil tradierte Koordinaten, wie etwa die „Normalerwerbsbiografie“, an denen Jugendliche sich orientieren konnten, an Realitätstauglichkeit verloren und die Familienkonstellationen sich unter dem Individualisierungsdruck verändert haben. Die neuen medial begleiteten 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 gestiegenen Erwartungen an eine rational vorausschauende Lebensführung. Im Ergebnis kann dies zu Entmutigung, psychi-

schen Störungen oder somatischen Ausweich- und Kompensationsreaktionen führen. Essstörungen können vor diesem Hintergrund schließlich auch als Reaktionen der Überanpassung, des Widerstands oder der Verweigerung gelesen werden, mit denen betroffene Jugendliche Bedürfnisse nach haltgebender Orientierung, nach Schutz und Fürsorge, dem Wunsch nach Anerkennung und Respekt und nach einem rahmengebenden Widerpart symbolisch (und meist unbewusst) über ihren Körper ausdrücken. Das Spannungsverhältnis zwischen Leibsein und Körperhaben wird gerade bei der heute auch medial massiv beeinflussten Geschlechtsrollenfindung und Beziehungsanbahnung zum Zentrum jugendlicher Selbst- und Fremdbeobachtung. So müssen das körperliche Begehren und das soziale Geschlecht zur individuellen Geschlechtsrollenidentität geformt werden. Dabei werden Fragen der eigenen seelisch-leiblich-sozialen Identität ebenso problematisiert wie Erfahrungen in der Präsentation der eigenen Leiblichkeit gegenüber dem anderen (und dem eigenen) Geschlecht sowie die ersten Erfahrungen mit der Zwischenleiblichkeit (*Merleau-Ponty* 1945). Irritationen in diesem komplexen Prozess der Identitätsbildung im Spiegel der Anderen können zu nicht intendiertem „Ausweichen“ in psychosomatoforme Störungen wie Essstörungen führen. Mit kulturwissenschaftlichen Konzepten wie „Theatralität“ oder „Performativität“ (*Wulf* u.a. 2004) als Deutungsrahmen lässt sich dann zeigen, auf welche Weise gesellschaftliche Erwartungen an und von Jugendlichen in Körperstrategien transformiert werden (*Sarasin* 1998, S. 41). Der Wunsch, individuelle Spuren im Leben zu hinterlassen, wird zunehmend von der als wenig gestaltbar erlebten äußeren Welt auf den eigenen Körper projiziert (*Keupp* 2002, S. 12). Der Körper als unhintergehbare sinnliche Gewissheit wird so zu einem entscheidenden Wahrheitskriterium für die eigene Identität³. Um sich von Anderen zu unterscheiden, aus der Masse hervorzustechen und soziale Anerkennung zu erwerben eignet sich der Körper als Gestaltungsmittel in besonderer Weise: seine „relative Plastizität und Formbarkeit (...) macht ihn zum bevorzugten Objekt der Veränderung“ (*Keupp* 2002, S. 12). Der Körper wird damit – nur scheinbar paradox in einer Gesellschaft, in der es eher auf intellektuelles Vermögen und die soziale Geschmeidigkeit als auf Körperkraft ankommt – gerade für Jugendliche zum Kriterium der Überprüfung ihrer Identität und sei es als inszenierte oder der Kontrolle entglittene Gegenidentität. Parallel und gleichsam hinter dem Rücken der Akteure wird der „fitted“ Körper zum Ausweis einer gelungenen Anpassung an Leistungs- und Gesundheitsnormen. Die körperliche Selbstinstrumentalisierung entspricht formal dem abstrakten Selbstzwang, wie er als mentale Selbstinstrumentalisierung im Sinne einer *normalistischen Selbst-Adjustierung* (*Link* 1997) erwartet wird.

Parallel und gleichsam hinter dem Rücken der Akteure wird der „fitted“ Körper zum Ausweis einer gelungenen Anpassung an Leistungs- und Gesundheitsnormen

4. Zusammenfassung und Ausblick – Überlegungen zu einem Forschungsprogramm

Die aus dem medizinischen Paradigma gewonnenen Klassifikationen und Normierungen von Gesundheit, wie etwa der Body-Maß-Index verengen das Problem des Übergewichts auf eine körperliche Abweichung (*Thoms* 2000) und ihre

potentiellen gesundheitlichen Risiken und ökonomischen Kosten. Die Engführung des Phänomens als reines Gesundheitsproblem oder kulturkritisch als Versagen der Familie und des Einzelnen, blendet die sozialen Prozesse, die gesundheitliche Ungleichheit und ihre generationenübergreifende „soziale Vererbung“ (vgl. Schoon/Sacker u.a. 2003) bestimmen, systematisch aus. Deshalb geht es darum, abweichende Körperbilder und abweichendes Essverhalten aus den vorrangig medizinisch, psychologisch oder kulturkritisch ausgerichteten Diskursen in einen soziologischen Deutungshorizont zu überführen. Dass Adipositas signifikant häufiger in sozial benachteiligten Schichten auftritt, kann nicht allein mit der ungesünderen Ernährung und/oder der mangelnden Bewegung und/oder erhöhtem Fernsehkonsum erklärt werden. Gesundheitslebensstile (Hradil 2006) sind ebenso zu berücksichtigen wie milieuspezifische Lebensführungskonzepte oder die sozial unterschiedlich ausgeprägten Chancen zu personaler Kontrolle (Selbstwirksamkeit und Einfluss). Nicht zuletzt müssen die veränderten Prozesse jugendlicher Identitätsbildung angesichts der gestiegenen Ansprüche an Leistungsbereitschaft) und Flexibilität, die über die *Präsentation idealer Körperbilder* nach außen dargestellt werden. Damit können Essstörungen als sozio-somatische Phänomene (Gugutzer 2005) beschrieben und analysiert werden. So „produziert“ jede Gesellschaft ihre spezifischen Krankheiten, Verhaltensauffälligkeiten und Abweichungen. Essstörungen sind also mehr als Organstörungen, sie sind „körperliche Unordnungen“ („bodily disorders“: vgl. Gugutzer 2004, S. 90), die Indikatoren für kulturspezifische soziale Kontrollprobleme familialer Sozialisation Jugendlicher, und allgemeiner, von Kontrollproblemen in gesellschaftlichen Teilsystemen sind. An Essstörungen wird zudem deutlich, wie der postmoderne Diskurs über Identitätskonstruktionen (Keupp u.a. 1999) das Reflexivwerden der eigenen biografischen Konstruktionen und die „riskanten Chancen“ zur flexiblen Selbstkonstruktion zu Recht akzentuiert und dabei zugleich übersieht, dass die Vielfalt scheinbar möglicher Identitätskonstruktionen letztlich doch von einem engen Korridor geforderter Individualitätsdarstellungen begrenzt wird, die prägnanten normativen Leitformeln folgt. Deren Rationalität ist an ökonomisch bzw. organisatorisch begründeten Prinzipien wie Leistung, Konkurrenz, rationale Lebensführung und Flexibilität orientiert und verlangt nach sozialen Kompetenzen und Gefühlsarbeit zur geschmeidigen Anpassung an die Erfordernisse der modernen Gesellschaft. Um diese spezifischen Einflüsse sozialen Wandels auf das Scheitern von Individuierungsprozessen Jugendlicher in Form von Essstörungen als abweichende Verkörperungen in einem soziologischen Deutungsmodell zu erfassen, sehen wir *einen* methodischen Zugang in einer empirischen Rekonstruktion der Leib-Körper-Identität, die auch die symbolischen und emotionalen Botschaften einbezieht, die das sprachlosprechende Medium des über- oder untergewichtigen Körpers transportiert (Gugutzer 2005, S. 323). Zu den familienbiografischen und milieuspezifischen Bedingungen der individuellen „Wahl“ von Essstörungen als Reaktion auf Überforderungen durch sozialen Wandel hat Claudia Peter (2006) für „dicke Kinder“ in fallrekonstruktiver Perspektive methodische Überlegungen und Forschungsergebnisse vorgelegt. Mit diesem Zugang (Hildenbrand 2005) kann auch die familiäre Häufung von Adipositas im Generationenkontext aufgeklärt werden. Für die säkulare Zunahme von Essstörungen müssen darüber hinaus die

Dass Adipositas signifikant häufiger in sozial benachteiligten Schichten auftritt, kann nicht allein mit der ungesünderen Ernährung und/oder der mangelnden Bewegung und/oder erhöhtem Fernsehkonsum erklärt werden.

Für die säkulare Zunahme von Essstörungen müssen die gesellschaftlich dominanten Wahrnehmungsformen und die Wirkmechanismen zwischen der sozialstrukturellen Lage der Menschen und ihren Denk- und Verhaltensweisen analysiert werden. So scheint eine „soziale Vererbung“ für die generationenübergreifende Stabilisierung abweichender Verhaltensmuster bedeutsam. In einer Kombination dieser Zugangsweisen können dann die Bedingungen für die Aufrechterhaltung von Essstörungen und die Weitergabe entsprechender Ernährungsmuster in Verbindung mit dem Konzept der Lebensführungsstrategien rekonstruiert werden. Rekonstruktive Sozialforschung eignet sich dafür besonders, weil ihre Fallrekonstruktionen auf eine *Strukturgeneralisierung* hin angelegt sind (Oevermann 1981). Dabei geht es nicht um die Identifikation des relativen Anteils von Einzelfaktoren, sondern um die Identifikation typisierbarer und damit strukturell generalisierbarer Konstellationen, die die Entwicklung von Essstörungen aus Strukturmomenten der unterschiedlichen Sozialisationsumwelten im Zusammenspiel mit den individuellen Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen in den untersuchten Familien verständlich machen und erklären. Schließlich erweisen sich Analysen, die die gesellschaftlichen Veränderungen mit denen Jugendliche heute im Bereich der Konstitution von Identität (vgl. Koenen 2000) konfrontiert sind als notwendige Rahmung zu einem übergeordneten Verständnis der „Wahlen“ für eine soziosomatische Essstörung.

Anmerkungen

- 1 Von Übergewicht und Adipositas sind Kinder/Jugendliche mit Migrationshintergrund besonders stark betroffen, hier ist der Anteil Übergewichtiger im Vergleich zu den Kindern deutscher Abstammung fast doppelt so hoch (vgl. Seeger 2006). Auf diesen auch für die Gesundheitsprävention wichtigen Aspekt gehen wir im Folgenden nicht näher ein, auch wenn sich hier die kulturelle Determination des Themas Essstörung deutlich zeigt.
- 2 Hier sind auch die höheren finanziellen Aufwendungen für gesunde Nahrungsmittel zu berücksichtigen, sowie die schichtspezifisch unterschiedlichen Gewichtungen in den Konsumausgaben.
- 3 Angesichts des Wandels und der Pluralisierung von Werten, der Instabilität der Moden, der schnell wechselnden Rhetorik der Politik, der Enttraditionalisierung von Lebensformen, dem tendenziellen Verlust von Transzendenz oder konkurrierenden religiösen Angeboten, kurz: angesichts des Fehlens eines die Gesellschaft überwölbenden Baldachins (Soeffner 2000) bleibt der Körper das unwiederbringlich Eigene und (scheinbar) Verlässliche.

Literatur

- APuZ, Aus Politik und Zeitgeschichte (18/2007). Körperkult und Schönheitswahn. – Bonn
Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Online unter: http://www.a-g-a.de/aga_content.html, Stand: 15.01.2007
- Barlösius, E. (1999). Soziologie des Essens. – Weinheim und München.
- Beck, U. (1999): Schöne neue Arbeitswelt. – Frankfurt/M.
- Beck, U./Bonß, W. (Hg.) (2001): Die Modernisierung der Moderne. – Frankfurt/M.
- Bell, D. (Hg.) (2001): All you can eat. – Frankfurt/M.
- Böhnisch, L. (1985): Lebensbewältigung – Weinheim

- Bosch Stiftung* (2005): Bericht der Kommission „Familie und demographischer Wandel“. – Stuttgart.
- Bourdieu, P.* (1983). Ökonomisches Kapital, soziales Kapital, kulturelles Kapital. In: *Kreckel, R.* (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt – Göttingen
- Bröckling, U.; Krasmann, S., Lemke, T.* (2004): Glossar der Gegenwart. – Frankfurt/M.
- Bröckling, U.* (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. – Frankfurt/M.
- Burkitt, I.* (1999): Bodies of Thought. Embodiment, Identity and Modernity. – London.
- DHS Info* (2004): Essstörungen. – Hamm
- Ebbeling, C.B./Pawlak, D.B./Ludwig, D.S.* (2002): Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*, 360, 473.
- Elias, N.* (1997): Über den Prozeß der Zivilisation – Frankfurt/M.
- Foucault, M.* (1975): Die Geburt der Klinik. – München.
- Canguilhem, G.* (1974): Das Normale und das Pathologische. – München
- Gugutzer, R.* (2004): Soziologie des Körpers. – Bielefeld.
- Gugutzer, R.* (2005): Der Körper als Identitätsmedium: Essstörungen. In: *Schroer, M.* (Hg.): Zur Soziologie des Körpers. – Frankfurt/M. S. 323-355.
- Health Behaviour Schoolaged Children Studie*: Online unter: <http://www.hbsc-germany.de/>
Stand: 15.01.2007
- Hildenbrand, B.* (2005): Einführung in die Genogrammarbeit. – Heidelberg.
- Hochschild, A. R.* (2002): Keine Zeit. Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur noch Arbeit wartet. – Opladen.
- Hradil, P.* (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: *Richter, M./Hurrelmann, K.*: Gesundheitliche Ungleichheit – Wiesbaden, S. 33-53
- Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U.* (Hg.) (2003): Jugendgesundheits-survey – Weinheim und München.
- Kaufmann, J.-C.* (2006): Kochende Leidenschaft – Konstanz
- Keppeler, A.* (1994). Tischgespräche – Frankfurt/M.
- Keupp, H.* (1988): Riskante Chancen – Heidelberg
- Keupp, H.* u.a. (1999): Identitätskonstruktionen – Frankfurt
- Keupp, H.* (2002): Identitäten in Bewegung und die illusionäre Hoffnung auf den Körper. Online unter: www.ipp-muenchen.de. Stand: 12.02.2002.
- Klingensporn, B.; Rastetter, D.* (2004): Geschlechtsspezifische Identitätsentwicklung und bulimisches Essverhalten bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 35 (2), 2004, S. 67-82
- Koenen, E.* (2000): Nach der „Identität“. In: *Hettlage R./ Vogt, L.* (Hg.): Identitäten in der modernen Welt – Wiesbaden. S. 101-129.
- Lévi-Strauss, C.* (1964): Le Triangle Culinaire. *L'arc* 26, S. 19-29.
- Link, J.* (1997): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. – Opladen
- Marmot, M.* (2004): Status syndrome: How your social standing directly affects your health and life expectancy. – London.
- Mezger, E.; West, K.-W.* (Hg.) (2000): Aktivierender Sozialstaat und politisches Handeln. – Marburg
- Müller, M.* et. al. (1998): Prävention der Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt* 95, S. 2027-2030
- Müller, M./ Reinehr, J./ Hebebrand, T.*: Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter In: *Deutsches Ärzteblatt* 103, Ausgabe 6 vom 10.02.2006, Seite A-334 / B-292 / C-277
- Lossin, M.* (2003). Funktion und Bedeutung von Ritualen für die Stabilität der modernen Familie. – Aachen
- Meier, U./ Küster, C./ Zander, U.* (Hg.) (2004): Alles wie gehabt? – Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung und Mahlzeitenmuster im Zeitvergleich. – Stuttgart.
- Merleau-Ponty, M.* (1945): Phänomenologie der Wahrnehmung. – Berlin.
- Mischau, A./ Oechsle, M.* (Hg.) (2005): Arbeitszeit – Familienzeit – Lebenszeit: Verlieren wir die Balance? – Wiesbaden

- Oevermann, U.* (1981): Fallrekonstruktionen und Strukturgeneralisierung als Beitrag der objektiven Hermeneutik zur soziologisch-strukturtheoretischen Analyse.
- Ohlbrecht, H.* (2006): Jugend, Identität und chronische Krankheit. Soziologische Fallrekonstruktionen. – Opladen.
- Peter, C.* (2006): Dicke Kinder. Fallrekonstruktionen zum sozialen Sinn der juvenilen Dickleibigkeit. – Bern
- Plessner, H.* (1928). Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Berlin; Leipzig: de Gruyter
- Prahl, H.-W.; Setzwein, M.* (1999). Soziologie der Ernährung, Opladen
- Richter, M.* (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. – Wiesbaden
- Richter, M. /Hurrelmann, K.* (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. – Wiesbaden.
- Robert Koch Institut* (2003): Übergewicht und Adipositas – Berlin
- Robert Koch Institut* (2006a): Gesundheit in Deutschland – Berlin
- Robert Koch Institut* (2006b): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) Online unter: www.kiggs.de Stand: 10.1.2007
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T.* (2006): Gesundheitspolitik. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. – Bern.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001:* Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Baden Baden
- Sarasin, P.* (1998): Physiologie und industrielle Gesellschaft : Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jhd. – Frankfurt.
- Schoon, I./Sacker, A./Bartley, M.* (2003): Socio-economic adversity and psychosocial adjustment: a development-contextual perspective. *Social Science and Medicine*, 57, S. 1001-1015.
- Seeger, M.* (2006): Spezialbericht 2006-1: Einflussfaktoren und Strukturmerkmale für die Sozialhilfebedürftigkeit von Familien mit Kindern in Berlin an der Schwelle zu „Hartz IV“. Hrg. von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
- Sennett, R.* (1998). Der flexible Mensch. – Berlin.
- Setzwein, M.* (2004): Ernährung – Körper – Geschlecht. Zur sozialen Konstruktion von Geschlecht im kulinarischen Kontext. – Wiesbaden.
- Shell Deutschland* (Hg.) (2002). 14. Shell Jugendstudie 2002
- Shell Deutschland* (Hg.) (2006). 15. Shell Jugendstudie 2006
- Siegrist, J.; Marmot, M.* (Hg.) (2006): Social inequalities in health. new evidence and policy implications – Oxford
- Siegrist, J.* (2003): The Social Causation of Health and Illness, In: Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, C. (2003): The Handbook of Social Studies in Health & Medicine. London: Sage Publications, S. 100-114.
- Soeffner, H.-G.* (2000) : Gesellschaft ohne Baldachin – Weilerswist
- Stegbauer, C.* (2006): „Geschmackssache?“ Eine kleine Soziologie des Genießens. – Hamburg
- Thoms, U.*: Körperstereotype. Veränderungen in der Bewertung von Schlankheit und Fettleibigkeit in den letzten 200 Jahren. In: *Wischermann, C./Haas, S.* (Hg.): Körper und Geschichte – Stuttgart.
- Wulf, C.* u.a. (2004): Bildung im Ritual. Schule, Familie, Jugend, Medien – Wiesbaden.
- Zdrodowski, D.* (1996): Eating out: the experience of eating in public for the „overweight“ woman. In: *women's Studies International Forum* 19/1996, S. 655-664