

Performative Widerständigkeit und digitale Autonomie

Gesundheits- und Krankheitsdiskurse auf TikTok

Katharina Crepaz

Einleitung

Soziale Medien verändern moderne Gesellschaften auf vielfältige Art und Weise. Während man vielfach von einem negativen Einfluss, insbesondere auf das Thema Gesundheit, ausgeht (Störung durch Benachrichtigungen, Entgrenzung von Arbeit und Freizeit durch ständige Verfügbarkeit, Fehlinformationen zu gesundheitsrelevanten Themen) bieten soziale Plattformen aber durchaus auch positive Möglichkeiten zur Teilnahme an der Verhandlung von Gesundheit und Krankheit im öffentlichen Raum. In Verbindung mit salutogenetischen Ansätzen, die Gesundheit und Krankheit nicht als Dichotomie, sondern als Endpunkte eines Spektrums sehen, können Nutzer*innen sich selbstständig ausdrücken, und eigene Sichtweisen und Kritikpunkte an Fremdzuschreibungen von Gesundheit und Krankheit einbringen. Autonomie ist dabei ebenso ein fluktuierender Zustand wie Gesundheit, und kann als Spannungsfeld zwischen Fremd- und Selbstbestimmung verstanden werden. Die »digitale Autonomie« ist nicht bloß technologisch vermittelt, sondern konstituiert sich durch die bewusste, widerständige Nutzung von Plattformen wie TikTok zur Sichtbarmachung abweichender Diskurse zum Thema Gesundheit, Krankheit und Körperbilder.

Dieser Beitrag versteht sich als interdisziplinäre Zusammenführung von Überlegungen aus der Gesundheitswissenschaft, der Politikwissenschaft und der Soziologie, und möchte die widerständige und performative Nutzung von Social Media in Bezug auf Gesundheit und Krankheit diskutieren und so einen theoretischen Handlungsrahmen für eine noch durchzuführende empirische Studie bieten. Zentral ist das Zusammenfinden von salutogenetischen Modellen, diskurstheoretischer Machtkritik und Überlegungen zum performativen Charakter von Widerstand. Salutogenetische Kontinuitätskonzepte (Franzkowiak, 2022; Hurrelmann und Richter, 2013) ermöglichen eine differenzierte und nicht-dichotome Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. Diese erkennt die situative Verortung von Subjekten auf einem Kontinuum an und legitimiert individuelle

Wahrnehmungen über pauschale Zuschreibungen. Die hegemoniale dichotome Kategorisierung von »gesund« und »krank« wird dadurch als soziales Konstrukt entlarvt. Diskurstheoretische Machtkritik (Foucault, 1988; Laclau und Mouffe, 1991) analysiert, wie medizinische Wissensregime gesellschaftliche Wahrheiten über Körper, Gesundheit und Normativität produzieren. Der »ärztliche Blick« wirkt als Mechanismus der Fremdzuschreibung und Entmachtung von Subjektivität, insbesondere bei jenen, die von der Norm abweichen – etwa chronisch kranke oder mehrgewichtige Personen. Soziale Medien können diesen Diskurs nicht nur dezentralisieren, sondern durch performative Sichtbarkeit aktiv unterlaufen. Performativer Widerstand und Resignifikation (Butler, 2006; Rose, 2015; Volbers, 2014) ermöglichen eine theoretische Fundierung für die digitale Selbstrepräsentation als Form politischer Handlungsmacht. Die Umdeutung abwertender Zuschreibungen (z.B. »krank«, »fett«) durch Subjekte selbst, eröffnet den öffentlichen Raum sozialer Medien als Feld emanzipatorischer Aushandlung. Widerständigkeit entsteht durch Sichtbarkeit, Wiederholung und kollektive Bezugnahme – sie ist konstitutiv für neue Gesundheitsidentitäten jenseits biomedizinischer Normen.

In der Verbindung dieser drei Perspektiven entsteht ein theoretisches Modell »digitaler performativer Autonomie«, das Subjektpositionen in Gesundheitsdiskursen nicht als passiv durch Medien oder Medizin bestimmt versteht, sondern als aktiv mitgestaltend, reflexiv und kollektiv. Dieses Modell verweist auf die Relevanz digitaler Räume als Orte nicht nur der Repräsentation, sondern der Produktion von Gesundheitswissen, Subjektivierung und Widerstand. Für die Gesundheitswissenschaften bedeutet dies eine Öffnung hin zu partizipativen, gendersensiblen und machtkritischen Analysen, in denen Autonomie, Körper und Gesundheit neu gedacht und in digitalen Öffentlichkeiten verhandelt werden können.

Digitale Kommunikation, Gesundheit und Autonomie

Das Verhältnis zwischen der Nutzung digitaler Kommunikationsmittel und Gesundheit wird mittlerweile aus ganz unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet, von den Auswirkungen der Mediennutzung an sich bis hin zum gezielten Einsetzen von digitalen Kommunikationstechnologien und sozialen Medien z.B. für die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy). Es lassen sich sowohl positive als auch negative Effekte feststellen: Einerseits ist die Nutzung mancher digitaler Kommunikationstechnologien mit erhöhten sozialen Ressourcen assoziiert (Domahidi, 2018; Liu, Ainsworth und Baumeister, 2016), andererseits gibt es vermehrt Hinweise auf Zusammenhänge mit verringertem affektiven Wohlbefinden, erhöhtem Stresserleben oder gesteigerter Depressions- und Ängstlichkeitssymptomatik (Huang, 2017; Przybylski und Weinstein, 2017; Reinecke et al., 2017; Reinecke et al., 2018). Für die Entwicklung von Health Literacy besonders gefährlich sind Fehl-

informationen zu Gesundheitsthemen, die in den sozialen Netzwerken kursieren (Koisser, Reitzinger und Czypionka, 2023, S. 98). Im Gegensatz dazu deuten Studienergebnisse aber auch darauf hin, dass soziale Medien die Gesundheitskompetenz fördern können. Moorhead et al. (2018) untersuchten in einem Review, welche Vorteile und positiven Anwendungsmöglichkeiten soziale Medien für den Austausch zwischen Patient*innen, medizinischen Fachkräften und der Öffentlichkeit mit sich bringen; der Nutzen liegt v.a. im niedrigschwelligen Zugang und Austausch von Gesundheitsinformationen zu einer Reihe von Erkrankungen. Selbsthilfegruppen, das Teilen der eigenen Symptome, Erkrankung und Behandlung reduzieren Stigmatisierung und tragen zur Aufklärung sowie zu einem Empowerment der Patient*innen bei. Auch im Bereich der Ernährungsberatung sowie in der Sensibilisierung für sexuell übertragbare Krankheiten konnten Vorteile der Online-Aufklärung festgestellt werden (Koisser, Reitzinger und Czypionka, 2023, S. 98). Es zeigt sich also, dass digitale Kommunikationstechnologien sowohl gesundheits-schädliche als auch gesundheitsförderliche Effekte ausüben können. Was aber sind die entscheidenden Faktoren, die den Einfluss sozialer Medien auf Gesundheit, in die eine oder die andere Richtung lenken?

Laut Meier (2018, S. 407) könnte dem Grad an wahrgenommener persönlicher Autonomie in der Nutzung von Kommunikationstechnologien eine wichtige Rolle für den positiven Einfluss digitaler Medien auf Gesundheit zukommen. Meier stützt sich dabei auf die von Ryan und Deci (2000) formulierte Selbstbestimmungstheorie, die drei menschliche Grundbedürfnisse postuliert – Verbundenheit, Kompetenz und Autonomie. Digitale Kanäle erlauben eine hohe Autonomie in der interpersonalen Kommunikation: Die freie Wahl des Zeitpunkts, wann Nachrichten gesendet, empfangen und gelesen werden gibt Nutzer*innen Kontrolle über die Synchronizität ihres Antwortverhaltens, und ermöglicht eine ortsungebundene Kommunikation. Zudem erlaubt die digitale Kommunikation eine selektivere Selbstdarstellung, die editiert und kuratiert werden kann. Im Gegensatz dazu kann eine Vielzahl von gleichzeitig genutzten Kommunikationskanälen auch ein Gefühl von Kommunikationsüberfluss oder digitalem Stress auslösen; Benachrichtigungen sorgen für Unterbrechungen und ein daraus resultierendes Gefühl von Fremdbestimmung (Meier, 2018, S. 410–411). Autonomie wird erfüllt durch die Wahrnehmung, dass das eigene Handeln durch das Selbst reguliert wird und eigenen Überzeugungen entspricht; als Synonyme für Autonomie gelten daher auch »agency«, Volition, »self-governance« oder Selbstbestimmung (Ryan und Deci, 2006). Wird eigenes Handeln als von außen kontrolliert oder als von (internalisierten) Zwängen angetrieben wahrgenommen tritt eine Frustration des Autonomiebedürfnisses auf (Chen et al., 2015; Deci und Ryan, 2000; Reis et al., 2000). In der von Meier durchgeführten Tagebuchstudie mit Studierenden zeigte sich, dass die Teilnehmer*innen ihr Bedürfnis nach Autonomie deutlich stärker befriedigt als frustriert sahen. Digitale Autonomie hatte zudem Einfluss auf alle drei Bedürfnisse (Verbundenheit, Kompetenz und

Autonomie); dies unterstreicht die wichtige Rolle von medienvermittelter Kommunikation für psychische Gesundheit (Meier, 2018, S. 421–422). Digitale Autonomie sollte als fluktuierender Zustand untersucht werden, der durch situative Kontextfaktoren beeinflusst wird. Der durch soziale Medien entstandene Kontext permanenter Verbundenheit bedeutet zwar mehr Anforderungen an das Individuum, eine ausreichende Sicherstellung des Autonomiebedürfnisses in diesem Kontext fördert aber gleichzeitig das Empfinden von Authentizität und kann zu gesteigertem Wohlbefinden beitragen (Meier, 2018, S. 423). Im Gesundheitskontext können erlebte Autonomie, Wirkmächtigkeit und Authentizität als Gegensatz zu Erfahrungen von Fremdbestimmung durch mangelnde Autonomie gegenüber dem Gesundheitssystem bzw. gegenüber Ärzt*innen, aber auch durch, die eigene Autonomie einschränkende, Krankheiten gesehen werden.

Die wichtige Rolle von Autonomie sowie der Wahrnehmung eigener Wirkmächtigkeit im digitalen Kontext lässt sich auch an einer zunehmenden Abkehr von reinen Media-Effects-Theorien ablesen. Man spricht also nicht mehr von einer einseitigen Beeinflussung der Nutzer*innen durch soziale Medien, die sich in einer reinen Subjekt-Objekt-Beziehung manifestiert, sondern von einer relationalen Beziehung (Coleman, 2008): Nutzer*innen können soziale Medien durchaus auch für die Umsetzung ihrer eigenen Ansprüche im Kontext digitaler Autonomie verwenden. Man könnte dafür das Konzept einer widerständigen Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien heranziehen: Statt einer reinen Beeinflussung durch hegemoniale Standards (z.B. im Rahmen von Schönheits- und Körperbildern) bieten soziale Medien auch die Möglichkeit einer widerständigen Nutzung, also z.B. der Sichtbarmachung von abweichenden Bildern und Idealen. Diese Sichtweise lässt sich von Körperbildern auch auf Gesundheits- und Krankheitsbegriffe und deren hegemoniale Deutungen übertragen. Im digitalen Raum können hier alternative Deutungen autonom ausgelebt werden. Auch der ärztliche Blick und die dadurch ausgeübte Macht produzieren online nicht das im offline-Alltag erlebte Gefälle von Status und Autonomie, und Patient*innen können vermehrt als eigenständige Expert*innen auftreten. Im nächsten Abschnitt soll daher das Verhältnis zwischen widerständigem Nutzungsverhalten, der Macht des ärztlichen Blicks und hegemonialen Gesundheits- und Krankheitsdiskursen genauer diskutiert werden.

Ärztliche Macht und die vermeintliche Dichotomie Gesundheit – Krankheit »Regime des Wissens« und performative Widerständigkeit

Aktuelle gesundheitswissenschaftliche Definitionen sprechen häufig von Gesundheit und Krankheit als Kontinuum bzw. Spektrum, auf dem sich Menschen verorten. Der Ansatz, Gesundheit und Krankheit nicht als alternative, dichotome Zustände, sondern als gedachte Endpunkte in einem gemeinsamen Kontinuum

von »health-ease« (HE) und »dis-ease« (DE) zu verstehen ermöglicht es, auch teilweise oder vollständige Gesundheitsbeeinträchtigungen in ihrer jeweiligen Balance zwischen gesunden und kranken Anteilen abzubilden (Franzkowiak, 2022). Das Konzept ist mehrdimensional: Salutogenetische (Aronofsky, 1979) Prozesse (welche die körperliche, seelische und soziale Regulationsfähigkeit sichern bzw. unterstützen) und pathogenetische Vorgänge (Überlastung, Überforderung, Hemmung der körperlichen, psychischen und sozialen Regenerationsfähigkeit) stehen in einem labilen Gleichgewicht, das immer wieder ausbalanciert werden muss. Menschen befinden sich also zu einem bestimmten Lebenszeitpunkt auf einem Punkt des Kontinuums zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit, und die Einordnung erfolgt hinsichtlich vielfältiger subjektiver und objektiver Dimensionen (Franzkowiak, 2022). »Die Frage ist nicht mehr, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt bzw. nahe er den Endpunkten Gesundheit und Krankheit jeweils ist« (Bengel, Strittmatter und Willmann, 2001, S. 32). Persönliche Risiko- und Protektivfaktoren nehmen dabei eine wichtige Rolle ein. Spannend ist insbesondere, dass auch Gesundheitsbeeinträchtigungen in ein salutogenetisches Modell eingebaut werden können, dazu zählen akute oder chronische Krankheiten ebenso wie funktionale und soziale krankheitsbedingte Einschränkungen. Hurrelmann und Richter (2013, S. 146) beschreiben dabei eine körperliche, psychische und soziale Dimension der Verortung zwischen Gesundheit und Krankheit; innerhalb der drei Dimensionen können objektive und subjektive Einschätzungen miteinander kontrastiert werden. Hurrelmann und Richter (2013, S. 124) sehen das salutogenetische Denken in Polen auf einem Kontinuum als »von bahnbrechender Bedeutung« für die moderne Gesundheits- und Medizinsoziologie, da dieses eine Überwindung der Trennung von Gesundheit und Krankheit aus naturalistischen Modellen mit sich bringt. Es geht nicht mehr um das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer spezifischen Gesundheitsstörung; jede Person ist gesund und krank, ihr gegenwärtiges Sein (»being«) lässt sich variabel zwischen Gesundheit als umfassendem Wohlbefinden (»well-being«) und Krankheit in allen Dimensionen (»disease«/»illness«) verorten (Franzkowiak, 2022).

In der praktischen medizinischen Versorgung ist die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit als Kontinuum allerdings noch kaum angekommen, das Beurteilungssystem in der Gesundheitsversorgung verfestigt Gesundheit und Krankheit als Antagonismen, als Dichotomie, in der man sich entweder zum einen oder zum anderen Pol zuordnen muss bzw. meist von außen fremdbestimmt zugeordnet wird. Es wird eine Bipolarität kreiert, die sich so empirisch eigentlich nicht halten lässt, aber dennoch zum bestimmenden Einflussfaktor für die gesellschaftliche Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit werden konnte. Die Medizin als System spielt somit eine zentrale Rolle für Zuschreibungs- und Kategorisierungsprozesse von Gesundheit und Krankheit. In seinem Werk »Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks« (1963, hier dt. Fassung von 1988) beschreibt

Michel Foucault die Entwicklungsgeschichte einer Medizin, die das Pathologische klassifiziert, und durch die Einordnung Muster und Zuordnungen erkennen lässt. Dabei geht es aber nicht nur um individuelle Faktoren und Diagnosen, sondern der ärztliche Blick übt auch durchaus gesamtgesellschaftliche Macht aus: »Was nunmehr die Einheit des medizinischen Blickes herstellt, ist nicht der Kreis des Wissens, in dem er sich vollendet, sondern die offene, unbegrenzte, bewegliche Totalität, die er durchläuft, ohne an ein Ende zu kommen. Hier liegt schon so etwas vor wie die klinische Registrierung einer endlosen und variablen Reihe von Ereignissen. Aber ihre Basis ist nicht die Wahrnehmung eines Kranken in seiner Individualität, sondern ein kollektives Bewusstsein, das alle ihm begegnenden Informationen aufnimmt, sich immer weiter ausbreitet und verzweigt, bis es schließlich die Dimension einer Geschichte, einer Geografie, eines Staates erreicht« (Foucault, 1988, S. 46). Ärzt*innen erlangen somit Macht durch ihre Möglichkeit zur Kategorisierung, der eine Wissensmonopolisierung vorausgeht. Verknüpft ist diese Monopolisierung mit der Fähigkeit zur Kontrolle und Interpretation von Körpern, die sich immer weiter ausbreitet, und die konkrete Betrachtung eines individuellen Falles längst zugunsten einer gesamtgesellschaftlichen Einordnung verlassen hat. Kategorisierung von Gesundheit und Krankheit, von vermeintlichem Normal- oder Sollzustand und Pathologie in einem dichotomischen Verhältnis, ist somit die Ausübung von Macht durch den ärztlichen Blick. Foucault (1988, S. 6) beschreibt neben den Voraussetzungen und Modalitäten der Machtausübung auch die Oppositionen, die gegen solche Machtverhältnisse entstanden sind: »Sie bekämpfen jene Machtwirkungen, die an Wissen, Kompetenz und Qualifikation gebunden sind. Es sind Kämpfe gegen die Privilegien des Wissens. Aber sie wenden sich auch gegen Verheimlichung, Entstellung und Mystifizierung in den Darstellungen, die den Leuten aufgezwungen werden. In all dem liegt kein »Szientismus« (das heißt keinerlei dogmatischer Glaube an den Wert wissenschaftlichen Wissens), aber auch keine skeptische oder relativistische Verweigerung jeglicher erwiesenen Wahrheit. Was in Frage steht, ist die Weise, in der Wissen zirkuliert und funktioniert, seine Beziehungen zur Macht. Kurz, das *Regime des Wissens*« (Hervorhebung im Original). Wissensmonopolisierung bedeutet Macht, und Opposition gegen ärztliche Macht muss daher auch eine Demokratisierung der *Regime des Wissens* mit sich bringen. Foucault unterstreicht den transversalen Charakter solcher Oppositionen, die nicht an einen bestimmten nationalstaatlichen Kontext oder eine bestimmte Regierungsform gebunden sind; im modernen Zeitalter digitaler Kommunikationstechnologien ist es daher wenig verwunderlich, dass gerade digitalen Medien eine wichtige Rolle in Oppositionsprozessen und in der Demokratisierung von Wissensregimen zukommt. Die Ausrichtung ist unmittelbar, es erfolgen keine großen gesellschaftlichen Revolutionen, sondern man richtet sich an die direkten und unmittelbar verfügbaren Adressaten – ebenfalls eine Voraussetzung, die sich der Struktur sozialer Medien ideal anpasst.

Das medizinische System lebt also von der Kategorisierung in Gesundheit und Krankheit, in normal und pathologisch, und Bestrebungen eines salutogenetischen Ansatzes von Gesundheit und Krankheit als Kontinuum passen weiterhin nur schwerlich in die Ausgestaltung der Medizin. Für Patient*innen, die – oft entgegen der eigenen Selbstwahrnehmung – in die Kategorien »gesund« und »krank« eingeordnet werden, bedeutet dies eine gewisse Ohnmacht gegenüber den Ärzt*innen, die eine solche Kategorisierung vornehmen und denen diese Kategorisierung durch die Monopolisierung von Wissen auch gesellschaftlich zugestanden wird. Soziale Medien können diesen Prozess in zweierlei Hinsicht aufbrechen: Sie erlauben den Zugang zu Wissen, und brechen somit »Regime des Wissens« auf, indem sie die auf monopolisiertem Wissen beruhende Macht schmälern. Zudem stellen sie einen Raum dar, in dem Opposition gegen Regime des Wissens offen gezeigt und verbreitet werden kann. Wichtig ist dabei der Aspekt der Performativität, also dass sich die Wirksamkeit von Sprechakten konsequent an ihre Wiederholung koppelt; jede Norm muss, damit sie sich als Norm stabilisieren kann, wiederholt werden. Für eine glaubwürdige Erzeugung von Autorität (Butler, 2006, S. 236) muss also auch die neue Norm Wiederholung und Aktualisierung erfahren. So bietet sich eine Möglichkeit zur Produktion und Reproduktion von Widerständigkeit, die auch eine neue Handlungsfähigkeit beinhaltet. Soziale Medien mit ihrer Disposition zum Sehen und Teilen von Inhalten sind daher ideale Arenen für das Herstellen von Autonomie gegenüber hegemonialen Diskursen durch die Nutzung performativer Mittel. Dem performativen Charakter sozialer Medien soll in der Analyse performativer Widerständigkeit auf TikTok genauer nachgegangen werden, zunächst erfolgt nun aber eine Beschäftigung mit hegemonialen Diskursen und Widerständigkeit.

Hegemoniale Diskurse und Widerständigkeit

Neben ärztlich verwalteten und kontrollierten »Regimen des Wissens«, die den Zugang und die Verwertbarkeit von Wissen monopolisieren, stellen auch hegemoniale Diskurse ein wichtiges Hindernis für mehr digitale Autonomie dar. Im Bereich Gesundheit und Krankheit gibt es, entgegen den neueren salutogenetischen Definitionen eines Kontinuums, in der gesamtgesellschaftlichen Wahrnehmung immer noch eine relativ klare Kategorisierung von »gesund« und »krank« als sich dichotom gegenüberliegende Pole, zu denen jeweils eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann. Dabei zeigt schon die Definition von Gesundheit der WHO, die von einem Zustand »vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens« (WHO, 1948) spricht, und nicht nur von der Abwesenheit von Krankheit, dass eine solche Bipolarität eigentlich nicht haltbar ist – viele Personen, die in ihrer eigenen und wohl auch in der medizinischen Gesamtwahrnehmung als »gesund« gelten, würden sich selbst in diesem Idealbild nicht wiederfinden.

Laclau und Mouffe (2001) beschreiben Hegemonie als Expansion eines Diskurses zu einem dominanten Horizont sozialer Orientierung. Im Zentrum ihrer Arbeiten stehen gesellschaftliche Strukturen und Machtverhältnisse, die sie als Ergebnis politischer Aushandlungsprozesse und somit als veränderbar betrachten. Ein Fokus liegt dabei auch auf der Frage, wie sich Identitäten diskursiv konstituieren, also welche Mechanismen die Identifikation von Individuen mit bestimmten Leitbildern, Vorstellungen, Programmen und Gemeinschaften steuern (Glasze und Mattisek, 2009, S. 153). Der öffentliche Raum und die Möglichkeit zur Diskussion nehmen dabei eine wichtige Rolle ein: »Political identities are not pre-given but constituted and reconstituted through debate in the public sphere. Politics, we argue, does not consist in simply registering already existing interests, but plays a crucial role in shaping political subjects« (Laclau und Mouffe, 2001, S. 28). Kollektive Identitäten als Voraussetzung für die Wahrnehmung von Gemeinschaften und somit auch für die Entstehung sozialer Bewegungen werden also nicht durch eine objektive Klassifizierung gemeinsamer Eigenschaften (in diesem Fall »gesund« oder »krank«) hervorgebracht, sondern durch diskursive Prozesse in einem öffentlichen Raum wie z.B. den sozialen Medien. Alle sozialen Beziehungen sind die Ergebnisse diskursiver Auseinandersetzungen, und »Unfixiertheit ist die Bedingung jeglicher sozialer Identität geworden« (Laclau und Mouffe, 1991, S. 120), dies gilt auch für die Hegemonie sozialer Diskurse. Sie beziehen sich in ihrer Hegemonietheorie auf Gramsci, kritisieren aber seine Auffassung einer gegebenen Klassenstruktur der Gesellschaft mit spezifischen Interessen. Welche Gruppierungen sich in gesellschaftlichen Auseinandersetzungen gegenüberstehen ist nicht von vornherein gegeben, sondern Koalitionen bilden sich immer wieder aufs Neue durch den Bezug auf unterschiedliche Kategorien (Klasse, Kultur, Geschlecht, es könnten aber auch Zuschreibungen wie »gesund« und »krank« sein). Die Hegemonie eines Diskurses verheißt eine temporäre Schließung von Differenzen und Heterogenitäten, diese können aber nicht dauerhaft überwunden werden (Glasze und Mattisek, 2009, S. 160f.). Gemeinschaft entsteht nach Laclau und Mouffe in der Abgrenzung nach außen, in der Verknüpfung von Partikularinteressen zu sogenannten Äquivalenzketten, z.B. in der Ablehnung bestimmter hegemonialer Bilder von Gesundheit und Krankheit.

Der Antagonismus bildet somit die Basis bzw. Ausgangsposition für Identitätsbildungsprozesse und Formen der Widerständigkeit gegen hegemoniale Diskurse: »Er besteht also immer in der Konstruktion einer sozialen Identität – einer überdeterminierten Subjektposition – auf der Basis einer Äquivalenz einer Reihe von Elementen oder Werten, die jenen anderen, denen sie entgegengesetzt sind, ausschließen oder nach außen verlagern« (Laclau und Mouffe, 1991, S. 202). Der Ausbreitung der Massenkommunikationsmittel (Laclau und Mouffe diskutieren vor allem das Fernsehen, ähnliche Überlegungen könnten aber für soziale Medien angestellt werden) ermöglichen neue kulturelle Formen, eine kulturelle Demokratisierung und eine Vermehrung von Partikularismen, die auch Forderungen nach Auto-

nomie weiteren Vorschub leistet. Die sozialen Verhältnisse werden politisiert und die Demarkationslinie zwischen dem Öffentlichen und dem Privaten verschoben, und radikal neue und verschiedene politische Räume entstehen (Laclau und Mouffe, 1991, S. 220), welche die Dichotomie zwischen Autonomie und Hegemonie hervorheben. Die sozialen Medien, mit ihren Möglichkeiten sowohl zur kollektiven Identitätsbildung als auch zur Darstellung persönlicher Individualität und Differenz bieten einen solchen neuen politischen Raum, in dem Widerständigkeiten gegen hegemoniale Diskurse aufgebaut werden können. Die »Unfixiertheit« ist dabei ebenso zentral für die Diskurse wie für den Charakter der sozialen Medien an sich, die sich einem ständigen Wandel von Themen und Akteur*innen unterzogen sehen. Für Gesundheits- und Krankheitsdiskurse, die sich für eine performative Auslebung von Widerständigkeit gegen hegemoniale Diskurse und Zuschreibungen besonders gut eignen, stellen Plattformen wie TikTok eine besonders passende Möglichkeit zur Öffnung neuer politischer Räume dar. Verschiebungen hegemonialer Deutungsordnungen können durch die Wiederholung performativer Akte ebenso erfolgen wie eine Stabilisierung hegemonialer Muster durch ständige Wiederholung; soziale Medien bieten daher eine passende Umgebung, um diskursive Prozesse und die Entstehung kollektiver Identitäten durch die Verknüpfung von Partikularinteressen in öffentlichen Räumen genauer zu analysieren.

TikTok und widerständige Performativität

Bereits 1959 befasste sich Erving Goffman in seinem Werk »Wir alle spielen Theater« mit der Inszenierung von Akteur*innen im Alltag. Dabei kommt der Performativität eine zentrale Rolle als Erkenntnisinteresse zu, auch wenn der Begriff noch nicht explizit so benannt wird – es geht um die Teilnehmer*innen einer Interaktion als Teilhabende an einer Aufführung im weiteren Sinne, in der sie bestimmte Rollen einnehmen. Ethnolog*innen (Singer, 1955; Turner, 1989) prägten den Begriff der *cultural performance*, mit dem sie den theatralen Ansatz auf die Darstellung und Produktion kultureller Bedeutung ausweiteten: »Cultural performances sind öffentliche Aufführungen, die ihre performative Kraft über die Erfahrung transportieren, die sie in den beteiligten Akteuren – inklusive der Zuschauer[*innen] – auslösen« (Volbers, 2014, S. 32). Turner (1988) zählt u.a. auch Theateraufführungen, Kunstausstellungen, Feste, Feiern und politische Veranstaltungen, in denen sich die soziale Ordnung, Tradition und Weltsicht der Akteur*innen, also die prägenden Merkmale einer Gesellschaft, auf kleinen »Bühnen« beobachten und analysieren lassen. Der englische Begriff *performance* hat eine Mehrdeutigkeit, die sowohl Aufführung als auch Vollzug bedeuten kann; Performativität ist also »[...] das Resultat einer durch die Aufführung bewirkten Erfahrung« (Volbers, 2014, S. 29). Ein wichtiges Kriteri-

um ist dabei auch die Öffentlichkeit der Performativität – ohne Öffentlichkeit und Publikum kann sie ihre Wirkung nicht entfalten.

Performativität wird aus kulturtheoretischer Perspektive vor allem dann interessant, wenn sie zur kulturellen Ordnung beiträgt; dies kann sich auch durch einen dekonstruktiven Prozess äußern, z. B. im Rahmen einer »[...] irritierenden und gleichsam subversiven Neubestimmung des Sinns (resignification)« (Volbers, 2014, S. 34). Durch Performativität lassen sich also sowohl soziale Ordnungen stabilisieren als auch angreifen; jede Wiederholung bietet immer auch die Möglichkeit einer Reformulierung; Bedeutungen können »umgelenkt oder ausgehebelt« (Butler, 2006, S. 139) werden. Widerständiges Handeln ist also »[...] eine Praxis der Grenzbearbeitung, eine Praxis des kritischen Fragens und einer kritischen Haltung, die genau jene bislang gültigen Grenzziehungen zwischen dem ›Normalen‹ und dem ›Verwerflichen‹ zum Gegenstand macht, indem sie ihnen nur begrenzt entspricht« (Rose, 2015, S. 332). In »Hass spricht« (2006) beschreibt Judith Butler, wie Subjekte zwar hegemonial und vielleicht abwertend oder erniedrigend angesprochen werden; durch diese herabsetzende Benennung erfährt man aber gleichzeitig eine Art von Befähigung bzw. Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums: »Durch den Namen, den man erhält, wird man nicht einfach nur festgelegt. Insofern dieser Name verletzend ist, wird man zugleich herabgesetzt und erniedrigt. Doch enthält der Name auch eine andere Möglichkeit, da man durch die Benennung auch eine bestimmte Möglichkeit der gesellschaftlichen Existenz erhält und erst in ein zeitliches Leben der Sprache eingeführt wird, das die ursprünglichen Absichten, die der Namensgebung zugrunde lagen, übersteigt. Während also die verletzende Anrede ihren Adressaten scheinbar nur festschreibt und lähmt, kann sie ebenso eine unerwartete, ermächtigende Antwort hervorrufen. Denn wenn ›angesprochen werden‹ eine Anrufung bedeutet, dann läuft die verletzende Anrede Gefahr, ein Subjekt in das Sprechen einzuführen, das nun seinerseits die Sprache gebraucht, um der verletzenden Benennung entgegenzutreten« (Butler, 2006, S. 10). Sprache kann laut Butler also wirklichkeitsverändernd wirken, der herrschende Diskurs wird enteignet und kann eine subversive Resignifikation erfahren (Butler, 2006, S. 49). Butler zitiert dafür das Beispiel des Wortes *queer*, das von einer abwertenden Fremdzuweisung zu einer positiv konnotierten Selbstbezeichnung innerhalb der LGBTQIA+ Community geworden ist; man kann also das Sprechen an den Sprecher »zurücksenden«, entgegen der ursprünglichen Zielsetzung zitieren und so eine Umkehrung der Effekte herbeiführen. Die veränderliche Macht solcher Ausdrücke zeigt eine diskursive Performativität, die »nicht aus diskreten Reihen von Sprechakten, sondern aus einer rituellen Kette von Resignifizierungen besteht, deren Ursprung und Ende nicht feststehen und nicht feststellbar sind« (Butler, 2006, S. 29f.). Performativität zeigt sich also als Mittel zur Veränderung der hegemonialen Bedeutungsmuster, und als Möglichkeit zur »Umdeutung« ursprünglich abwertend gemeinter Begriffe. Butler erläutert das Beispiel *queer*, innerhalb sozialer Bewegungen und insbesonde-

re in deren online Ausprägungen, in denen diskursive Ausdrucksmöglichkeiten zentral sind, gibt es eine weitere Reihe solcher »umkonnotierter« Wörter (z.B. das Wort *fat* von mehrgewichtigen Personen, oder auch *bitch* oder *slut* in feministischen Bewegungen). Die eigentlich übertragenen Anfeindungen werden gegen den* die Aussprechende*n gewendet und positiv umgedeutet; durch eine subversive Resignifikation der Begriffe erfolgt gleichzeitig auch ein Angriff auf hegemoniale Diskursmuster, der wenn nicht zu allgemeinen Veränderungen im Diskurs dann zumindest zu Irritationen und Aufmerksamkeitsgewinn führen kann. Performative Bestrebungen sind für TikTok als visuell orientierte Plattform zentral; Nutzer*innen können sich die Eigenschaften und Darstellungsmöglichkeiten für die Darlegung von subversiven und widerständigen Diskursen zu Nutze machen. Zentral ist auch die Bedingung der Öffentlichkeit als konstitutives Grundmerkmal des Performativen: eine Performance kann ihre strukturierende Wirkung nur entfalten, wenn sie von anderen wahrgenommen und erfahren wird (Volbers, 2014, S. 34). Auch dieses Kriterium erfüllen soziale Medien und insbesondere TikTok, das durch seinen speziellen Algorithmus (»for you« Page, die einem Inhalte anzeigt, ohne dass man vorher aktiv jemandem »folgen« muss), die Möglichkeit für eine breitere Öffentlichkeit auch kleinerer Content Creator*innen bereithält. Die Auswahl der Inhalte bzw. der darunter liegende Algorithmus sind eine Black Box, welche Videos wie vielen Nutzer*innen angezeigt werden unterliegt nicht nachvollziehbaren Regelungen, und es geht dabei nicht um Qualitätskriterien oder positiv gerichtete Inhalte (wie die Erfolge rechtspopulistischer Parteien oder misogynen Influencer zeigen). TikTok wird besonders für seine Förderung von Filterblasen kritisiert, in dem immer ähnliche Inhalte ausgespielt werden und so das Sehverhalten der Nutzer*innen immer einseitiger wird – im Fall von marginalisierten Gruppen oder widerständigen Diskursen könnte dies aber auch zu einer Art von Gemeinschaftsbildung bzw. zum Angriff auf hegemoniale Diskursmuster führen. Man ist den sozialen Medien also nicht nur passiv ausgeliefert, sondern eine widerständige Nutzung ist möglich: Nutzer*innen sind keine reinen Objekte, die von Medien beeinflusst werden, der ständig präsent, das Denken strukturierende Dualismus (Subjekt/Objekt, gesund/krank) wird durch ein prozessorientiertes Modell von Verknüpfung und Verbundenheit ersetzt (Coleman, 2008).

Es verwundert also nicht, dass auch soziale Bewegungen vermehrt den digitalen Raum und insbesondere TikTok nutzen. Soziale Bewegungen werden dabei definiert als »online and offline networks of (in)formal relationships between individuals, groups, and/or organizations, who share mutual interest or collective identities and mobilize various types of resources (e.g., affect, attention, action, material capital) on the issues that they are advocating« (Abidin und Lee, 2023, S. 16). Durch die partizipative und performative Struktur von TikTok werden mehr User*innen in solche Bewegungen eingebunden, sie finden online Inhalte und erzeugen ihre eigenen; aus unterschiedlichen Stimmen werden durch Stitches und Reaktionsvi-

deos gemeinsame Statements, und es entstehen »ad hoc publics« (Bruns und Burgess, 2011), die sich wieder auflösen oder verfestigen und zu Bewegungen werden. Für Black Lives Matter, die Bewegung #StopAsianHate während der Corona-Pandemie, oder die Sichtbarkeit queerer Jugendlicher war TikTok bereits ein wichtiger Faktor. Die Plattform wird aber keineswegs nur von progressiven Bewegungen genutzt, und rechtspopulistische Parteien und Männlichkeits-Influencer aus der Manosphere gehören zu den populärsten und weitreichendsten Inhalten. Letztendlich sind alle sozialen Medien kapitalistische Plattformen, die von möglichst viel Interaktion leben, egal ob diese auf positiven, informierenden oder negativen, Hass, Gewalt und Falschmeldungen verbreitenden Videos fußen. Bei Diskussionen zu Advocacy und Widerständigkeit auf TikTok muss dieser Rahmen im Blick bleiben, da er einer komplett freien Assoziation bereits bestimmte Barrieren vorgibt. Gleichzeitig fehlt eine tiefgreifende Moderation, und Bestrebungen zur Einschränkung gefährdender Inhalte werden derzeit immer weiter zurückgefahren. Die Plattform bietet also einen digitalen Raum, der aber nicht wertfrei betrachtet werden darf, da er immer unter einer kapitalistischen Verwertungslogik gesehen werden muss. Auch Creator*innen, die sich gegen hegemoniale Gesundheits- und Krankheitsdiskurse äußern, sind somit in einer Plattform gefangen, die genau diese Logiken schon aufgrund ihres Status im kapitalistischen System reproduziert.

Ausblick: Chronische Krankheiten und Mehrgewichtigkeit auf TikTok

Als Fallbeispiele für Gesundheits- und Krankheitsdiskurse auf TikTok sollen Verhandlungen von chronischen, oft unsichtbaren Krankheiten und von Mehrgewichtigkeit dienen. Eine empirische Studie in Form einer multimodalen Diskursanalyse soll als nächster Schritt angedacht werden, um die zugrunde liegenden theoretischen Überlegungen und die Fallauswahl an konkreten Posts auf TikTok zu veranschaulichen.

Chronische Krankheiten bleiben häufig unsichtbar, es erfolgt von außen also eine Zuschreibung von Gesundheit, die zu Problemen im Alltag der Betroffenen führt. Dies zeigt u.a. der Hashtag #youdontlooksick: Dadurch, dass man nicht krank aussieht, werden einem Hilfe- und Unterstützungsleistungen verweigert, man trifft auf Gaslighting seitens medizinischen Personals usw. Es erfolgt häufig eine Psychologisierung von körperlichen Beschwerden, körperliche Symptome werden abgesprochen oder nicht ernst genommen, und man fokussiert sich auf vermeintliche psychische Erkrankungen. Zentral ist auch der Gender-Aspekt: Von Long Covid sind z.B. doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen, von den an ME/CFS erkrankten Personen sind zwei Drittel weiblich. Frauen wurde in früheren Jahrzehnten »Hysterie« diagnostiziert, und weiterhin sind Krankheiten, von denen mehrheitlich Frauen betroffen sind, unterforscht und in der Fördermittelverteilung benachteiligt. Tik-

Toks zu chronischen Krankheiten thematisieren sehr häufig den äußeren Aspekt, der vielleicht nicht krank wirkt, und setzen dem Bild von Krankenhausaufenthalten und Behandlungen entgegen. Die Anerkennung einer Krankheit ist die Voraussetzung für deren Behandlung, der »ärztliche Blick« verweigert diese jedoch. Im digitalen Raum kann eine autonome Selbstpräsentation erfolgen, auch jenseits krankheitsbedingter Einschränkungen. Die Widerständigkeit liegt in der Anerkennung der eigenen Erkrankung, die durch die digitale Performativität möglich wird.

Bei mehrgewichtigen Personen erfolgt von außen eine Zuschreibung von Krankheit, sie werden qua Gewicht als krank klassifiziert und pathologisiert, auch wenn sie gar keine gesundheitlichen Probleme haben. Es gibt eine starke gesellschaftliche Stigmatisierung und Abwertung. Im Gegensatz zur Sichtbarkeit, die Personen mit chronischen Krankheiten einfordern müssen, ist diese für Mehrgewichtige immer gegeben und auch nicht abzulegen. Auch in diesem Fall sind Geschlechteraspekte wichtig, mehrgewichtige Frauen erleben durch die Abweichung von vorgegebenen Schönheitsnormen noch mehr Abwertung als mehrgewichtige Männer. Die Widerständigkeit äußert sich durch eine positive Erfahrung der eigenen Körperlichkeit, die Videos zeigen häufig physische Aktivitäten, die der gesellschaftlich abgewertete Körper durchführt und durchführen kann. Bewegung wird als »gesund« wahrgenommen und soll zeigen, dass auch ein mehrgewichtiger Körper genau diese Anforderung erfüllen kann. Zudem wird so der Blick weg vom (vermeintlich) Defizitären hin zu den Fähigkeiten des eigenen Körpers gelenkt, dem man dadurch mehr Wahrnehmung und positive Aufmerksamkeit schenkt.

Beide Gruppen haben gemeinsam, dass sie negative Erfahrungen mit dem »ärztlichen Blick« und hegemonialen Gesundheits- und Krankheitsdiskursen gemacht haben, und die Autonomie des digitalen Raumes nutzen, um Gegendiskurse zu vervielfältigen. Diese Autonomie steht offline nicht zur Verfügung, aufgrund eigener krankheitsbedingter Einschränkungen, aber auch durch Machtverhältnisse, die eine Teilnahme an und Neubelegung von Diskursen offline nicht gleichberechtigt möglich machen. Diese Neubelegung erfolgt im digitalen Raum performativ, was Voraussetzung für ihre strukturierende Wirkung ist – sie ist nur durch die Wahrnehmung und Erfahrung anderer in einer digitalen Öffentlichkeit erreichbar. Eine Resignifikation von »gesund« und »krank« wird ermöglicht, die – wenn nicht zur Veränderung hegemonialer Diskursmuster – mindestens zu Irritationen und Bewusstseinsbildung führt. Für neuere gesundheitswissenschaftliche Thematisierungen von Gesundheit und Krankheit als Spektrum anstatt als Dichotomie sind solche Umdeutungen und Neuverhandlungen im digitalen Raum zentral; sie bereiten den Weg für einen differenzierten Umgang mit Vorstellungen von gesund und krank und zeigen gleichzeitig die Relevanz einer patient*innenzentrierteren und partizipationsorientierten Gesundheitsversorgung auf.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bengel, J., Strittmatter, R. und Willmann, H. (2001) *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Erweiterte Neuauflage, Band 6. Köln: BZgA. <https://shop.bzga.de/pdf/60606000.pdf> (Zugriff am: 05.11.2024).
- Butler, J. (2006) *Hass spricht: Zur Politik des Performativen*. Berlin: Suhrkamp.
- Bruns A., und Burgess J. (2011) ›The use of Twitter hashtags in the formation of ad hoc publics‹, in Bruns, A. und De Wilde, P. (Hg.) *Proceedings of the 6th European consortium for political research (ECPR) general conference 2011*. The European Consortium for Political Research (ECPR), S. 1–9.
- Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E.L., van der Kaap-Deeder, J., et al. (2014) ›Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures‹, *Motivation and Emotion*, 39(2), S. 216–236. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9450-1>
- Coleman, R. (2008) ›The Becoming of Bodies: Girls, media effects, and body image‹, *Feminist Media Studies*, 8(2), S. 163–179. <https://doi.org/10.1080/14680770801980547>
- Deci, E.L. und Ryan, R.M. (2000) ›The ›what‹ and ›why‹ of goal pursuits: Human needs and the self determination of behavior‹, *Psychological Inquiry*, 11(4), S. 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Domahidi, E. (2018) ›The associations between online media use and users‹ perceived social resources: A meta-analysis‹, *Journal of Computer-Mediated Communication*, 23, S. 181–200. <https://doi.org/10.1093/jcmc/zmy007>
- Foucault, M. (1988) *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.
- Franzkowiak, P. (2022) ›Gesundheits-Krankheits-Kontinuum‹, in Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i026-1.0>
- Glasze, G. und Mattissek, A. (2009) ›Die Hegemonie- und Diskurstheorie von Laclau und Mouffe‹, in Glasze, G. und Mattissek, A. (Hg.) *Handbuch Diskurs und Raum: Theorien und Methoden für die Humangeographie sowie die sozial- und kulturwissenschaftliche Raumforschung*. 2. Aufl. Bielefeld: transcript, S. 153–180. <https://doi.org/10.1515/9783839411551-006>
- Goffmann, I. (1959) *Wir alle spielen Theater: Die Selbstdarstellung im Alltag*. München: Piper.
- Huang, C. (2017) ›Time spent on social network sites and psychological well-being: A meta-analysis‹, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(6), S. 346–354.

- Hurrelmann, K. und Richter, M. (2013) *Gesundheits- und Medizinsoziologie*. 8. überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Koisser, L., Reitzinger, S. und Czipionka, T. (2023) *Einfluss Sozialer Medien auf Gesundheitsverhalten und öffentliche Gesundheit*. Health System Watch 2. <https://ir.ihs.ihs.ac.at/id/eprint/6549/1/hsw-health-system-watch-2-2023-koisser-reitzinger-czipionka-einfluss-sozialer-medien.pdf> (Zugriff am: 27.10.2024).
- Laclau, E. und Mouffe, C. (1991) *Hegemonie und Radikale Demokratie: Zur Dekonstruktion des Marxismus*. Wien: Passagen Verlag.
- Laclau, E. und Mouffe, C. (2001) »Preface to the second edition«, in Laclau, E. und Mouffe, C. (Hg.) *Hegemony and socialist strategy: Towards a radical democratic politics*. London/New York: Verso, S. 7–9.
- Lee, J. und Abidin, C. (2023) »Introduction to the special issue of »TikTok and social movements«, *Social Media + Society*, 9(1). <https://doi.org/10.1177/20563051231157452>
- Liu, D., Ainsworth, S.E. und Baumeister, R.F. (2016) »A meta-analysis of social networking online and social capital«, *Review of General Psychology*, 20(4), S. 369–391. <https://doi.org/10.1037/gpr0000091>
- Meier, A. (2018) »Alles eine Frage der digitalen Autonomie? Die Rolle von Autonomie in der digitalen Kommunikation für psychologische Grundbedürfnisse und psychische Gesundheit im Alltag«, *Medien- und Kommunikationswissenschaft*, 66, S. 407–427. <https://doi.org/10.5771/1615-634X-2018-4-407>
- Moorhead, S.A., Hazlett, D.E., Harrison, L., Carroll, J.K., Irwin, A. und Hoving, C. (2013) »A new dimension of health care: Systematic review of the uses, benefits, and limitations of Social Media for health communication«, *Journal of Medical Internet Research*, 15(4), e85. <https://doi.org/10.2196/jmir.1933>
- Przybylski, A.K. und Weinstein, N. (2017) »A large-scale test of the goldilocks hypothesis: Quantifying the relations between digital-screen use and the mental well-being of adolescents«, *Psychological Science*, 28(2), S. 204–215. <https://doi.org/10.1177/0956797616678438>
- Reinecke, L., Aufenanger, S., Beutel, M.E., Dreier, M., Quiring, O., Stark, B., et al. (2017) »Digital stress over the life span: The effects of communication load and Internet multitasking on perceived stress and psychological health impairments in a German probability sample«, *Media Psychology*, 20(1), S. 90–115. <https://doi.org/10.1080/15213269.2015.1121832>
- Reinecke, L., Meier, A., Aufenanger, S., Beutel, M.E., Dreier, M., Quiring, O., et al. (2018) »Permanently online and permanently procrastinating? The mediating role of Internet use for the effects of trait procrastination on psychological health and well-being«, *New Media & Society*, 20(3), S. 862–880. <https://doi.org/10.1177/1461444816675437>

- Reis, H.T., Sheldon, K.M., Gable, S.L., Roscoe, J. und Ryan, R.M. (2000) ›Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness‹, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), S. 419–435. <https://doi.org/10.1177/0146167200266002>
- Rose, N. (2015) ›Subjekte der Macht bei Judith Butler und Michel Foucault: Machtvolle Diskurse, Subjektivierungen und Widerstand als Ausgangspunkt für eine rassistuskritische Perspektive in der Migrationsforschung‹, in Reuter, J. und Mecheril, P. (Hg.) *Schlüsselwerke der Migrationsforschung: Interkulturelle Studien*. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-02116-0_20
- Ryan, R.M. und Deci, E.L. (2006) ›Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will?‹, *Journal of Personality*, 74(6), S. 1557–1585. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x>
- Singer, M. (1955) ›The Cultural Pattern of Indian Civilization: A preliminary report of a methodological field study‹, *The Journal of Asian Studies* 15 (1), S. 23–36.
- Turner, V. (1988) *The anthropology of performance*. New York: PAJ Publications.
- Turner, V. (1989) *Vom Ritual zum Theater: Der Ernst des menschlichen Spiels*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Volbers, J. (2014) *Performative Kultur: Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-01072-0>
- WHO (1948, 07. April) *Preamble to the Constitution*. World Heath Organisation. <https://www.who.int/about/governance/constitution> (Zugriff am: 30.09.2024).