

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

**Zur Bedeutung der Gesellschaft für die Entwicklung von Essstörungen und
deren Reflektion in Mädchenspezifischen Präventionskonzepten**

Bachelor-Thesis

Vorgelegt von: Annika Discher

Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Frauke Schwarting

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Simon Güntner

Abgabe: Hamburg, den 22. März 2010

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
2. Essstörungen – eine Einführung	3
2.1 Definition und Symptomatik	4
2.1.1 Anorexia nervosa	5
2.1.2 Bulimia nervosa	6
2.1.3 Binge Eating Disorder	8
2.1.4 Essstörungen – eine Sucht?	10
2.2 Verbreitung und Häufigkeit – Sind Essstörungen typisch weiblich?	11
2.3 Erklärungsansätze für Essstörungen	12
2.3.1 Biologisch-genetische Ansätze	13
2.3.2 Psychoanalytische und sozialpsychologische Ansätze	14
2.3.3 Familiendynamische Ansätze	15
2.3.4 Soziokulturelle und gesellschaftliche Ansätze	16
2.4 Zwischenbetrachtung	18
3. Körper durch Gesellschaft? Zur gesellschaftlichen Bedingtheit von Essstörungen	19
3.1 Der Körper – eine Annäherung an eine Begriffsbestimmung	19
3.2 Zur Soziologie des Körpers	21
3.3 Poststrukturalistische Zugänge zum Körper	24
3.3.1 Michel Foucault: Der disziplinierte Körper	25
3.3.2 Judith Butler: Der Geschlechterkörper	27
3.4 Die Bedeutung der Gesellschaft für die Entwicklung von Essstörungen	29
3.4.1 Körperideale als Ausdruck gesellschaftlicher Normierung	30
3.4.2 Die Suche nach Identität in einer individualisierten Gesellschaft	31
3.5 Zwischenbetrachtung	33

4. Mädchenspezifische Präventionskonzepte zum Thema Essstörungen	34
4.1 Prävention in der Sozialen Arbeit	34
4.1.1 Prävention - eine kritische Begriffsklärung	35
4.1.2 Der salutogenetische Ansatz der Gesundheitsförderung	37
4.2 Zur Notwendigkeit eines geschlechtsspezifischen Ansatzes	38
4.3 Mädchenspezifische Konzepte zur Prävention von Essstörungen	39
4.3.1 Programme an Schulen	40
4.3.2 Außerschulische Präventionsarbeit	42
4.4 Zur Berücksichtigung gesellschaftlicher Bedingungsfaktoren von Essstörungen in mädchenstpezifischen Präventionskonzepten	43
5. Schlussbetrachtung	45
Tabellenverzeichnis	46
Literaturverzeichnis	47
Eidesstattliche Erklärung	55

1. Einleitung

Der Körper steht in unserer Gesellschaft im Zentrum eines Strebens nach Anerkennung und Glück, aber auch der Selbstdarstellung und -verwirklichung. Tagtäglich kleiden, frisieren und schmücken wir ihn, lassen uns Tattoos und Piercings anfertigen oder formen den Körper in immer neuen, innovativen Trendsportarten. Der „Körperboom“ unserer Inszenierungs- und Erlebnisgesellschaft, wie Meuser (2002: 19) es umschreibt, macht dabei auch nicht vor weitergehenden Manipulationen am Körper halt: Schönheitsoperationen werden immer selbstverständlicher, der perfekte Körper ist das Ziel. Und obwohl Individualität und Kreativität auf der einen Seite großgeschrieben werden, wird der Rahmen, in dem diese ausgelebt werden können, andererseits immer kleiner. Das Leitbild ist dabei der schöne, attraktive, junge und vor allem schlanke Körper. Lightprodukte und Diätprogramme sollen uns auf dem Weg dahin unterstützen, kaum eine Zeitschrift, die nicht mit der neuesten Diät wirbt. Und so titelt auch der „Stern“ in seiner dritten Ausgabe dieses Jahres: „Endlich schlank“!

Was aber passiert, wenn die Beschäftigung mit dem Körper und dessen Aussehen, Diäten, Essen oder Nicht-Essen zum Lebensmittelpunkt wird? Eine Folge davon könnte die Entwicklung einer Essstörung sein. Unter dem Begriff „Essstörungen“ werden dabei unterschiedliche Krankheitsbilder subsummiert, die hier im folgenden Kapitel detailliert vorgestellt werden sollen. Die drei Hauptformen sind die Magersucht (Anorexia nervosa), die Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) und die Binge Eating Disorder. Insbesondere die Magersucht ist immer wieder Thema in den Medien, fasziniert und verstört zugleich. Sie wird in sogenannten „Pro-Ana-Foren“¹ im Internet verherrlicht und als „Lifestyle“ gelebt, so dass auch die Kleidergröße 0 (Size Zero), die in Deutschland der noch nicht vorhandenen Größe 32 und damit eigentlich den Maßen eines Kindes entspricht, zum Trend werden kann. Die Gründe für das Entstehen von Essstörungen sind dabei vielfältig und natürlich nicht allein durch gesellschaftliche Phänomene wie den skizzierten Schlankeitswahn zu erklären. Trotzdem ist auffällig, dass Essstörungen vor allem in westlichen Industrieländern auftreten, also in Gesellschaften, in denen Nahrung (eigentlich oder gerade?) im Überfluss vorhanden ist (vgl. Ströter 2005: 30). Warum manifestieren sich die Essstörungen also gerade in diesen Gesellschaften? Welche gesellschaftlichen Einflussfaktoren begünstigen die Entwicklung von Essstörungen?

¹ Pro-Ana-Foren glorifizieren die Anorexia nervosa und geben ihren Mitgliedern Tipps und Hinweise, wie sie ihr Gewicht immer weiter reduzieren können. Auch lebensbedrohliche Gesundheitszustände werden als selbstgewählt und erstrebenswert dargestellt. Es gelten strikte Regeln in Bezug auf Essverhalten und Geheimhaltung.

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI), der von 2003 bis 2006 erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erhoben hat, brachte alarmierende Ergebnisse. Mehr als ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 11 bis 17 Jahren zeigen demnach erste Symptome einer Essstörung (vgl. RKI 2007: 795). Es ist daher von großer Wichtigkeit erfolgreiche Präventionskonzepte zum Thema Essstörungen zu entwickeln, um diesem Trend entgegenzuwirken. Hier zeigt sich auch die Relevanz der Thematik für die Soziale Arbeit, die an dieser Aufgabe mitwirken kann. Im Rahmen dieser Arbeit soll jedoch kein umfassendes Konzept zur Prävention erarbeitet werden, wohl aber aufgezeigt werden, wie die zuvor formulierte Frage nach der Bedeutung der Gesellschaft bei der Entstehung von Essstörungen, in Präventionsmaßnahmen Berücksichtigung finden kann. Da der größte Teil der Betroffenen, wie noch auszuführen sein wird, weiblich ist, soll sich dabei auf Mädchenspezifische Präventionsprogramme zu Essstörungen konzentriert werden. Die Fragestellung, die durch diese Ausarbeitung leiten wird, lautet somit zusammengefasst: Welche Bedeutung hat die Gesellschaft für die Entwicklung von Essstörungen und wie kann diese in Mädchenspezifischen Präventionskonzepten reflektiert werden?

Zur Bearbeitung dieser Frage soll zunächst in das Thema Essstörungen eingeführt werden, in dem die bereits genannten Essstörungsformen definiert und die verschiedenen Symptome beschrieben, ihre Verbreitung und Häufigkeit dargestellt sowie Ansätze zu deren Erklärung zusammengefasst werden. Im anschließenden Kapitel wird dann dem ersten Teil der Frage nachgegangen und die gesellschaftliche Bedingtheit von Essstörungen untersucht. Dafür soll der Körper, als der Ort des gestörten Essverhaltens, in den Mittelpunkt gerückt werden. Als Zugang zum Körper werden, nach einem Überblick über soziologische Theorien zum Thema Körper, die poststrukturalistischen Ansätze von Michel Foucault und Judith Butler dienen. So kann dann anschließend mit Hilfe dieser Körperverständnisse die Bedeutung der Gesellschaft für die Entwicklung von Essstörungen herausgearbeitet werden. Die Reflektion dieser Bedeutung ist Inhalt des nachfolgenden Kapitels. Hier wird zunächst eine Begriffsbestimmung von Prävention in der Sozialen Arbeit vorgenommen, um anschließend verschiedene Programme der Essstörungsprävention vorzustellen und schließlich Möglichkeiten zur Berücksichtigung der zuvor erarbeiteten gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren von Essstörungen aufzuzeigen. Den Abschluss bilden dann eine Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse und ein Ausblick auf zukünftige Aufgaben in der Mädchenspezifischen Prävention von Essstörungen.

2. Essstörungen – eine Einführung

„Essen ist eines der Grundbedürfnisse des Menschen und eng mit Gefühlsregungen und sozialen Beziehungen verbunden“ (Reich et al. 2004: 12). So heißt es in der Umgangssprache zum Beispiel, dass jemandem Probleme und Spannungen „auf den Magen schlagen“ oder dass Menschen „Kummerspeck ansetzen“ können. Während dieser Umgang mit dem Essen von vielen Personen mit dem Lösen der jeweiligen Probleme wieder aufgegeben wird, gibt es eine Vielzahl von Menschen, bei denen sich diese und andere Verhaltensmuster zu einem gestörten Essverhalten entwickeln (vgl. ebd.). In der Informationsbroschüre „Essstörungen.. ..was ist das?“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden Essstörungen in diesem Sinne als Versuch beschrieben, „die Nahrungsaufnahme und damit den Körper zu manipulieren. [...] Unbewusst wird dabei versucht, innere Konflikte, hoffnungslos erscheinende Schwierigkeiten und Stress zu bewältigen“ (BZgA 2006: 5). Dieses Kapitel soll der Einführung in den Themenkomplex der Essstörungen dienen.

Historisch betrachtet sind verschiedene Formen von abweichendem Essverhalten seit Jahrhunderten bekannt (vgl. Krüger et al. 2001: 24). So ist zum Beispiel die „Nahrungsverweigerung als zentrales Moment einer magisch-religiösen Praxis [...] ein Bestandteil ganz verschiedener Kulturen und Religionen und trat auch zu allen Zeiten auf“ (Stahr et al. 2007: 9).² Mit Beginn der Neuzeit, im Zuge der sich entwickelnden Medizin, geriet das Phänomen der Nahrungsverweigerung dann als Krankheitssymptom ins Blickfeld (vgl. a.a.O.: 12). So beginnt „der medizinische Diskurs über Essstörungen [...] mit dem Störungsbild der Magersucht“ (Richter 2006: 26). Bereits 1689 schilderte der Arzt Richard Morton in zwei detaillierten Berichten erstmals die Symptome des extremen Fastens aus medizinischer Perspektive. Zeitgleich, und offenbar unabhängig voneinander, beschrieben dann im 19. Jahrhundert der Franzose Ernest-Charles Lasègue (1873) und der Engländer William Gull (1874) die Anorexie und führten sie als nosologische Kategorie ein (vgl. Franke 2001: 356; Richter 2006: 26). Diagnostische Kriterien wurden jedoch erst 1969 von Dally und 1972 von Feighner et al. formuliert. Die Bulimie wurde 1970 von Russel als „verhängnisvolle Variante“ der Anorexie dargestellt, 1979 entwickelte er dann Kriterien zur Abgrenzung der Bulimie als eigenständiges

² Darüber hinaus wurde die Nahrungsverweigerung z.B. auch zu kommerziellen Zwecken auf Jahrmärkten und öffentlichen Plätzen als „Hungerkunst“ präsentiert (vgl. Vandereycken et al. 2003) oder zur Durchsetzung politischer Ziele genutzt (vgl. Stahr et al. 2007: 12).

Krankheitsbild (vgl. Franke 2001: 359; Richter 2006: 28). „Anschließend wurden weitere Formen abweichenden Essverhaltens diskutiert, die danach Eingang in die internationalen diagnostischen Klassifikationssysteme erhielten, wie z.B. die ‚Binge Eating Disorder‘ [...] 1994.“ (Richter 2006: 28)

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels wird nun anhand dieser internationalen Klassifikationssysteme eine Definition der einzelnen Essstörungen vorgenommen und damit ein Überblick über die jeweilige Symptomatik gegeben. Anschließend soll die Verbreitung und Häufigkeit von Essstörungen in den Fokus gerückt und der Frage nachgegangen werden, ob Essstörungen typisch weiblich sind. Der dritte Abschnitt widmet sich dann den unterschiedlichen Erklärungsansätzen für die Entstehung von Essstörungen.

2.1 Definition und Symptomatik

In der aktuellen Auflage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10³ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind Essstörungen im Kapitel F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ aufgeführt. Differenziert wird hierbei zwischen „Anorexia nervosa“ und „Bulimia nervosa“ sowie weniger spezifischen Störungen, wie einer atypischen Anorexia oder Bulimia nervosa, Essattacken oder Erbrechen bei anderen psychischen Störungen und sonstigen Essstörungen (vgl. Richter 2006: 30; WHO 2007). In der neuesten Textrevision des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-IV⁴ der American Psychiatric Association werden die Essstörungen erstmals in einem eigenen Kapitel verortet. Neben Anorexie und Bulimie wird hier noch die Kategorie „nicht näher bezeichnete Essstörung“ verwendet, unter der auch die Binge Eating Disorder erscheint (vgl. Saß 2003). „Die endgültige Aufnahme dieser Störung befindet sich derzeit noch in der Diskussion, entsprechende vorläufige Forschungskriterien als Grundlage für weitere Studien sind im Anhang des DSM-IV formuliert“ (Jacobi et al. 2004: 1). Trotzdem wird die Binge Eating Disorder bereits in der aktuellen Literatur, und auch von der BZgA, neben der Anorexie und der Bulimie, als eine der drei Hauptformen von Essstörungen benannt (vgl. Jacobi et al. 2004; Reich et al. 2004; BZgA 2006; Berger 2008a; Biedert 2008; Zitt 2008). Diese werden nun im Folgenden mit ihren jeweiligen Symptomen anhand ihrer Diagnosekriterien in den angeführten Klassifikationssystemen näher vorgestellt.

³ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th revision

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th revision

2.1.1 Anorexia nervosa

Das Kernmerkmal der Anorexia nervosa ist ein selbst herbeigeführter Gewichtsverlust mit einem daraus resultierenden deutlichen Untergewicht (vgl. Biedert 2008: 14). Irreführend ist dabei, dass der Begriff „Anorexie“ etymologisch fehlendes Verlangen bedeutet. Die Betroffenen leiden jedoch nicht unter einer „nervösen Appetitlosigkeit“, sie beschäftigen sich sogar ständig gedanklich mit dem Thema Essen, aber unterdrücken ihren Hunger, da sie große Angst haben zuzunehmen (vgl. Absenger 2005: 103). Ein Teil der an Anorexie Erkrankten verliert so allein durch eine stark reduzierte Nahrungsaufnahme an Körpergewicht, ein anderer Teil der Betroffenen greift zu weiteren gewichtsreduzierenden Maßnahmen, wie die Einnahme von Abführmitteln und Erbrechen (vgl. Biedert 2008: 11). Die folgende Tabelle fasst die sich weitgehend entsprechenden Diagnosekriterien der ICD-10 und DSM-IV zusammen.

Tabelle 1: Diagnosekriterien für Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
1. Körpergewicht von mindestens 15 % unter dem für Alter und Größe erwarteten Gewicht oder ein BMI ⁵ von 17,5 oder weniger.	A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Größe normalen Gewichts zu halten bzw. zu erreichen, so dass das Gewicht weniger als 85 % des erwarteten beträgt.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung hochkalorischer Speisen, selbst induziertes Erbrechen oder Abführen, den Gebrauch von Medikamenten oder übermäßige körperliche Aktivität.	B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor dick zu werden, trotz des bestehenden Untergewichts.
3. Es besteht eine Körperschemastörung in Form von massiver Angst zu dick zu werden und einer sehr niedrigen persönlichen Gewichtsschwelle.	C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur/des Gewichts, übertriebener Einfluss von Gewicht/Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnung des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Gewichts.
4. Es liegt eine endokrine Störung vor, z.B. bei Frauen Ausbleiben der Menstruation, bei Männern Potenzverlust, Störungen der Insulinsekretion uvm.	D. Das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen bei postmenarchalen Frauen.
	<u>Spezifikation:</u> <i>Restriktiver Typus:</i> Die betroffene Person hat keine regelmäßigen Essanfälle und zeigt kein „Purching“-Verhalten (Erbrechen, Abführen). <i>Binge-Eating/Purching-Typus:</i> Die Person hat regelmäßig auftretende Essanfälle und zeigt Purching-Verhaltensweisen, z.B. Erbrechen.

(Vgl. Jacobi et al. 2004: 4; Tuschen-Caffier et al. 2005: 13 f.; Biedert 2008: 17 f.)

⁵ Der Body-Mass-Index (BMI) ist eine durchaus umstrittene Maßzahl zur Bewertung des Körpergewichts eines Menschen, die sich aus dem Quotienten des Gewichts in kg und der Größe in m zum Quadrat ergibt.

Neben der selbst herbeigeführten Gewichtsabnahme lassen sich also vor allem „die ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme und die verzerrte Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, die das Ausmaß einer Körperschemastörung einnimmt“ (Biedert 2008: 16 f.), als charakteristische Merkmale der Anorexia nervosa herausarbeiten. Als Folge des Gewichtsverlustes und der Mangelernährung kann es zu einer Reihe von biologischen Veränderungen und medizinischen Problemen kommen, z.B. in Form von Herz-Kreislauf- oder Magen-Darm-Erkrankungen. Trotz ihres kritischen Gesundheitszustandes leugnen viele Betroffene die Schwere der Erkrankung (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2005: 13). Diese nicht vorhandene Krankheitseinsicht wird als weiteres Charakteristikum der Magersucht betrachtet und stellt einen wesentlichen Unterschied zu den anderen Essstörungen dar, deren Betroffene ihre Situation als sehr belastend empfinden und sich ihrer psychosomatischen Erkrankung durchaus bewusst sind (vgl. Stahr et al. 2007: 37). Dabei ist die Anorexia nervosa, je nach Schwere der Krankheitssymptome, eine schwerwiegende, teilweise lebensbedrohliche Erkrankung, an deren Folgen 5 - 10 % der Betroffenen sterben⁶ (vgl. Biedert 2008: 15).

2.1.2 Bulimia nervosa

Die Bulimie, aus dem Griechischen für „Stierhunger“ (Absenger 2005: 117), ist gekennzeichnet durch regelmäßig auftretende Essanfälle, während derer die Betroffenen eine relativ große Menge an kalorienreichen, oft als „verboten“ empfundenen Nahrungsmitteln zu sich nehmen (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2005: 9). Die Häufigkeit der Essanfälle variiert zwischen zweimal wöchentlich und mehrmals am Tag. „Zentral ist dabei das Gefühl, mit dem Essen nicht mehr aufhören zu können, beinahe wie unter Zwang vorhandenes Essen zu sich nehmen zu müssen“ (Biedert 2008: 29). Dieser Kontrollverlust stellt nach dem DSM-IV-Diagnoseschlüssel ein diagnostisches Kriterium für die Bulimia nervosa dar, ist aber im Klassifikationssystem der ICD-10 nicht berücksichtigt. Es fehlen außerdem operationale Kriterien, wie Häufigkeit und Dauer, dafür, „ab wann von einem Essanfall gesprochen werden soll bzw. wie häufig Essanfälle und kompensatorische Gegenmaßnahmen vorkommen müssen, damit von einer Essstörung im Sinne der Bulimia nervosa gesprochen werden kann. Auch die Unterscheidung unterschiedlicher Subgruppen [...] fehlt im ICD-10“ (Tuschen-Caffier et al. 2005: 12). Ansonsten entsprechen sich die Diagnosekriterien von ICD-10 und DSM-IV jedoch in den wesentlichen Punkten, wie der folgenden Übersicht entnommen werden kann.

⁶ Zu diesem Thema finden sich unterschiedliche Angaben in der Literatur. Eine aktuelle Längsschnittuntersuchung von Fichter et al. (2006) ermittelte eine Mortalitätsrate von 7,7 %, bei einer Langzeitstudie von Theander aus den 1990er Jahren lag sie nach 33 Jahren sogar bei 18 % (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2005: 18).

Tabelle 2: Diagnosekriterien für Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen und eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln und Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung innerhalb kurzer Zeit konsumiert werden.	A. Wiederholte Episoden von Essanfällen gekennzeichnet durch folgende Merkmale: 1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. 2 Stunden), die erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. 2) Während eines Essanfalls besteht das Gefühl, die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren.
2. Um einer Gewichtszunahme vorzubeugen, werden verschiedene Verhaltensweisen eingesetzt: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten u.a.	B. Wiederholt unangemessenes kompensatorisches Verhalten um einer Gewichtszunahme vorzubeugen, z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige sportliche Betätigung.
3. Krankhafte Furcht davor, dick zu werden; selbst gesetzte Gewichtsgrenze, die weit unter dem als „gesund“ betrachteten Gewicht liegt.	C. Sowohl die Essanfälle als auch die unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen treten drei Monate lang im Durchschnitt mindestens 2 mal pro Woche auf.
4. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen.	D. Die Selbstbewertung wird in übertriebenem Maße von Körperfigur und Gewicht beeinflusst.
	E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa auf.
	<u>Spezifikation:</u> <i>Purging-Typus:</i> Die betroffene Person führt regelmäßig Erbrechen herbei oder missbraucht Abführmittel, Einläufe o.ä. <i>Nicht-Purging-Typus:</i> Die Person setzt zur Gewichtskontrolle exzessiven Sport, Fasten etc., jedoch kein Purging-Verhalten ein.

(Vgl. Jacobi et al. 2004: 6; Tuschen-Caffier et al. 2005: 11 f.; Biedert 2008: 35 f.)

Charakteristisch für die Bulimia nervosa sind regelmäßig durchgeführte Gegenmaßnahmen zu den beschriebenen Essanfällen⁷. „Um die bei einer Essattacke zugeführte Energiemenge zu kompensieren, wenden Menschen mit Bulimia nervosa unangemessene Praktiken zur Gewichtskontrolle an“ (Biedert 2008: 30). Dazu gehören z.B. selbst herbeigeführtes Erbrechen und die Einnahme von Abführmitteln (sogenanntes Purging-Verhalten) sowie striktes Diät-halten, Fasten oder übermäßige körperliche Aktivität (Nicht-Purging-Verhalten) (vgl. ebd.).

⁷ Im Durchschnitt werden bei einem Essanfall ca. 3000 bis 4000 kcal konsumiert, wobei die Kalorienmenge individuell großen Schwankungen unterworfen sein kann. (Vgl. Biedert 2008: 30)

Ein weiteres Merkmal der Bulimia nervosa besteht, ähnlich wie bei der Anorexia nervosa, in der ausgeprägten Sorge um Figur und Gewicht, die die Selbstbewertung der Betroffenen in enormem Ausmaß beeinflusst. „Typischerweise bleibt die Bulimia nervosa über einen langen Zeitraum hinweg unbemerkt, da die Betroffenen – anders als bei der Anorexia nervosa – meist normalgewichtig sind [...] und sie die Essanfälle aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen meist verheimlichen“ (Biedert 2008: 39). „Das exzessive Essverhalten verursacht erhebliche Kosten und führt teilweise zu finanziellen Schwierigkeiten“ (Stahr et al. 2007: 40). Außerdem kommt es durch die Aufnahme der enormen Nahrungsmengen und die Purgings-Verhaltensweisen zu zahlreichen körperlichen Folgeschäden⁸ (vgl. Biedert 2008: 34).

2.1.3 Binge Eating Disorder

Charakteristisch für die Binge Eating Disorder sind regelmäßig auftretende Essanfälle, die als unkontrollierbar erlebt werden und denen keine kompensatorischen Maßnahmen zur Gewichtskontrolle folgen (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2005: 14). Diese Symptome wurden bereits in den 1950er Jahren erstmals beschrieben, jedoch erst in den letzten Jahren genauer erforscht und schließlich 1994 in die Forschungskriterien des DSM-IV wie folgt aufgenommen.

Tabelle 3: Forschungskriterien für die Binge Eating Disorder nach DSM-IV

DSM-IV
A. Wiederholte Episoden von Essanfällen, die durch folgende Kriterien gekennzeichnet sind: 1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z.B. 2 Stunden), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden. 2) Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z.B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was man isst).
B. Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf: - wesentlich schneller essen als normal - essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl - essen großer Mengen ohne hungrig zu sein - nicht in Gesellschaft anderer essen - danach Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle
C. Es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle.
D. Die Essanfälle treten durchschnittlich an mind. 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.
E. Die Essanfälle gehen nicht mit unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z.B. Purgings-Verhalten, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

(Vgl. Jacobi et al. 2004: 9; Tuschen-Caffier et al. 2005: 15 f.; Biedert 2008: 58)

⁸ Z.B. der Abbau des Zahnschmelzes, Verletzungen der Speiseröhre, Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolyt-haushaltes und daraus resultierende weitere gravierende medizinische Probleme in Form von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Nierenfunktionsstörungen. (Vgl. Stahr et al. 2007: 42)

„Als Binge-Eating-Störung werden danach diejenigen Syndrome klassifiziert, bei denen regelmäßige Heißhungeranfälle auftreten, ohne dass die weiteren Kriterien der Anorexia oder Bulimia nervosa erfüllt sind“ (Jacobi et al. 2004: 8). Bezogen auf die Essanfälle sind die Binge Eating Disorder und die Bulimie jedoch durchaus vergleichbar, da die Betroffenen in beiden Fällen darunter leiden, „dass sie sich dem Essen gegenüber ‚ausgeliefert‘ fühlen bzw. keine Kontrolle darüber haben, was und wie viel sie essen“ (Tuschen-Caffier et al. 2005: 15). Auch das Körperkonzept der Betroffenen ist wie bei der Bulimia nervosa negativ gefärbt. Sie „erleben ihren Körper als unförmig, grotesk und ekelerregend“ (Stahr et al. 2007: 44). Im Unterschied zur Bulimie berichten viele Binge Eating Disorder-Patienten aber, „dass sich ihre Essanfälle nicht in einem klar eingrenzbaeren Zeitintervall abspielen, sondern dass sie häufig über mehrere Stunden essen und nicht mehr genau sagen können, wann ein Essanfall aufhörte bzw. der Nächste begann“ (Tuschen-Caffier et al. 2005: 15). Aufgrund der zumeist ausbleibenden kompensatorischen Gegenmaßnahmen sind die meisten Betroffenen übergewichtig, 30 bis 40 % derjenigen, die wegen ihrer Binge Eating-Esstörung eine Behandlung aufsuchen, leiden sogar unter starkem Übergewicht in Form von Adipositas⁹ (vgl. Biedert 2008: 56). Andersherum geht man durch die Auswertung klinischer Stichproben Behandlungssuchender Übergewichtiger davon aus, dass 20 bis 30 % der Menschen mit Adipositas, häufig unbemerkt und unbehandelt, an einer Binge Eating Disorder leiden (vgl. Jacobi et al. 2004: 8; Berger 2008a: 29). Neben der Adipositas leiden die Betroffenen oftmals auch an anderen komorbiden Erkrankungen, wie Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen¹⁰ (vgl. Biedert 2008: 57).

Die Betroffenen der vorgestellten Essstörungen „unterscheiden sich beträchtlich in Erscheinungsbild und Psychodynamik. Gemeinsam ist ihnen jedoch, dass für sie aus dem lebensnotwendigen Bedürfnis des Essens ein Problem mit erheblichen somatischen, psychischen und oft sozialen Konsequenzen erwachsen ist“ (Franke 2001: 356). Bei allen drei Formen von Essstörungen scheint dabei die Beschäftigung mit dem Essen oder Nicht-Essen suchartigen Charakter anzunehmen, was nicht zuletzt auch die Begriffe Magersucht, Ess-Brech- und Esssucht suggerieren. Lassen sich also die Essstörungen den Suchterkrankungen zuordnen?

⁹ Die Adipositas wird über den bereits erläuterten BMI klassifiziert und gilt, wie oft fälschlicherweise angenommen wird, nicht als Essstörung, da ihr grundsätzlich keine psychopathologischen Faktoren zugrunde liegen. Sie ist so weder im DSM-IV noch im ICD-10 als eigenständige Diagnose aufgeführt. (Vgl. Biedert 2008: 56)

¹⁰ Solche komorbiden psychischen Störungen sind auch bei der Anorexie und der Bulimie häufig anzutreffen, sollen hier aber nicht weiter thematisiert werden. (Vgl. Krüger et al. 2001: 35 ff.)

2.1.4 Essstörungen – eine Sucht?

In der Fachliteratur wird immer wieder kontrovers diskutiert, ob es sich bei den Essstörungen um Suchterkrankungen handle oder nicht¹¹, was insbesondere von sozialpolitischer Relevanz im Hinblick auf Angebot und Finanzierung bzw. Kostenübernahme von Beratung und Therapie wäre (vgl. Stahr et al. 2007: 28). „Eine eindeutige Haltung nimmt der Bundesfachverband für Essstörungen (BFE e.V.) ein, der ‚Essstörungen‘ als psychosomatische Erkrankung mit Suchtcharakter betrachtet und sie somit eindeutig von Suchterkrankungen abgrenzt. Für eine Abgrenzung sprechen auch die Zuordnungen innerhalb der Klassifikationssysteme DSM und ICD“ (Richter 2006: 34). Stahr, Barb-Priebe und Schulz (2007: 31) kommen nach einer Analyse der Diskussion zu dieser Thematik zu dem Schluss, dass diese oft sehr uneindeutig sei. Überwiegend werde jedoch dargelegt, dass Essstörungen durchaus Elemente süchtigen Verhaltens aufweisen (vgl. ebd.). Betrachtet man die Kriterien der WHO (2007) für ein Abhängigkeitssyndrom, welche sich auf den Konsum psychoaktiver Substanzen beziehen und damit für Essstörungen natürlich nicht anwendbar sind, lassen sich trotzdem Parallelen herausarbeiten, die deutlich machen, weshalb es zu Uneindeutigkeiten in der Diskussion kommt und Essstörungen teilweise auch als „Sucht“ begriffen werden. Einige dieser Kriterien, wie zum Beispiel das übermächtige Verlangen, die verminderte Kontrollfähigkeit, die fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen oder Interessen sowie die Fortsetzung trotz nachweislich schädlicher Folgen, treffen in unterschiedlichem Maße auch auf die drei Hauptformen der Essstörungen zu. Dabei müsste jedoch geklärt werden, was genau bei der Anorexie, Bulimie und Binge Eating Disorder die Suchtaspekte wären. Ist es das Hochgefühl des Hungerns und der Kontrolle über den eigenen Körper? Die Zufuhr großer Nahrungsmengen oder die Erleichterung über die Kompensation danach? Sicher lassen sich im Verlauf von Essstörungen und Suchterkrankungen, wie zuvor gezeigt, Ähnlichkeiten erkennen, außerdem haben beide „im Kern etwas mit Kontrolle und Kontrollverlust, Selbstwertproblematik und auffälliger Familiendynamik zu tun [siehe 2.3]. Die sich auf diesen Hintergründen ergebenden Krankheitsbilder sind jedoch so unterschiedlich, dass sie eine differenzierte Betrachtung erfordern“ (Franke 2001: 357), wie sie in der in diesem Abschnitt vorgestellten, eigenständigen Klassifikation der Essstörungen vorgenommen wird.

¹¹ Die teilweise vorgenommene Subsummierung der Essstörungen unter die Suchterkrankungen stellt eine Besonderheit der deutschen Diskussion dar. Der primäre Grund für diese Entwicklung liegt darin, dass in Deutschland lange ein adäquates Versorgungsangebot für essgestörte Menschen fehlte und als erstes Einrichtungen der Suchthilfe die somatische und psychische Situation der Betroffenen ernst nahmen. Dies beeinflusste natürlich auch die ätiologische Diskussion. (Vgl. Franke 2001: 356 f.)

2.2 Verbreitung und Häufigkeit – Sind Essstörungen typisch weiblich?

Nach dem vorangegangenen Blick auf die Symptomatik der Essstörungen, soll nun in diesem Abschnitt die Verbreitung und Häufigkeit von Essstörungen näher betrachtet werden. Wer leidet eigentlich an den beschriebenen Krankheitsbildern? Wie viele Menschen sind tatsächlich betroffen? Und sind Essstörungen wirklich typisch weiblich?

„Das Risiko für Essstörungen ist in der Bevölkerung keinesfalls gleich verteilt“ (Franke 2001: 357), es wird besonders durch die Variablen Geschlecht und Alter determiniert. Nach wie vor sind vor allem Mädchen¹² und junge Frauen von diesen Erkrankungen betroffen (vgl. ebd.).

„Das Durchschnittsalter für das Auftreten der drei verschiedenen Essstörungen ist unterschiedlich. So tritt die Anorexia nervosa im Durchschnitt mit ca. siebzehn Jahren erstmals auf, wobei zwei Erkrankungsgipfel bei einem Alter von vierzehn und achtzehn Jahren identifiziert werden konnten“ (Tuschen-Caffier et al. 2005: 17). Der Altersbereich für die Entwicklung einer Anorexia nervosa lässt sich dementsprechend bei 14 bis 24 Jahren ansetzen (vgl. Franke 2001: 358). „Im Vergleich dazu liegt der durchschnittliche Krankheitsbeginn der Bulimia nervosa einige Jahre später, nämlich bei ca. 22 Jahren (Tuschen-Caffier et al. 2005: 17). Dabei treten die meisten Ersterkrankungen zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr, aber auch noch oft im dritten Lebensjahrzehnt auf, so dass sich dieser Durchschnittswert ergibt (vgl. RKI 2007: 794). „Auch die ‚Binge-Eating‘-Störung setzt typischerweise in der späten Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter ein“ (Tuschen-Caffier et al. 2005: 17), es liegen jedoch noch wenige repräsentative Untersuchungen für diese Essstörung vor (vgl. ebd.).

Die Essstörungen zählen dabei im Kindes- und vor allem Jugendalter zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen (vgl. RKI 2007: 794). Für die Gesamtbevölkerung wird die Prävalenzrate der Anorexia nervosa in der Literatur übereinstimmend mit 0,5 bis 1 % und der Bulimia nervosa mit 1 bis 3 % angegeben (vgl. Franke 2001: 358; Tuschen-Caffier et al. 2005: 14; Biedert 2008: 13 ff. u.a.). „Bei der ‚Binge-Eating‘-Störung konnten verschiedene Studien Prävalenzen von 0,7 bis 4,6 % zeigen“ (Tuschen-Caffier et al. 2005: 17). Darüber hinaus zeigen Jacobi, Paul und Thiel (2004: 10) auf, dass eine Vielzahl epidemiologischer Studien herausgefunden haben, dass Symptome gestörten Essverhaltens, wie z.B. Unzufriedenheit mit Figur und Gewicht, das Durchführen von Diäten, aber auch Heißhungeranfälle oder Erbrechen, in der Normalbevölkerung relativ weit verbreitete Phänomene darstellen. Auch

¹² „Die Anorexia nervosa wird schon bei Kindern um das achte Lebensjahr herum beobachtet, während die Bulimia nervosa nur selten unter 12 Jahren auftritt. Eine Binge-Eating-Störung kann schon bei adipösen Kindern im Vorschulalter diagnostiziert werden.“ (Herpertz-Dahlmann et al. 2005: 250)

die in der Einleitung bereits angeführte KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts weist nach, dass weitaus mehr Kinder und Jugendliche, als die tatsächlich an Essstörungen erkrankten, Symptome einer Essstörung zeigen. Erwartungsgemäß liegt dabei der Anteil der Mädchen signifikant höher als der der Jungen. Mit gut 15 % aller untersuchten Personen zeigen aber auch viele Jungen ein auffälliges Essverhalten (vgl. RKI 2007: 795).

Wie stellt sich nun das Verhältnis der weiblichen und männlichen Betroffenen von Essstörungen dar? Wie bereits zu Beginn dieses Abschnitts beschrieben, treten Essstörungen überwiegend in der weiblichen Bevölkerung auf. So sind etwa 90 % der an Anorexie Erkrankten und 85 % der BulimikerInnen weiblichen Geschlechts. Im Gegensatz dazu ist das Verhältnis bei der Binge Eating Disorder ausgeglichener, hier sind circa 60 % der Betroffenen weiblich (vgl. Biedert 2008: 14, 33, 55). Dabei sollte man sich bewusst machen, dass es Männern oft schwer fällt sich aufgrund psychischer Probleme in Behandlung zu begeben, gerade wenn es sich um weiblich konnotierte Erkrankungen wie die Essstörungen handelt und die aufgeführten Zahlen auch unter dieser Prämisse betrachten (vgl. Stahr et al. 2007: 49). Hinzu kommt, dass die im zweiten Kapitel im Fokus stehenden gesellschaftlichen Entwicklungen, z.B. in Form von Individualisierungstendenzen, großen Einfluss auch auf die männliche Bevölkerung haben. „Die damit einhergehenden veränderten Körperideale von Männern [...] machen deutlich, dass sich Essstörungen in Zukunft auch bei Männern als ein ernst zu nehmendes Krankheitsbild mit einer Zunahme der Häufigkeit erweisen werden“ (a.a.O.: 48). Nichtsdestotrotz lässt sich abschließend jedoch feststellen, dass Essstörungen, insbesondere die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa, ein typisch weibliches Phänomen sind. Nun drängt sich natürlich die Frage auf, warum besonders Frauen von der Problematik der Essstörungen betroffen sind. Außerdem scheinen die Herausforderungen der Adoleszenz die Entwicklung von Essstörungen zu begünstigen, oder weshalb manifestieren sie sich gerade im Jugendalter? Diesen und anderen Fragen soll im nächsten Abschnitt mit einem Überblick über die unterschiedlichen Erklärungsansätze für Essstörungen nachgegangen werden.

2.3 Erklärungsansätze für Essstörungen

„Essstörungen sind in keinem Fall auf nur eine Ursache zurückzuführen, darüber ist sich heute die Forschung einig [...]. Moderne Vorstellungen schließen gesellschaftliche, soziokulturelle, familiendynamische und persönlichkeitspezifische Faktoren ein“ (Stahr et al. 2007: 53). Bevor im folgenden Kapitel genauer auf den Einfluss der Gesellschaft eingegangen wird, soll zunächst in die einzelnen Erklärungsansätze für die Entstehung von Essstörungen

eingeführt werden. Dabei wird mit den biologisch-genetischen Ansätzen begonnen und über die psychoanalytischen und sozialpsychologischen sowie die familiendynamischen Ansätze, werden schließlich die soziokulturellen und gesellschaftlichen Ansätze erreicht.

2.3.1 Biologisch-genetische Ansätze

In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass eine genetische Prädisposition die Anfälligkeit für Essstörungen erhöhen könnte (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2005: 18 f.; Zitt 2008: 181 f.). Zugrundegelegt werden dabei Daten aus der Zwillingsforschung und Untersuchungen zur Krankheitshäufigkeit bei nahen Verwandten von Betroffenen. „Systematische Familienstudien zeigen, dass die Prävalenz von Essstörungen bei Familienmitgliedern magersüchtiger und bulimischer Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen um das 7- bis 12-fache erhöht ist“ (Herpertz-Dahlmann et al. 2005: 255). Anzumerken ist, dass die verschiedenen Untersuchungen doch recht unterschiedliche Befunde¹³ ergeben und gerade die Zwillingsstudien kontrovers diskutiert werden, da sie oftmals nur mit einer sehr geringen Anzahl an Zwillingspaaren durchgeführt werden und so nur schwer verallgemeinerbar sind. Außerdem zeigen Erfahrungen der Sozialisationsforschung, dass für die in diesen Studien postulierten Zusammenhänge ebenso sozial bedingte Ursachen herangezogen werden könnten (vgl. Stahr et al. 2007: 55).

„Neben der Zwillingsforschung werden genetische Einflüsse in den letzten Jahren in einer ständig wachsenden Zahl von molekularbiologischen Studien untersucht“ (Jacobi et al. 2004: 30), diese konnten bisher aber keine konsistenten Effekte für die Entstehung von Essstörungen nachweisen (vgl. ebd.). Auch die Hirnforschung versucht Hinweise auf biologische Ursachen von Essstörungen zu geben, ihre Ergebnisse gehen jedoch zum Teil sehr weit auseinander. So ergeben sich aus neueren Forschungen über die Funktion des Hypothalamus bei essgestörten Patientinnen und Patienten zwei Modelle: „Das eine Modell beruht auf der Ähnlichkeit neuroendokriner Veränderungen wie sie auch bei Depressionen festgestellt wurden“ (Stahr et al. 2007: 56). In einem anderen Modell werden Essstörungen auf die gestörte Neuroregulation von Hunger und Sättigung z.B. durch Neurotransmitter wie Serotonin zurückgeführt (vgl. ebd.). Dabei weisen Stahr, Barb-Priebe und Schulz (2007: 57) darauf hin, dass Hormone, wie das Serotonin, als Reaktion auf Außenreize ausgeschüttet werden und hier so indirekt auch soziale Faktoren eine Rolle spielen. „Interpretieren wir Essstörungen als

¹³ Z.B. variieren die Konkordanzraten, also die Wahrscheinlichkeit eines Zwillings ebenfalls zu erkranken, bei der Bulimia nervosa zwischen 28 und 83 %, teilweise konnte gar keine Korrelation festgestellt werden. Auch bei der Anorexie schwanken die Zahlen zwischen 0 und 85 % (vgl. Jacobi et al. 2004: 30; Tuschen-Caffier et al. 2005: 19)

ein komplexes Zusammenwirken körperlicher und Umweltfaktoren, die sich gegenseitig beeinflussen und verstärken, so wird die Prozesshaftigkeit und die entscheidende Bedeutung sozialer Erfahrungen für die Entstehung von Essstörungen deutlich“ (Stahr et al. 2007: 57).

2.3.2 Psychoanalytische und sozialpsychologische Ansätze

„Unter den Autorinnen und Autoren, die sich mit der Frage nach psychischen und sozialen Ursachen von Essstörungen befassen, gibt es kaum Vertreterinnen oder Vertreter, die nicht auf psychoanalytisch bzw. sozialpsychologisch orientierte Modelle der Persönlichkeitsentwicklung Bezug nehmen“ (Stahr et al. 2007: 57). Diese Ansätze beziehen sich zumeist auf die Objektbeziehungstheorie der Psychoanalyse, in der die Interaktionsbeziehungen der frühen Kindheit als entscheidende Grundlage für die Entwicklung der Geschlechtsidentität und die weitere emotionale und psychisch-körperliche Entwicklung des Menschen angesehen werden (vgl. a.a.O.: 58). Dabei werden für die Genese von Essstörungen z.B. die Nichtbeachtung oder Fehlinterpretation der Körperreaktionen und Bedürfnisse des Kindes, die fehlende Unterstützung der Autonomie- und Unabhängigkeitsbestrebungen sowie Probleme mit der Aneignung einer weiblichen Körper- und Geschlechtsidentität thematisiert (vgl. ebd.).¹⁴

Stahr, Barb-Priebe und Schulz (2007: 59) weisen darauf hin, dass es in der Kindheit von Essgestörten meist keinerlei Hinweise auf grobe Vernachlässigung, Zurückweisung oder Mangel an Zuwendung gäbe, das Problem sei viel subtiler. „Kann die Mutter die wirklichen Empfindungen des Kindes nicht erfassen und reagiert sie häufig inadäquat – reagiert z.B. mit Füttern, wenn das Kind eigentlich emotionale Zuwendung und Aufmerksamkeit braucht, lernt dieses nur unzureichend, eigene Körperreize und Bedürfnisse zu differenzieren“ (ebd.). Das Kind könne so nicht lernen seine verschiedenen Bedürfnisseebenen eindeutig zu unterscheiden und eventuell im Erwachsenenleben ebenfalls Probleme bekommen, seine Körperempfindungen zu verstehen. „Empirische Untersuchungen belegen solche Körperwahrnehmungsstörungen. Bulimikerinnen beispielsweise beschreiben, dass sie im Vorfeld von Heißhungerattacken häufig unter unangenehmen Gefühls- und Spannungszuständen leiden, die beim Auslösen einer Attacke eine große Rolle spielen“ (ebd.). Außerdem könne eine nicht gelungene Ablösung und eine nicht ausgelebte Aggression gegen die Mutter zu einer ausgeprägten Selbstwertproblematik sowie zu frühkindlichen Störungen in der Entwicklung der Geschlechtsidentität führen, die wiederum Ursache für Essstörungen sein könnten (vgl. Stahr et al. 2007: 61).

¹⁴ Diskutiert werden außerdem die Abspaltung und Ablehnung des bedürftigen, hungrigen Selbst, die schizoide Spaltung des Ichs in ein „zentrales inneres Ich“ und ein „äußeres Körper-Ich“ des Kindes oder ein zu früh vollzogener Objektwechsel und die Zerstörung des basalen Gefühls von Sicherheit. (Vgl. Stahr et al. 2007: 58)

Helfferrich (1994) betrachtet Essstörungen, insbesondere die Anorexie, aus einem jugendsoziologischen Blickwinkel, in dem sie nach der symbolischen Bedeutung der Erkrankungen fragt. In ihren Augen kommt „nicht nur der Nahrung [...] eine wichtige Symbolisierungsfunktion zu, sondern auch dem Gewichtsstatus als Dicksein oder Magerkeit“ (Helfferrich 1994: 147). Bei Mädchen mit anorektischen Verhaltensweisen in der Adoleszenz¹⁵ äußere sich diese Symbolik in folgenden psychodynamischen Aspekten, denen eine „Funktionalität der exzessiven Körperkontrolle“ (a.a.O.: 151) zugrunde liege. So könne Magersucht als Abwehr (sexueller) Triebimpulse und zur Stilllegung der bedrohlich erscheinenden Körperveränderungen dienen. Darüber hinaus könne das Fasten als Leistung der Selbstkontrolle und damit als ein Gefühl der Überlegenheit empfunden werden. Gleichzeitig habe dieses Essverhalten eine aggressive Implikation und stehe für einen Machtkampf mit den Eltern (vgl. a.a.O.: 152 f.). Mit diesem Kampf, vor allem um Identität und Autonomie, in den betroffenen Familien, beschäftigen sich auch die familiendynamischen Erklärungsansätze für Essstörungen.

2.3.3 Familiendynamische Ansätze

Auf die Rolle der Familie und ihre Bedeutung für die Anorexia nervosa wurde bereits erstmals in den 1970er Jahren hingewiesen (vgl. Jacobi et al. 2004: 24). Auch „aktuellere Befunde aus Querschnittsuntersuchungen finden durchaus Hinweise für gestörte familiäre Interaktionsmuster und Kommunikation (z.B. geringer elterlicher Kontakt, hohe Erwartungen der Eltern, geringe Kohäsion, geringer affektiver Ausdruck) und einen unsicheren Bindungsstil bei anorektischen und bulimischen Patientinnen sowie auch bei Patienten mit Binge-Eating-Störungen“ (ebd.). Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei „um unspezifische Faktoren handelt, da gestörte familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster bei verschiedenen psychischen Störungen beobachtet werden“ (ebd.).

Dem essensbezogenen Verhalten der Eltern und ihrer Einstellung gegenüber Figur und Gewicht scheint eine besondere Bedeutung zuzukommen (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2005: 22; Zitt 2008: 183). „So zeigen Mütter von Töchtern mit gestörtem Essverhalten häufig selbst ein gestörtes Essverhalten und haben eine problematische Einstellung gegenüber der Figur bzw. dem Gewicht ihrer Töchter“ (Tuschen-Caffier et al. 2005: 22). Die Ausbildung einer Essstörungsproblematik erfolgt dabei möglicherweise in Wechselwirkung zwischen elterlichem

¹⁵ Der Begriff der Adoleszenz, als Übergang zwischen Kindheit und Erwachsensein, wird weiter gefasst als der Jugendbegriff. Er impliziert eine bestimmte Qualität dieser Übergangsphase in Form von psychischen, kognitiven und sozialen Integrations- und Entwicklungsprozessen. (Vgl. King 2000: 42)

Esstil und anderen Merkmalen des elterlichen Verhaltens wie z.B. Überbehütung (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2005: 22). Überfürsorge der Eltern, Konfliktunfähigkeit und gleichzeitige Unterdrückung von Individualität und Eigenständigkeit der Kinder kennzeichnen nach Stahr, Barb-Priebe und Schulz (2007: 65) vor allem die sogenannte Magersuchtsfamilie. „Oberflächlich entsteht oft der Eindruck einer harmonischen, gut funktionierenden Familie, tatsächlich herrscht jedoch eine starke Abhängigkeit und ein Mangel an Privatheit, was die Persönlichkeitsentwicklung und Autonomie des einzelnen Individuums stark einschränkt“ (Stahr et al. 2007: 63). Die Kontrolle des Körpers, seine Bekämpfung durch Nahrungsmittelentzug, biete die Möglichkeit der Kontrolle der Eltern zu entkommen (vgl. a.a.O.: 65). „Auch die Herkunftsfamilien von Bulimikerinnen erscheinen wie geschlossene Systeme, in denen jede Veränderung als bedrohlich erlebt wird“ (a.a.O.: 66). Die Beziehungen in jenen Familien seien eher konfliktreich und führten in eine dauerhafte Abhängigkeit von Werten und Urteilen anderer (vgl. ebd.). Bei der Binge Eating Disorder sind ebenfalls familiendynamische Aspekte von Bedeutung. Hier spielt die Nahrung eine große Rolle in der Familie „und hat in der Interaktion einen hohen emotionalen Wert, steht für Liebe, Sicherheit und Zufriedenheit“ (ebd.). Ebenso wie bei den anderen Essstörungen bestehen erhöhte Anforderungen an die Kinder, deren Übergewicht als „Schutz gegen die überhöhten Anforderungen durch die Eltern“ (a.a.O.: 67) angesehen werden kann. Essstörungen können aber nicht allein als „interpersonale Probleme innerhalb eines dysfunktionalen Familienkontextes“ (Richter 2006: 47) verstanden werden, denn die Betroffenen und ihre Familien werden immer auch von soziokulturellen bzw. gesellschaftlichen Herausforderungen beeinflusst.

2.3.4 Soziokulturelle und gesellschaftliche Ansätze

Bei den soziokulturellen Erklärungsansätzen für Essstörungen können feministische und kulturtheoretische Modelle unterschieden werden (vgl. Richter 2006: 47). „Die feministischen Erklärungsansätze gehen davon aus, dass die Symptomatik der ‚Essstörung‘ als Bewältigungsverhalten von Mädchen und Frauen gegenüber den widersprüchlichen Erwartungen an Weiblichkeit zu sehen ist“ (ebd.). Essstörungen werden „als Ausdruck der Rebellion gegen die Zurücksetzungen und die Machtlosigkeit von Frauen, gegen ein patriarchal definiertes Frauenbild, gegen eine sexistische Kultur und eine perfektionistische und ambivalente Frauenrolle definiert“ (Stahr et al. 2007: 68). Die feministischen Wissenschaftlerinnen lösten sich in ihren Erklärungsmodellen für Essstörungen damit „aus der traditionellen Perspektive des passiven Erleidens von Essstörungen und der einseitigen Schuldzuweisung an Frauen

und Mütter“ (Stahr et al. 2007: 69), wie sie z.B. in den psychoanalytischen Ansätzen vorgenommen wird. Orbach (1991) stellt in ihrem viel beachteten Anti-Diät-Buch die Ausgangsposition des feministischen Ansatzes wie folgt dar: „Als Feministinnen haben wir gelernt, dass Handlungen, die selbstzerstörerisch zu sein scheinen, sich fast immer als eine Art der Anpassung erweisen, als Versuch, mit der Welt zurechtzukommen“ (Orbach 1991: 8). Essgestörtes Verhalten wird so als „der Versuch einer aktiven [...] Auseinandersetzung mit der Umwelt begriffen“ (Stahr et al. 2007: 69). Dies setzt ein Menschenbild voraus, in dem Frauen als handelnde Subjekte begriffen und Krankheiten nicht als Summen körperlicher Defizite, sondern als Bewältigungsformen sozialstruktureller Konflikte interpretiert werden (vgl. ebd.). „In feministisch-sozialhistorischer Analyse wird die Entwicklung von Essstörungen bei Frauen insgesamt als Ausdruck konflikthafter gesellschaftsstruktureller Veränderungen angesehen“ (ebd.). Dieser Ansatzpunkt findet sich ebenfalls bei den kulturtheoretischen Erklärungsmodellen, in denen Essstörungen vor dem Hintergrund des komplexen gesellschaftlichen Wandels betrachtet werden (vgl. Richter 2006: 47). Die Essstörungen werden hier als eine „kulturell etablierte und bekannte Form des Normverstoßes“ (Stahr et al. 2007: 68) definiert. Folgt man den Analysen von Habermas (1990: 123), so bieten Essstörungen, insbesondere die Bulimie, Frauen ein Ventil dafür, mit den normativen Erwartungen des gesellschaftlich vermittelten Frauenbildes umzugehen¹⁶. Dabei handele es sich um ein abweichendes, jedoch kulturell akzeptiertes Verhalten innere Konflikte zum Ausdruck zu bringen, denn „je mehr die Nahrung ihre ursprüngliche Bedeutung, nämlich den Hunger zu stillen, verloren hat, desto mehr wurde die Nahrungsaufnahme im Laufe des Zivilisationsprozesses zu einem Instrument der Affektbefriedigung und Körperkontrolle“ (Stahr et al. 2007: 74). „Das heutige Schönheitsideal vom schlanken, sportlichen Körper, das im feministischen Diskurs Produkt eines dominanten männlichen Frauenbildes ist und als zentrale gesellschaftliche Ursache für Essstörungen bei Frauen gilt“ (ebd.), wird als Ausdruck eines komplexen kulturhistorischen Wandels gesehen, der zum „normierten Selbstzwang bei der Nahrungsaufnahme geführt hat“ (ebd.). Solche Schönheits- und Körperideale sowie die Auswirkungen einer individualisierten Gesellschaft auf die Identitätsbildung stehen im Mittelpunkt der Ausführungen zur gesellschaftlichen Bedingtheit von Essstörungen im nächsten Kapitel. Dort soll der Einfluss der Gesellschaft auf die Entwicklung von Essstörungen nochmals genauer analysiert werden.

¹⁶ Mit dieser Interpretation von Essstörungen schließt Habermas an den kultur- und zivilisationstheoretischen Ansatz von Elias an, der davon ausgeht, dass Menschen über den Umgang mit Nahrung, Essen, Körper und Kleidung Verhaltensstandards entwickeln, die den Umgang miteinander regeln. (Vgl. Stahr et al. 2007: 74)

Neben den bisher genannten Einflussfaktoren auf Essstörungen stellen Leistungsorientierung und Perfektionismus, ein niedriges Selbstwertgefühl, gezügeltes Essverhalten sowie sexuell traumatische Erlebnisse¹⁷ weitere Risikofaktoren für die Entwicklung einer Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Binge Eating Disorder dar (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2005: 22 f.).

Insgesamt erscheint die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen als ein multifaktorielles Geschehen der verschiedenen vorgestellten Einflüsse. Ein Kernmerkmal ist dabei die überhöhte Bedeutung der Figur bzw. des Körpergewichts für die Betroffenen. Oftmals kommt dann belastenden Lebensereignissen oder Lebensphasen eine Funktion der Auslösung von Essstörungssymptomen zu (vgl. a.a.O.: 25).

2.4 Zwischenbetrachtung

Magersucht, Bulimie und Binge Eating-Störung sind schwer wiegende psychosomatische Erkrankungen, die gekennzeichnet sind durch Hungern und den Wunsch nach extremer Schlankheit, Heißhungeranfälle mit anschließenden gewichtsregulierenden Maßnahmen und Essanfälle ohne solche Maßnahmen. Diese Essstörungen entwickeln sich, wie zuvor gezeigt, aus einem Zusammenspiel von biologischen, psychischen, familiendynamischen und gesellschaftlichen Einflüssen. Besonders betroffen sind dabei junge Frauen in der Adoleszenz. Der Körper wird bei ihnen zum Austragungsort einer Auseinandersetzung mit sich selbst und auch mit der Gesellschaft. Flaake und King (1995: 13) zeigen auf, dass die Wahrnehmung der Körperlichkeit und die subjektiven Interpretationen des Körper- und Geschlechterlebens in der weiblichen Adoleszenz untrennbar verflochten sind mit der Wahrnehmung und Interpretation der kulturellen Geschlechtsrollenvorgaben. So sei die Adoleszenz vor allem durch die Verarbeitung gesellschaftlicher Anforderungen und der Suche nach der eigenen Identität gekennzeichnet (vgl. a.a.O.: 14). Daher wird im nun folgenden Kapitel, nach dem eher medizinisch-pathologischen Blick in diesem, ein sozialwissenschaftlicher Blickwinkel eingenommen, der sich mit der Bedeutung der Gesellschaft für den Körper und für die Entwicklung von Essstörungen befassen wird. Wie genau prägt eigentlich die Gesellschaft unseren Körper und unsere Vorstellungen von ihm?

¹⁷ Es gibt bisher erst wenige Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Essstörungen und sexuell traumatischen Erlebnissen. „Jedoch wird sowohl von feministischen Wissenschaftlerinnen, die sich mit der Situation des sexuellen Missbrauchs beschäftigen, als auch von Therapeutinnen essgestörter Mädchen und Frauen ein solcher Zusammenhang immer wieder bestätigt“ (Stahr et al. 2007: 72). Es sei aber darauf hingewiesen, „dass sexuelle Traumata generell das Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen erhöhen und damit auch zur Entwicklung von Essstörungen beitragen können, dass sie aber keinen spezifischen Risikofaktor für Essstörungen darstellen.“ (Tuschen-Caffier et al. 2005: 22)

3. Körper durch Gesellschaft? Zur gesellschaftlichen Bedingtheit von Essstörungen

Der Körper, und vor allem sein Aussehen und sein Gewicht, stehen im Mittelpunkt der alltäglichen Handlungen und Gedanken von Menschen mit einer Essstörung. Deshalb wird nun auch in diesem Kapitel der Körper in den Fokus der Bearbeitung gestellt und so mit Hilfe ausgewählter sozialwissenschaftlicher Aspekte zur Körperthematik der Frage danach, welche Bedeutung die Gesellschaft für die Entwicklung von Essstörungen hat, nochmals genauer auf den Grund gegangen. Zunächst wird dafür eine Annäherung an eine Begriffsbestimmung des Körpers vorgenommen und anschließend ein kurzer Einblick in die Soziologie des Körpers gegeben, bevor in Auszügen die Theorien von Michel Foucault und Judith Butler vorgestellt werden sollen. Beide gehen davon aus, dass der Körper durch sogenannte Diskurse¹⁸ gesellschaftlich konstruiert wird, also erst *durch* die Gesellschaft zu dem wird, was er ist bzw. als was er wahrgenommen wird. Im Anschluss daran soll die Bedeutung gesellschaftlicher Diskurse für die Entwicklung von Essstörungen am Beispiel von Körper- und Schlankeitsidealen sowie der Suche nach Identität herausgearbeitet werden.

3.1 Der Körper – eine Annäherung an eine Begriffsbestimmung

Um eine Begriffsbestimmung des Körpers vorzunehmen, scheint es zunächst naheliegend zu sein, sich die Frage danach zu stellen, *was* der Körper ist. So eine ontologische¹⁹ Annäherung an den Körper lässt uns diesen als „materiellen Gegenstand“ (Schroer 2005: 24) kennzeichnen, der sich als eine „gegenüber seiner Umwelt abgeschlossene Einheit“ (a.a.O.: 25) präsentiert. Entsprechend führt Krüger-Fürhoff (2005: 66) den Begriff des Körpers zunächst als ein Verständnis von einem „wahrnehmbaren Gegenstand“, beziehungsweise als „die begrenzte Menge eines bestimmten Stoffes“ ein, mit dem meist jedoch „Gestalt und materielle Erscheinung eines Lebewesens“ (ebd.) gemeint seien. Dabei scheint es sich im Rahmen dieser Betrachtung des Körpers um einen Gegenstand zu handeln, der Natürlichkeit und Unveränderlichkeit impliziert (vgl. Jäger 2004: 23) und auf diese Weise als determinierbar zu begreifen ist. Dies mag dem Umstand Rechnung tragen, dass die Körperthematik lange Zeit nur Eingang in die Naturwissenschaften erhalten hat (vgl. ebd.).

¹⁸ „Diskurse sind Systeme des Denkens und Sprechens, die das, was wir von der Welt wahrnehmen, konstituieren, indem sie die Art und Weise der Wahrnehmung prägen“ (Villa 2003: 20). Mehr dazu in Abschnitt 3.3.

¹⁹ Die Ontologie ist die Lehre vom Sein und bezieht sich innerhalb dieses Kontextes auf die Ordnungs-, Begriffs- und Wesensbestimmungen von Dingen. (Vgl. Duden (2005): Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl.)

Im Rahmen einer sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Körper ist es aber auch und vor allem von Relevanz, sich die Frage zu stellen, *wie* der Körper gesellschaftlich wahrgenommen wird. Innerhalb dieses Kontextes können Körper verstanden werden als „die physische und psychosexuelle Konstruktion des Menschen [...], eine Konstruktion, die außerhalb diskursiver und sozialer Kontexte weder existiert noch wahrgenommen werden kann“ (Krüger-Fürhoff 2005: 66). Diese Begriffsannäherung impliziert also keine biologische Komponente, sondern weist vielmehr auf die Bedeutung kultureller Überformungen hin. Wie die als natürlich gesehene Seite des Körpers in unserer Gesellschaft wahrgenommen wird, ist abhängig von Kultur und Historie. Körperbilder differieren nicht nur in den verschiedenen Kulturen, auch innerhalb eines Kulturkreises verändern sich Bilder vom bzw. über den Körper im Laufe des historischen Wandels, so dass alles, was wir mit unserem Körper tun oder wie wir unseren Körper bewerten, geprägt ist von der Gesellschaft, in der wir leben (vgl. Gugutzer 2004: 5). Der Körper kann so betrachtet werden als ein Produkt der Gesellschaft (vgl. a.a.O.: 6). Gleichzeitig fungieren unsere Körper aber auch als Produzenten von gesellschaftlichen Phänomenen (vgl. ebd.). Denn „insofern soziale Wirklichkeit aus sozialem Handeln resultiert und soziales Handeln immer körperliches Handeln ist, tragen körperliche Handlungen zur Konstruktion sozialer Wirklichkeit bei“ (Gugutzer 2004: 6 f.).

Dem Agieren des Körpers in der Gesellschaft kommt also eine gewichtige Bedeutung zu, wobei der (ver)gesellschaftlich(t)e Körper immer von zwei Seiten betrachtet werden sollte. Das Augenmerk sei dabei auf die Wechselbeziehung beider Komponenten gerichtet: Körper konstituieren sich über die Gesellschaft und die Gesellschaft konstituiert sich über die Körper der Individuen. Diese konstruktivistische Annäherung an den Körper, darauf sei an dieser Stelle hinzuweisen, vernachlässigt jedoch, dass Körper auch Orte der Erfahrung sind. Phänomenologische Ansätze präferieren deshalb eine Differenzierung von Körper und Leib²⁰, wobei der Begriff des Leibes auf genau diese Erfahrungsdimension hinweisen soll, ohne dass die diskursive Bestimmtheit des Körpers dabei zu negieren sei (vgl. Jäger 2004: 47). Eine solche Begriffsbestimmung des Leibes kann hier jedoch nur am Rande Erwähnung finden, da der Schwerpunkt der Betrachtung in der Ausarbeitung eines poststrukturalistischen Körperverständnisses und seiner gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren liegen soll.

²⁰ Leib definiert „als belebter Körper, der von innen heraus, als der je eigene Körper, wahrgenommen wird“ (Jäger 2004: 49). Nach Plessner, Vertreter eines phänomenologischen Körperverständnisses, *ist* der Mensch sein Leib und *hat* seinen Leib als Körper. (Vgl. Gugutzer 2002: 124)

Die Annäherung an eine Begriffsbestimmung des Körpers, so lässt sich zusammenfassend sagen, weist auf einen Dualismus von Natur und Kultur hin (vgl. Macha/Fahrenwald 2003: 28). Entsprechend konstatiert Lorenz für die Körpergeschichtsforschung die Unterscheidung von essentialistischen Theorien, die Körper als „kulturübergreifende Konstante“ (Lorenz 2000: 23) begreifen, und konstruktivistischen Theorien, die die Abhängigkeit der Körperwahrnehmung von kulturellen Prägungen fokussieren (vgl. a.a.O.: 30). Wie zuvor dargestellt, soll vor diesem Hintergrund die Auffassung vertreten werden, dass eine Begriffsbestimmung des Körpers sich nicht hinreichend über die Materialität des Körpers ausschöpfen lässt, da damit die Gefahr einer „Essentialisierung des Körpers“ (Schroer 2005: 26) einhergeht, Körper also nur in ihrer Wesensbestimmung in Erscheinung treten. So ist es vielmehr unabdingbar, den Körper auch agierend in seinen sozialen Bezügen zu betrachten. Poststrukturalistische Theorieansätze arbeiten außerdem heraus, dass die Materialität des Körpers selbst als Diskurs verstanden werden kann (vgl. Jäger 2004: 13), wie in Abschnitt 3.3 gezeigt werden wird. Zunächst aber folgt nun ein kurzer Überblick über unterschiedliche soziologische Zugänge zum Körper, die aktuell im Fokus der Körpersoziologie stehen.

3.2 Zur Soziologie des Körpers

Die Soziologie des Körpers weist in ihrem Zugang zum Körper sehr unterschiedliche Theorien und Ansätze auf (vgl. Gugutzer 2004: 49). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit können diese deshalb nicht in ihrer Differenziertheit betrachtet werden, es sollen aber einige interessante Aspekte benannt sein, die für die Thematik dieser Ausarbeitung auch im Folgenden relevant sein werden. Eine Möglichkeit zur Systematisierung der verschiedenen Ansätze ergibt sich aus einer Orientierung entlang bekannter soziologischer Paradigmen (vgl. ebd.). So kann im Rahmen des Strukturalismus verdeutlicht werden, „wie der Umgang mit dem und Einstellungen zum Körper von je historisch spezifischen gesellschaftlichen Strukturen abhängen“ (a.a.O.: 50). Handlungstheoretische Ansätze weisen daneben darauf hin, welche Relevanz körperlichem Handeln für gesellschaftliche Ordnungen zukommt und analysieren auf diesem Wege, wie der Körper selbst am Prozess der Konstituierung der Gesellschaft beteiligt ist (vgl. a.a.O.: 92). Hierbei erfährt die Rolle des Körpers im Interaktionsprozess eine gewichtige Bedeutung. Im Blickpunkt des Feminismus steht darüber hinaus der (ver)geschlechtlich(t)e Körper, insbesondere der weibliche Körper (vgl. Hahn/Meuser 2002: 12). Dabei hat die feministische Debatte wesentlich dazu beigetragen, die Kritik am Dualismus von Natur und Kultur

zu eröffnen und die zweigeschlechtliche Ordnung als gesellschaftliches Konstrukt zu entlarven. Für die aktuelle Debatte in der Körpersoziologie sehen Hahn und Meuser (2002: 13) diese geschlechtssoziologische Dimension als besonders bedeutsam an.

Als zentral für eine Soziologie des Körpers werden die Arbeiten von Erving Goffman, Michel Foucault sowie Pierre Bourdieu betrachtet (vgl. Schroer 2005: 8). Ihren Konzepten soll die These vom Zivilisationsprozess von Norbert Elias vorangestellt werden, die darstellt, welche Bedeutung jener Prozess für den menschlichen Körper hat (vgl. Gugutzer 2004: 50). Elias konstatiert eine zunehmende „Selbstbeobachtung- und regulation des körperlichen Benehmens“ (a.a.O.: 53) im Verlauf des historischen Prozesses der Zivilisation. Für den menschlichen Körper bedeutet dies vor allem eine verstärkte Rationalisierung des Körpers, wie auch die gesteigerte Selbstkontrolle von Affekten und Trieben (vgl. ebd.). Dieser Zivilisationsprozess, so führt Elias aus, sei dem Umstand geschuldet, dass die Gesellschaft einer funktionalen Differenzierung unterlegen ist. Aus der Vielzahl von Arbeitsbereichen, aus der Menge an auszufüllenden Funktionen resultiert sowohl eine gestiegene Abhängigkeit der Menschen voneinander, wie auch eine wachsende Konkurrenz zueinander (vgl. Elias 1976: 317). „Von den frühesten Zeiten der abendländischen Geschichte bis zur Gegenwart differenzieren sich die gesellschaftlichen Funktionen unter einem starken Konkurrenzdruck mehr und mehr. [...] Das Verhalten von immer mehr Menschen muß (!) aufeinander abgestimmt [...] sein, damit die einzelne Handlung darin ihre gesellschaftliche Funktion erfüllt“ (ebd.).

Um vor diesem Hintergrund in der arbeitsteiligen Gesellschaft bestehen zu können, verfolgt der (zivilisierte) Körper verstärkt einen bewussten Umgang „mit unmittelbaren körperlichen Bedürfnissen“ (Gugutzer 2004: 56), was jedoch Spontanität und Intuition vermissen lässt. Dies kann transferiert werden auch auf die Art und Weise unserer Ernährung, die sich nicht mehr nur nach unserem Hungerbedürfnis richtet, sondern vor allem danach reflektiert wird, welche Form der Ernährung für unseren Körper vermeintlich am besten wäre. Was ist nun richtig? Kalorienarm, fett- oder kohlenhydratarm? (Vgl. ebd.) So eine kognitive Regulierung des Essens in Form von gezügeltem Essverhalten gilt, wie bereits in Kapitel 2 angeführt, als ein Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen und wird auch zur Erfüllung gesellschaftlicher Schönheitsideale angewendet (siehe Abschnitt 3.4). Die Kontrolle von Affekten und Trieben wie z.B. Hunger, wird dabei immer weniger von außen erzwungen, als vielmehr in Form von Selbstzwängen etabliert, die körperliches Verhalten auch dann beeinflussen, wenn keine externe Sanktionsinstanz vorhanden ist (vgl. a.a.O.: 55).

Mit Norbert Elias also ist gezeigt worden, „dass der Körper ein Produkt historischer Entwicklungen ist“ (Gugutzer 2004: 66). Im Anschluss an Pierre Bourdieu kann der Körper daneben als eine Form des Kapitals betrachtet werden: „Der Körper als Kapital meint ein Instrumentarium, das in gesellschaftlichen Handlungsbereichen eingesetzt werden kann, um soziale Gewinne wie beispielsweise Anerkennung [...] zu erzielen. Formen körperlichen Kapitals können zum Beispiel [...] gutes Aussehen, Gesundheit und Fitness [...], aber auch Fleiß, Ausdauer und Disziplin“ (a.a.O.: 67 f.) sein. Wer also unter Einsatz seiner Körperkräfte in sein körperliches Kapital investiert, erhält sogleich die Chance auf eine hohe soziale Anerkennung und ein damit einhergehendes gesteigertes Selbstbewusstsein. Es ist zudem ein Kennzeichen postmoderner Gesellschaften, dass immer mehr Menschen ihre Identität über so eine Arbeit am Körper zu erlangen versuchen und ihren Körper dabei als gestaltbares Objekt deuten (vgl. a.a.O.: 68 f.). Im Kontext dieser Betrachtung fungieren Körper vor allem als Machtmittel, was gerade im Rahmen der Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren von Essstörungen als ein wichtiger Aspekt zu erachten ist. So können „Blicke [...] als Machtmittel benutzt oder körperliches Auftreten als Medium zur Machtdemonstration eingesetzt werden“ (a.a.O.: 69).²¹ Eine ähnliche Überlegung ist aus dem Körperverständnis von Michel Foucault abzuleiten, welches im nachfolgenden Abschnitt 3.3 nähere Betrachtung erfährt.

Einen handlungstheoretischen Zugang zum Körper liefert Erving Goffman, der als „Klassiker der interaktionistischen Soziologie des Körpers“ (Gugutzer 2004: 92) anzusehen ist. Dem Körper ist bei der Interaktion zweier Individuen eine zentrale Funktion immanent: „Wenn zwei Menschen sich begegnen, begegnen sich zuallererst zwei Körper“ (a.a.O.: 93). Goffman betont, dass wir alle Akteure unseres Alltags sind, in welchem wir in den Interaktionen mit anderen in unterschiedliche Rollen schlüpfen, uns selbst als jemanden darstellen. Dabei spielen wir unsere Rolle mal mehr, mal weniger eindrücklich, bewusst oder unbewusst (vgl. a.a.O.: 95). Unsere Körper also fungieren als Ort von Dramaturgie und Selbstdarstellung. „Der dramaturgische Körper ist somit ein kontrollierter Körper, der in Interaktionssituationen vor allem zur Vermittlung eines sozial angemessenen, normativ richtigen Eindrucks eingesetzt wird“ (a.a.O.: 98). „Wir alle spielen Theater“, wie Goffman in seiner gleichnamigen Abhandlung feststellt.

²¹ So sind gerade Menschen, die den gesellschaftlichen Normen in Hinblick auf Körpergewicht und Figur nicht entsprechen, den kritischen Blicken ihrer Mitmenschen ausgesetzt, die auf diesem Wege auch als Machtmittel fungieren.

Die hier angedeuteten Ansätze einer Soziologie des Körpers verdeutlichen die zentrale Funktion, die unserem Körper in Bezug auf unser Handeln, auf unser Selbstverständnis sowie im Rahmen der Konstituierung der Gesellschaft zukommt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass versucht wird, der Vernachlässigung einer sozialwissenschaftlichen Betrachtung des Körpers mehr denn je ein Ende zu machen. Villa (2006b: 17) konstatiert einen regelrechten „Boom“ der fachwissenschaftlichen Literatur zum Körper in den letzten 10 Jahren. Und so stellt auch Schroer (2005: 7) fest: „Es ist nicht länger zu übersehen: Die Soziologie hat den Körper (für sich) entdeckt“. Gugutzer (2006: 9) spricht sogar von einem „Body turn“, einer Hinwendung zum Körper, in der Soziologie, die mit Hahn und Meuser (2002: 13) auch in einer „Bedeutungszunahme des Körpers für die Ordnung des Sozialen“ begründet liegt. Sie weisen dabei insbesondere auf den Zusammenhang von Körper und Konsumkultur hin, welche zunehmend von der „Kommerzialisierung des Körpers“ (ebd.) zu leben scheint, indem sie Schönheit und (vermeintliches) körperliches Wohlbefinden zu zentralen Werten erklärt hat (vgl. ebd.). Welche Auswirkungen dieses Schönheitsleitbild für die Identitätsfindung und auch auf die Entwicklung von Essstörungen haben kann, soll in Abschnitt 3.4 weiter ausgeführt werden.

Neben den bisher benannten Zugängen zum Körper soll nun ein poststrukturalistisches Verständnis über den Körper, wie es in den Theorien von Michel Foucault und Judith Butler zu finden ist, nähere Betrachtung erfahren. Dazu sei zunächst kurz zu klären, was eigentlich unter Poststrukturalismus zu verstehen ist.

3.3 Poststrukturalistische Zugänge zum Körper

Der Poststrukturalismus kann als eine Denkbewegung verstanden werden, unter deren Deckmantel unterschiedliche Theoriekonzepte zusammengefasst werden können, die ihren Ausgangspunkt in sprachtheoretischen Grundannahmen des Strukturalismus haben und sich von diesem zugleich kritisch distanzieren (vgl. Moebius/Reckwitz 2008: 10). Somit sind „poststrukturalistische Perspektiven [...] dadurch gekennzeichnet, dass sie Sprache und symbolische Ordnung als privilegierten Ort der Konstitution von Wirklichkeit betrachten“ (Villa 2008: 264 f.). Dabei stehen insbesondere Fragen nach der Macht des Diskurses, nach der Subjektivierung von Körpern und der gesellschaftlichen Produktion von Ausschlussmechanismen, sowie die Infragestellung herkömmlicher Denk-, Schreib- und Repräsentationsweisen im Vordergrund der verschiedenen Positionen (vgl. Moebius/Reckwitz 2008: 9).

Vor diesem Hintergrund ist die poststrukturalistische Theorie vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sich nach ihr Sinn und Bedeutung eines Gegenstandes nur unter Bezugnahme des sozialen Kontextes ergeben, was sich auch auf Subjekte selbst bezieht, deren Konstitutionsprozess der Subjektwerdung nur im historischen Zusammenhang zu begreifen ist (vgl. Raab 1998: 16). Dieser Aspekt der sozialen Überformung des Körpers ist es, der mich bei der Frage nach der Bedeutung der Gesellschaft für die Entwicklung von Essstörungen besonders interessiert. Michel Foucault und Judith Butler beschäftig(t)en sich unter anderem genau mit dieser Formung des Körpers, wie die folgenden Überblicke über ihr jeweiliges Körperverständnis deutlich machen.

3.3.1 Michel Foucault: Der disziplinierte Körper

Die den Poststrukturalismus charakterisierende Möglichkeit der ständigen Verschiebung und Neuinterpretation von Sinn und Bedeutung transferiert Foucault in seinen Schriften in eine Theorie des Diskurses und der gesellschaftlichen Macht, welche er gerade auf ihre Wirkungsweisen hin zu analysieren versucht (vgl. Jäger 2004: 81). So hat er „die Moderne prägenden Macht-, Diskurs- und Subjektverhältnisse in verschiedenen Varianten und Formen immer wieder neu und aus unterschiedlichen Perspektiven zu fassen versucht“ (Sarasin 2005: 13). Dabei „ist der Körper als Objekt und Gegenstand der Disziplinierung und Formung in Foucaults Blickfeld geraten“ (Jäger 2004: 82). Er verfolgt die Auffassung, dass der Körper nicht als eine Naturtatsache zu betrachten sei, sondern vielmehr in seiner historischen Bedingtheit verstanden werden sollte (vgl. Ludewig 2002: 103). Denn Körper sind geprägt vom Verlauf der Geschichte, in welchem sie einer Vielzahl von Einflüssen ausgesetzt sind (vgl. Jäger 2004: 85). Vor diesem Hintergrund ist Foucaults These zu vertreten, dass Körper durch Diskurse²² gesellschaftlich konstruiert werden. „Der diskursive Körper ist der in und durch Diskurse konstruierte Körper, der historisch gewordene, in spezifische Macht-Wissen-Komplexe eingebettete Körper“ (Gugutzer 2004: 76). Im Fokus der Betrachtung steht hier vor allem die Frage, wie Körper von der Gesellschaft wahrgenommen und bewertet werden (vgl. a.a.O.: 77.). Sein Augenmerk richtet Foucault dabei insbesondere darauf, wie Institutionen den menschlichen Körper im Verlauf des historischen Wandels normiert und diszipliniert haben. Im Kontext einer historischen Betrachtung der Idealfigur eines Soldaten, konstatiert

²² Nach Foucault (2007: 10) ist ein Diskurs ein „gesprochenes oder geschriebenes Ding“, welches die gesellschaftliche Ordnung erst hervorbringt. Der Diskursbegriff zielt so nicht nur auf eine rein sprachliche Analyse, sondern impliziert vor allem die Analyse von Machtverhältnissen. Diese Gewichtung erhielt der Begriff des Diskurses jedoch erst im weiteren Verlauf seiner Arbeiten (vgl. Ruoff 2007: 93).

Foucault (1994: 173) in „Überwachen und Strafen“: „[...] aus einem untauglichen Körper macht man die Maschine, deren man bedarf; Schritt für Schritt hat man die Haltungen zurecht gerichtet, bis ein kalkulierter Zwang jeden Körperteil durchzieht [...] und verfügbar macht und sich insgeheim bis in die Automatik der Gewohnheiten durchsetzt.“

Hier ist der menschliche Körper einer wachsenden Disziplinierung unterworfen, welche sich zunehmend in eine Form der Selbstdisziplinierung transformiert. Diesen Umstand verdeutlicht Foucault auch am Beispiel der Überwachung von Strafgefangenen, wobei „das Gefängnis exemplarisch für viele andere Überwachungs- und Disziplinierungstechniken moderner Gesellschaften“ (Gugutzer 2004: 63) zu verstehen sein kann. Kennzeichnend für eine neue Form der Überwachung ist eine Macht, die „sichtbar, aber uneinsehbar sein muss“ (Foucault 1994: 258), so kann ein Machtverhältnis unabhängig vom Ausübenden der Macht geschaffen werden, da die Gefangenen die Machtsituation selber stützen (vgl. ebd.). Das entsprechende architektonische Modell, das einer solchen Disziplinierungstechnik nachkommt, ist das Panoptikum, ein Gebäude, in welchem die Zellen der Gefangenen ringförmig angeordnet und nur von einem zentralen Wachtposten in der Mitte einsehbar sind (vgl. a.a.O.: 256). Die Zellen darin beschreibt Foucault als „kleines Theater, in dem jeder Akteur allein ist, vollkommen individualisiert und ständig sichtbar“ (a.a.O.: 257). „Daher werden sie sich so verhalten, als würden sie beobachtet, was heißt, dass sie sich selbst überwachen, selbst kontrollieren und selbst disziplinieren“ (Gugutzer 2004: 62 f.). Diese Selbstdisziplinierung erleben auch wir tagtäglich, indem wir uns unausgesprochen und meist unreflektiert den geltenden Normen gemäß verhalten. Das von Foucault gewählte Panoptikumbild kann so „als Sinnbild der heutigen Gesellschaft“ (Treibel 2006: 64) verstanden werden.

Mit den Worten Foucaults (1994: 177) lässt sich resümieren: „Die Disziplin fabriziert [...] unterworfenen und geübten Körper, fügsamen und gelehrigen Körper“ und wirkt so vor allem normierend (vgl. Gugutzer 2004: 65). Vor diesem Hintergrund gerät, in Hinblick auf den gesellschaftlichen Schlankheitsdiskurs mit seinen Körpernormen, auch wieder der Blick als mögliches Machtmittel in den Fokus der Betrachtung, Blicke, „die die Körper anderer zu kontrollieren und disziplinieren vermögen“ (a.a.O.: 64). Der disziplinierte Körper ist dann jedoch nicht nur der unterdrückte, normierte Körper, sondern auch der produktive Körper (vgl. a.a.O.: 66). Denn Macht²³, in Form disziplinierender Diskurse, heißt auch Definitionsmacht.

²³ Foucault entwickelte den Machtbegriff im Laufe seines Werkes weiter. In seinen frühen Schriften verstand er die Macht einzig als negativ und repressiv, später nahm er dann die positiven und produktiven Seiten von Macht in den Blick. (Vgl. Gugutzer 2004: 75)

So definieren Diskurse, „was als wahr oder falsch, normal oder anormal, dazugehörig oder ausgrenzbar zu gelten hat“ (Gugutzer 2004: 75). Und der diskursiv konstruierte Normalkörper verweist immer auch auf den diskursiv konstruierten abweichenden Körper (vgl. a.a.O.: 77). Eine solche Dualität bilden auch der schlanke und der übergewichtige Körper in unserer Gesellschaft.

3.3.2 Judith Butler: Der Geschlechterkörper

„Im Zentrum von Butlers Körperverständnis steht eine radikale Infragestellung des gängigen Konzepts von Materie“ (Jäger 2004: 65). Butler (1997: 32) versteht Materie als einen „Prozeß (!) der Materialisierung, der im Laufe der Zeit stabil wird, so daß (!) sich die Wirkung von Begrenzung, Festigkeit und Oberfläche herstellt, den wir Materie nennen“. Materie und somit auch die Materie des Körpers, *ist* also nicht natürlich, sondern *erscheint* als natürlich. Die materialisierenden Effekte verweisen auf eine Machtdynamik (vgl. a.a.O.: 22), im Zuge derer sich regulierende Normen in der Materialisierung manifestieren. Nun geht es nicht darum, die Materie des Körpers als ein vollständig diskursiv erzeugtes Konstrukt zu verstehen (vgl. Villa 2003: 77), obgleich dies, das sei angemerkt, ein kritischer Moment der Konzeption Butlers ist, der in der Fachliteratur kontrovers diskutiert wird. Sicher gibt es nicht nur die eine Lesart ihrer Theorie, dennoch soll hier die Auffassung vertreten werden, dass im Fokus die Betonung eines Körpers steht, dem eine soziale Geschichte immanent ist, dass also körperliche Materialität niemals unberührt von diskursiven Praktiken gedacht werden kann (vgl. Bublitz 2002: 41). „Materialisierung steht in diesem Sinne für eine unlösbare Verschränkung von Diskurs und Materie“ (Jäger 2004: 66).

Die Wahrnehmung unseres Körpers ist eng verknüpft mit der Geschlechtlichkeit. Damit verbunden ist insbesondere die normative Wirkmacht der zweigeschlechtlichen Ordnung: „Es gehört zu unserer Idee von Körper, dass er genau ein von zwei möglichen Geschlechtern besitzt“ (Gugutzer 2004: 127). Für Butler treten Körper jedoch nur „unter den produktiven Zwängen bestimmter hochgradig geschlechtlich differenzierter regulierender Schemata“ (Butler 1997: 16) auf. Insofern ist der biologische Körper auch und vor allem konstitutiv für die Aufrechterhaltung der Norm der Heterosexualität (vgl. Gugutzer 2004: 127). Und so fragt Butler in diesem Zusammenhang: „Von welchen Zwängen werden Körper als sexuierte Körper materialisiert, und wie haben wir die Materie des biologischen Geschlechts und die von Körpern allgemein als eine ständig wiederholende und gewaltsame Eingrenzung [...] zu verstehen? Welchen Körpern wird Gewicht beigemessen - und warum?“ (Butler 1997: 16 f.)

Zur Beantwortung der Frage, wie nun Geschlechternormen sich in Form des Geschlechterkörpers materialisieren, vermag das Konzept der Performativität Aufschluss geben (vgl. Gugutzer 2004: 128). Performativität versteht Butler als die „ständig wiederholende und zitierende Praxis, durch die der Diskurs die Wirkungen erzeugt, die er benennt“ (Butler 1997: 22). Wenn also der Diskurs der Zweigeschlechtlichkeit immer wieder zitiert, wiederholt wird, so erhält die Zweigeschlechtlichkeit den Anschein von Wirklichkeit, den Anschein eines ontologischen Status (vgl. Gugutzer 2004: 129). „Der Diskurs erzeugt die Materialität des Körpers, und da der Diskurs die in performativen Sprechakten (re-)produzierte Norm der Heterosexualität enthält, wird die Materialität des Körpers zwangsläufig als eines von zwei möglichen Geschlechtern wahrgenommen“ (ebd.).

Im Anschluss an Judith Butler kann so gezeigt werden, welche Wirkungen Sprache und Diskurs auf unsere Wahrnehmung scheinbar biologischer Tatsachen haben. So sei auf einen besonders wichtigen Aspekt verwiesen, nämlich darauf, dass aus der Vorstellung eines vermeintlich natürlichen Körpers (und des vermeintlich natürlichen Geschlechts) immer Ausschlüsse derer resultieren, die der Norm nicht entsprechen, denn die Norm konstituiert sich in Relation zur Abweichung. Butler zeigt dies anhand der Matrix der Heterosexualität auf, die „bestimmte sexuierte Identifizierungen ermöglicht und andere Identifizierungen verwirft“ (Butler 1997: 23). Diese „Matrix mit Ausschlusscharakter“ (ebd.) verlangt die Ausgrenzung bestimmter Subjekte, um ein „konstitutives Außen“ (ebd.), also eine Begrenzung zu schaffen. Im Kontext einer Auseinandersetzung mit dem Schlankheitsdiskurs bedeutet dies, dass Körper, die den Normen des Gewichts nicht entsprechen, in der Konsequenz als unnormal definiert werden. Dies jedoch bleibt nicht in einer äußeren Definition verhaftet, sondern hat erhebliche Auswirkungen auf die innere Verfasstheit unseres Körpers: Gefühle, Erfahrungen, körperliche Praxen werden dadurch bedingt (vgl. Villa 2003: 90). Benenne ich einen Körper als dick oder dünn, so steht dahinter immer eine gesellschaftliche Konstruktion dieser Auffassung (vgl. ebd.). Der Körper „steht mit der Sprache in einem ständigen Zusammenhang“ (Butler 1997: 104). Nicht zuletzt antizipiert dies auch die Vorstellung, die wir uns selbst von unserem Körper und seinem Aussehen machen, eine Vorstellung, die bereits durch Normen reguliert ist (vgl. Villa 2003: 94). Dazu sei abschließend ein Zitat von Butler genannt: „Der Körper im Spiegel stellt keinen Körper dar, der sich sozusagen vor dem Spiegel befindet: Der Spiegel produziert [...] jenen Körper als seine delirierende Wirkung - ein Delirium, nebenbei gesagt, das zu leben wir gezwungen sind.“ (Butler 1997: 132 f.)

Es ist die Bedeutung von Sprache, die in der Konzeption Butlers zum Ausdruck kommt. Das Wissen um die performative Wirkmacht von Diskursen durch sich zu Normen entwickelte Wiederholungen öffnet den Blick nicht nur für gesellschaftliche Ausschlussmechanismen, es bietet auch neue Möglichkeiten des Umgangs mit und des Verständnis von unserem Körper. Der biologische Körper ist immer schon Sozialkörper (vgl. Jäger 2004: 68). Es ist somit von besonderer Relevanz, dass gerade das Infrage stellen der Natürlichkeit von Körper und Geschlecht als die „Rückkehr zum Körper“ (Butler 1997: 10) fungieren kann, und zwar in dem Maße, dass der Körper sich als ein Ort „für eine Reihe sich kulturell erweiternder Möglichkeiten“ (a.a.O.: 11) präsentieren kann. Schließlich impliziert dies auch die Möglichkeit des Widerstandes: Durch eine andere Form der Wiederholung können Diskurse und ihre Bedeutungen verschoben werden. „Die kritische Aufgabe besteht [...] darin, Strategien der subversiven Wiederholung auszumachen, die durch [...] Konstruktionen ermöglicht werden, und die lokalen Möglichkeiten der Intervention bestätigen, die sich durch die Teilhabe an jenen Verfahren der Wiederholung eröffnen [...] und damit die immanente Möglichkeit bieten, ihnen zu widersprechen.“ (Butler 1991: 216).²⁴

3.4 Die Bedeutung der Gesellschaft für die Entwicklung von Essstörungen

29

Der vorangegangene Überblick über die Körperverständnisse von Michel Foucault und Judith Butler hat gezeigt, dass beide von einer Formung des Körpers durch die Gesellschaft und der in ihr vorherrschenden Diskurse ausgehen. Foucault schreibt dabei insbesondere den Aspekten Macht und Disziplin eine tragende Rolle zu, Butler entlarvt in ihrem Konzept vom Geschlechterkörper diesen als diskursive Konstruktion der Heteronormativität.

Wie können nun die dargestellten Vorstellungen eines diskursiv erzeugten Körpers auf den „essgestörten Körper“ übertragen werden? Dieser Abschnitt kehrt daher zur Frage nach der Bedeutung der Gesellschaft für die Entwicklung von Essstörungen zurück. Dafür sollen zunächst der Schlankheitsdiskurs mit seinen Körperidealen in das Zentrum der Betrachtung gerückt und dann anschließend die Auswirkungen der Individualisierung auf die Identität in diesem Kontext analysiert werden. Dabei werden die Erkenntnisse des vorigen Abschnitts in die Überlegungen integriert.

²⁴ Das Durch- und Neudenken zentraler Begriffe wie Norm und Identität und ihre performative Verschiebung sind ein wichtiger Bestandteil der Butlerschen Arbeiten (vgl. Villa 2003: 103). Politisch überaus wirksam sind ihre Überlegungen im Rahmen der Queer Theory, „eine politisch motivierte, theoretische Denkfigur, die jegliche Identität problematisiert und diese Kritik politisch situiert“ (a.a.O.: 109) und als deren Begründerin Butler gilt (vgl. a.a.O.: 107). Sie wird somit auch der politischen Philosophie zugeordnet (vgl. a.a.O.: 103).

3.4.1 Körperideale als Ausdruck gesellschaftlicher Normierung

Viele von Essstörungen betroffene Menschen leiden, wie in Kapitel 2 kurz angerissen, unter einem negativen Körperbild, sie empfinden ihren Körper oftmals als hässlich und zu dick. Das Körperselbstbild, also die Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Körpers, „ist dabei nicht etwas rein Individuelles, Subjektives, sondern untrennbar mit den gesellschaftlich vorherrschenden [...] Körperbildern und –idealen“ (Gugutzer 2005: 329) verknüpft. Diese Ideale werden nach Gugutzer in unserer Gesellschaft primär durch Massenmedien, Werbung und Mode geprägt (vgl. ebd.). Das auf diese Weise medial verbreitete Schlankheitsideal kann dann „Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls sowie psychische Belastungen bis hin zu Essstörungen zur Folge haben“ (Gransee 2008: 165). Warum aber lassen wir uns vom gesellschaftlich propagierten Schönheitsideal des Schlankseins so sehr beeinflussen? Warum streben wir danach „schön“ zu sein und leiden, wenn wir es nicht zu sein glauben?

Begreift man den Körper im Sinne Villas (2007: 18 f.) als „Darstellungsressource“ zur kulturellen Inszenierung und auch als Statussymbol, wird deutlich, wie wir uns mit Hilfe des Körpers und dessen Inszenierung, z.B. durch Diät halten oder Sport, sozial positionieren (vgl. Degele 2008: 69). Solch ein Schönheitshandeln²⁵ kann als sozialer Prozess verstanden werden, „in dem Menschen versuchen, soziale (Anerkennungs-)Effekte zu erzielen“ (Degele 2007: 27). So ist „die Modellierung des Körpers in Richtung des gesellschaftlich konstruierten Ideals von Schönheit [...] letzten Endes nicht ästhetisch motiviert, sondern gründet auf dem Bedürfnis nach Anerkennung, Aufmerksamkeit und Wertschätzung“ (Gugutzer 2005: 332). Schlankheit gilt dabei als „Ausdruck sozialer Attraktivität und als eine wesentliche Grundlage für den Erfolg im beruflichen und privaten Leben“ (Gransee 2008: 166). Dicksein hingegen steht für Disziplin- und Maßlosigkeit, so dass Übergewichtige immer wieder abfälligen Kommentaren und Stigmatisierungen ausgesetzt sind. Der gesellschaftliche Schlankheitsdiskurs wirkt nun auf unsere Körper ein, in dem er die Bewertung und damit auch das Verhältnis zu unserem Körper durch seine Normen prägt. Diesen normierten Körpervorstellungen kommen wir dann z.B. durch restriktives Essverhalten, dass, wie bereits gezeigt wurde, ein Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen darstellt, nach. Insbesondere Frauen sind von diesem Diskurs und seinen Auswirkungen betroffen, denn „der Rahmen der sozial akzeptierten Körperformen für Männer [ist] deutlich weiter gesteckt als für Frauen“ (Setzwein 2004: 246).

²⁵Nina Degele (2004: 10) definiert den von ihr geprägten Begriff des Schönheitshandelns als „Medium der Kommunikation“, dass der Inszenierung der eigenen Außenwirkung zur Erlangung von Aufmerksamkeit diene. Dabei wollen wir, wie sie in Gruppendiskussionen herausfand, „andere glauben machen, dass wir über herrschende Schönheitsnormen erhaben sind“ (Degele 2007: 27) und Schönheitshandeln nur für uns selbst praktizieren.

Neben dem Geschlecht gibt es außerdem einen Zusammenhang zwischen dem Alter und den Auswirkungen gesellschaftlich vermittelter Normvorstellungen auf den Körper: Gerade bei Jugendlichen nimmt der sich verändernde Körper einen zentralen Stellenwert in ihrer persönlichen Entwicklung ein. Dabei orientieren sie sich an den gesellschaftlichen Vorstellungen idealer und attraktiver Frauen- und Männerkörper (vgl. Hähne/Dümmler 2008: 93). Vor allem bei jungen Mädchen wird „das Bewusstsein dafür geschärft, den eigenen Körper als Kapital zu betrachten“ (Setzwein 2006: 53). Sie machen darüber hinaus in der Adoleszenz die Erfahrung, „dass ihr Körper einer ganz neuen Art der Kommentierung und Bewertung von außen ausgesetzt wird“ (Bronner/Behnisch 2007: 47). Diese „Sichtbarkeit und Öffentlichkeit weiblicher Körper ist Bestandteil der Vergesellschaftung von Frauen“ (Setzwein 2004: 249) und lässt viele junge Frauen ihren Körper als fremdbestimmt erleben, „wenn ihr Aussehen, ihr Körper und ihre Sexualität aus männlich-hegemonialer Perspektive normiert und taxiert“ (Gransee 2008: 168) werden. Dieser im Foucaultschen Sinne überwachende, anerkennende oder ablehnende Blick wird verinnerlicht und prägt das Selbstbild der Frauen. Nur der ideale, schlanke Körper erscheint wünschenswert und wird zum Gegenstand von Selbstdisziplinierung und -kontrolle. Essen kann in diesem Zusammenhang als ein Mittel der Verweigerung, als Möglichkeit sich im wahrsten Sinne des Wortes „auszukotzen“ oder auch als Protest dienen (vgl. Bronner/Behnisch 2007: 50). Essstörungen stellen sich so als (weibliche) Lösungsstrategien zum Umgang mit gesellschaftlichen Anforderungen an den Körper dar (vgl. Setzwein 2004: 279).

3.4.2 Die Suche nach Identität in einer individualisierten Gesellschaft

Diese Anforderungen existieren jedoch nicht nur in Form des Schlankheitsideals, vielmehr kann das Ideal vom schlanken Körper als Produkt einer sich zunehmend individualisierenden Gesellschaft verstanden werden. So zeigen Stahr, Barb-Priebe und Schulz (2007: 53) auf, dass „sich die Möglichkeiten der Identitätsbildung für Frauen und Männer unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Modernisierungs- und Individualisierungsprozesses einseitig verengt und auf die Körperebene verlagert haben.“ Hier kommt eine Ambivalenz zum Tragen, wie sie kennzeichnend ist für die zunehmende Individualisierung und Pluralisierung von Lebenslagen in der von Ulrich Beck konstatierten „Risikogesellschaft“²⁶: Obgleich sich Lebensweisen immer mehr vervielfältigen, ist der Rahmen ästhetischer Körpermodelle eng begrenzt (vgl.

²⁶ Beck prägte Ende des 20. Jahrhunderts den oft zitierten Begriff der „Risikogesellschaft“, der umschreibt, dass die Gesellschaft sich immer stärker aus vorgegebenen Sozialformen herauslöst und so den Verlust traditioneller Sicherheiten zugunsten pluralisierter Entscheidungsmöglichkeiten in Kauf nehmen muss. (Vgl. Jurczyk 2001: 15)

Hahn/Meuser 2002: 11), obwohl Körper als Ausdruck von Individualität zu betrachten sind, sind doch viele bestrebt ihren Körper zu standardisieren (vgl. Schroer 2005: 36). Es etabliert sich so zunehmend eine „Konformität des äußeren Erscheinungsbildes“ (ebd.), der Körper wird den normierten gesellschaftlichen Vorstellungen entsprechend geformt. Er dient dabei vielen Menschen als „sinnstiftende Instanz“ (Gugutzer 2007: 3). Denn mit der „Erosion [vormals] identitätsbildender Instanzen“ (Stockmeyer 2004: 11), wie Beruf und Familie und den damit einhergehenden Biographiemustern, im Zuge des gesellschaftlichen Individualisierungsprozesses, „muss sich jeder selbstverantwortlich um Sinn, Halt und Orientierung im eigenen Leben kümmern“ (Gugutzer 2004: 37). Hitzler (2002: 71 ff.) prägte für diese Entwicklung den Begriff der „Bastelexistenz“, welcher impliziert, dass das Leben und seine Gestaltung „zum individuell zu bewältigenden Entscheidungs- und Handlungsproblem“ (a.a.O.: 76) geworden sind. So führt die Vielfalt an alternativen Optionen in Partnerschaft, Familie und Beruf durch die Freisetzung aus traditionellen Bindungen und Normen zwar zu neuen Handlungsspielräumen, bringt aber auch neue Anforderungen an die Selbstverantwortung und Selbstkontrolle mit sich (vgl. Stahr et al. 2007: 77).²⁷

Einzigartigkeit, Autonomie und Selbstverwirklichung gelten dabei als Leitlinien der persönlichen Bemühungen für eine erfolgreiche Lebensführung (vgl. a.a.O.: 84). Der Körper wird „zum Austragungsort der Auseinandersetzung im Ringen um einen eigenen Lebensentwurf und soziale Zugehörigkeit, um eine eigene Identität“ (a.a.O.: 86). Er eignet sich hierfür deshalb so besonders gut, da auf den Körper, wie Gugutzer (2004: 37) resümiert, unmittelbar zugegriffen werden kann und mit ihm spür- und sichtbare Wirkungen erzielt werden können. Identitätsstiftende und –stabilisierende Körpertechnologien bewegen sich dabei „zwischen den Polen der Unterwerfung (und damit der Unterdrückung) und der Selbstbestimmung (und damit der Freiheit)“ (Posch 2009: 38). Auch gestörtes Essverhalten kann einerseits als Orientierung an geltenden Schlankheitsnormen, z.B. durch strenges Diäthalten oder das Einsetzen von Purgier-Methoden, als auch als (unbewusster) Widerstand gegen das Leitbild des leistungsfähigen Individuums in unserer Gesellschaft erscheinen. „Zwanghaftes Essen und zwanghaftes Diäthalten sind dabei zwei Seiten derselben Medaille“ (Stahr et al. 2007: 86). So oder so drücken Essstörungen die Verunsicherung und die Überforderung der Betroffenen mit den zuvor skizzierten Anforderungen der individualisierten Gesellschaft aus.

²⁷ Alain Ehrenberg identifiziert in seiner Analyse des Zusammenhangs von Depression und Gesellschaft in „Das erschöpfte Selbst“ (2008) diese Selbstverantwortung und die Notwendigkeit zur Initiative als eine Ursache für die Entwicklung von Depressionen, die er als „Krankheit der Verantwortlichkeit“ (Ehrenberg 2008: 15) benennt. Der depressive Mensch sei „erschöpft von der Anstrengung, er selbst werden zu müssen“ (ebd.).

Essstörungen können so als „der misslungene Versuch, [...] körperlich-leibliche Entfremdung aufzuheben“ (Stahr et al. 2007: 86) verstanden werden. „Sie versinnbildlichen die psychischen Kosten, die eine krankhaft auf Leistung, Disziplin, Willensstärke, Selbstkontrolle und –verantwortung ausgerichtete Gesellschaft verursacht“ (Gugutzer 2005: 351).

3.5 Zwischenbetrachtung

Zum Abschluss dieses Kapitels sollen die gewonnenen Erkenntnisse noch einmal kurz zusammengefasst werden: Im Laufe des Zivilisationsprozesses haben wir gelernt, unsere Körper immer mehr selbst zu beobachten und zu kontrollieren (Elias). Sie dienen uns als Orte der Selbstdarstellung (Goffman), mit ihrer Hilfe können wir uns in der Gesellschaft positionieren. Wir investieren durch die verschiedensten Körpertechnologien in diese Form des Kapitals (Bourdieu). Wie wir unseren und auch die Körper der Anderen wahrnehmen und bewerten, ist dabei gesellschaftlich vermittelt und bestimmt. Somit kann der Körper als ein Produkt der Gesellschaft, in der er sich befindet, verstanden werden. Der Körper wird also erst *durch* die Gesellschaft zu dem, was er ist (oder zu sein scheint?). Wie in den vorigen Abschnitten dargestellt wurde, überformen gesellschaftliche Diskurse den Körper (Butler & Foucault). Diese Diskurse sind produktiv, „sie erzeugen Phänomene“ (Villa 2006a: 211). Die Wirkmacht von Diskursen zeigt sich so auch am Beispiel des Phänomens Essstörungen. Denn der Schlankheitsdiskurs und die als Diskurs zu verstehende Notwendigkeit der Identitätssuche in unserer individualisierten Gesellschaft, haben einen großen Einfluss auf die Entstehung gestörten Essverhaltens. Die Bedeutung der Gesellschaft für die Entwicklung von Essstörungen wurde daher versucht, anhand dieser gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren deutlich zu machen. Neben den herrschenden Schönheitsnormen und dem verunsichernden Leitbild der Selbstverantwortung und –verwirklichung in der heutigen Gesellschaft, hat sich dabei außerdem die spezifische Sozialisation junger Frauen als wichtiger Bedingungsfaktor herausgestellt. Im Zusammenspiel mit den zuvor in Kapitel 2 angesprochenen Aspekten können diese Faktoren einen auf der Folie des Körpers ausgetragenen, inneren Konflikt mit sich und der Umwelt bewirken, der sich dann in Form einer Essstörung äußert.

Wie lassen sich nun diese Erkenntnisse in die Praxis der Sozialen Arbeit implementieren? Der letzte Teil dieser Arbeit wird sich deshalb genauer mit der Frage auseinandersetzen, wie die herausgearbeiteten gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren von Essstörungen in mädchen-spezifischen Präventionskonzepten reflektiert werden können.

4. Mädchenspezifische Präventionskonzepte zum Thema Essstörungen

Essstörungen sind zu einem weit verbreiteten Phänomen in unserer Gesellschaft geworden (vgl. Stahr et al. 2007: 100), immer mehr Menschen, vor allem Mädchen und junge Frauen, sind von ihnen betroffen. Vorbeugenden, präventiven Maßnahmen kommt daher eine sehr wichtige Bedeutung zu. Insbesondere auch deshalb, weil die verschiedenen Essstörungen „im überwiegenden Teil der Fälle einen chronischen Verlauf“ (Dannigkeit et al. 2007: 681) annehmen und die Entwicklung essgestörten Verhaltens somit möglichst früh verhindert werden sollte. In diesem Kapitel soll sich daher mit Präventionskonzepten zum Thema Essstörungen beschäftigt und aufgezeigt werden, wie vor allem die im letzten Kapitel herausgearbeitete Bedeutung der Gesellschaft für die Entwicklung von Essstörungen in Programmen zur Prävention reflektiert werden kann. Dafür wird zunächst in das Themenfeld Prävention in der Sozialen Arbeit eingeführt und anschließend die Notwendigkeit eines geschlechtsspezifischen Ansatzes in der Präventionsarbeit beim Thema Essstörungen dargestellt. Im Folgenden soll sich dann auf mädchenspezifische Konzepte der Essstörungsprävention konzentriert werden und einige Programme sowohl im schulischen als auch im außerschulischen Kontext dazu vorgestellt werden. Abschließend werden dann Ideen zur Berücksichtigung der gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren von Essstörungen wie Magersucht, Bulimie und Binge Eating Störung in mädchenspezifischen Präventionskonzepten entwickelt.

4.1 Prävention in der Sozialen Arbeit

„Menschen bzw. insbesondere Kinder und Jugendliche vor als negativ erachteten Entwicklungen zu schützen und entsprechend negative Entwicklungsverläufe zu verhindern ist eine grundlegende Zielrichtung sozialpädagogischen Handelns“ (Wohlgemuth 2009: 11). Ein solches Verhindern von negativen Entwicklungen ist dabei eng verbunden mit dem Begriff der Prävention (vgl. ebd.). Die Attraktivität dieses Begriffes und dessen Bewertung in sozialpädagogischen Diskursen werden, genau wie eine Übersicht über die verschiedenen Formen und Ausprägungen von Prävention, Bestandteil der nachfolgenden kritischen Begriffsklärung sein. Ergänzend dazu soll anschließend noch kurz der salutogenetische Ansatz der Gesundheitsförderung dargestellt werden, der nicht die Verhinderung negativer, sondern vor allem die Förderung positiver (gesundheitlicher) Entwicklungen in den Blick nimmt.

4.1.1 Prävention - eine kritische Begriffsklärung

Der Begriff der Prävention hat seinen Ursprung in Medizin und Kriminologie, die mit ihm verbundenen Ideen und Konzepte tauchen jedoch in den verschiedensten Kontexten von Wissenschaft und Berufspraxis auf. Schmitt (2009: 227) konstatiert daher eine „Unschärfe und Uneinheitlichkeit“ des Präventionsbegriffes. Grundlegend für die unterschiedlichen Ausprägungen von Prävention ist dabei die übergreifende Implikation, „bestimmte Ereignisse oder Szenarien zu verhindern, die aus den unterschiedlichsten Gründen als nicht wünschenswert kategorisiert werden“ (Wohlgemuth 2009: 21). Diese Verheißung, Schaden verhindern zu können, besitzt natürlich eine große Attraktivität: „Prävention erscheint so selbstverständlich, dass es keiner weiteren Begründung bedarf“ (a.a.O.: 11). Für die Soziale Arbeit beinhaltet der Präventionsbegriff damit auch „die Hoffnung auf einen Entwicklungsprozess [...] weg von der reaktiven Kontrollinstanz hin zur vorbeugenden, aktiven Gestaltung von Lebensbedingungen“ (a.a.O.: 12). Doch in sozialpädagogischen Diskursen wird immer wieder mit kritischer Distanz auf diese Attraktivität des Präventionsbegriffes reagiert (vgl. a.a.O.: 13). So wird zum Beispiel die Defizitorientierung²⁸ von Prävention kritisiert (vgl. Lindner/Freund 2001: 70) und auf die Normativität des Präventionsbegriffes hingewiesen: „Die Prävention als ‚vorausseilender Gehorsam‘ durch soziale Kontrolle ist wegen ihrer implizierten Normorientierung einerseits und dem herrschaftsstabilisierenden Charakter andererseits nicht nur positiv zu bewerten“ (Lamnek 1994, zit. in Wohlgemuth 2009: 13). Hierbei sind es vor allem die kontrollierende, disziplinierende Komponente des Begriffes, sowie das auf diese Weise der Prävention zugrunde liegende zweckrationale Idealbild eines aktiven, selbstverantwortlichen Gesellschaftsmitgliedes, die gerade im (sozial-)politischen Kontext kritisch betrachtet werden (vgl. Wohlgemuth 2009: 87). Diese Diskussion lässt sich jedoch nicht losgelöst von den Inhalten und Zielen der verschiedenen Präventionsmaßnahmen führen. So ist die normative Setzung dessen, was als nicht erwünscht und deshalb als zu verhindern definiert wird, zwar grundlegend für jede Form der Prävention, doch ist diese Normativität grundsätzlich negativ zu bewerten? Gerade die Vermeidung psychosomatischer Erkrankungen, wie die der Essstörungen, erscheint doch dagegen in höchstem Maße erstrebenswert. Und so zeigt sich, dass die theoretische Diskussion des Präventionsbegriffes in der Sozialen Arbeit viele kritische Aspekte hervorbringt, während die Prävention in der Praxis als wichtiges und auch alternativloses Instrument der Sozialen Arbeit empfunden wird, denn ein Abwarten

²⁸ Lindner und Freund führen an, dass dem Begriff der Prävention Mängel, Defizite und Gefahren und damit eine Haltung der Besorgnis und der Unterstellungen immanent seien (vgl. Lindner/Freund 2001: 70).

und Zulassen von Gefährdungen wäre vor allem ethisch und moralisch nicht vertretbar (vgl. Wohlgemuth 2009: 11). Und so gibt es darüber hinaus auch Positionen in der Sozialen Arbeit (z.B. Thiersch), die die emanzipatorische Komponente des Präventionsbegriffes betonen und Prävention als Form einer vorausschauenden, lebensweltorientierten Hilfe begreifen. Denn gerade „unter den Bedingungen der Individualisierung und Pluralisierung geht es darum, Menschen die Kompetenz zu vermitteln, ihre eigenen Vorstellungen eines gelungenen Lebens umzusetzen und Situationen zuvorzukommen, die erfahrungsgemäß risikohaft und belastet sein können“ (a.a.O.: 87). Dabei gilt es die beschriebenen kritischen Momente bei der Konzeption von Präventionsmaßnahmen mit zu reflektieren. Wie aber lassen sich diese strukturieren, welche Formen von Prävention lassen sich unterscheiden?

Eine der ersten Strukturierungen des Präventionsbegriffes nahm Caplan 1964 vor. Er unterscheidet in seinem dreistufigen Modell das zeitliche Ansetzen einer präventiven Maßnahme zur Verhinderung einer psychischen Erkrankung im Verhältnis zu deren Ausprägung (vgl. a.a.O.: 26). Unter primärer Prävention sind demnach all jene Maßnahmen zu subsumieren, die vor dem Erstauftreten einer Erkrankung durchgeführt werden. Sekundäre Prävention dient der Früherkennung und Reduzierung der Erkrankungen. Und tertiäre Prävention umfasst schließlich Maßnahmen der Rehabilitation, bei denen es darum geht, Konsequenzen einer Krankheit zu mildern, Folgeschäden zu vermeiden oder Rückfällen vorzubeugen (vgl. Leppin 2007: 32). Neben diesen drei klassischen Formen beschreibt Wohlgemuth (2009) vier idealtypische Varianten von Prävention, die sie vor allem als analytische Kategorien nutzt. Diese sollen im weiteren Verlauf dieses Kapitels zur Einordnung der vorzustellenden Präventionsprogramme zum Thema Essstörungen und der anschließenden weiteren Überlegungen dienen. Wohlgemuth identifiziert zwei verschiedene Argumentationsmuster mit denen die normativen Zielsetzungen von Prävention erreicht werden können. Entweder fußt die präventive Maßnahme auf einer kausalen Entwicklungslogik, einem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang „und versucht damit strategisch menschliches Verhalten und gesellschaftliche Strukturen im Hinblick auf einen bestimmten Zweck zu beeinflussen, oder sie verfolgt eine finale Logik in dem Sinne, dass sie durch die Veränderung von Strukturen und Verhalten Möglichkeiten einer Befähigung des Individuums zu schaffen versucht“ (Wohlgemuth 2009: 26). In der Kombination mit einer jeweils anstrebenden oder verhindernden Intention der Prävention ergeben sich dann die folgenden Varianten: Die kausal-verhindernde Prävention versucht negative Entwicklungen zu verhindern, während Präventionsmaßnahmen in einem

kausal-anstrebenden Sinne auf das Bewirken einer positiven Entwicklung abzielen. Die final-verhindernde Variante von Prävention versucht Hindernisse, die einer selbstbestimmten Lebensführung entgegenstehen, zu beseitigen und die final-anstrebende Prävention möchte schließlich über das Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen die Umsetzung individueller Lebensentwürfe ermöglichen. (Vgl. Wohlgemuth 2009: 42 ff.)

4.1.2 Der salutogenetische Ansatz der Gesundheitsförderung

Grundlage für das vorgestellte erweiterte Modell der Prävention von Wohlgemuth ist der Ansatz der Gesundheitsförderung. Dieser wendet sich ab von der rein defizitorientierten Verhinderung von Krankheit, wie sie dem klassischen Verständnis von Prävention immanent ist, und beinhaltet dagegen ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde Maßnahmen (vgl. Bengel et al. 2001: 70). Etabliert wurde die Idee der Gesundheitsförderung 1986 durch die Ottawa-Charta²⁹ der WHO. Sie symbolisiert einen Perspektivenwechsel von der Krankheitsorientierung hin zu einem neuen Verständnis der Förderung von Gesundheit (vgl. Altgeld/Kolip 2007: 43). Ihr zugrunde liegt das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky, in dem dieser die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beschreibt. „Antonovskys Hauptthese ist, daß (!) ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl der entscheidende Faktor für eine erfolgreiche Bewältigung allgegenwärtiger Anforderungen und Stressoren und damit für den Erhalt der Gesundheit ist“ (Bengel et al. 2001: 69). Dieses Kohärenzgefühl kann als „ein positives, aktives Selbstbild der Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit verstanden werden“ (Franzkowiak 2003: 199). Gesundheit und Krankheit werden im salutogenetischen Modell als „zwei Pole eines Kontinuums“ (Altgeld/Kolip 2007: 41) konzipiert. Wo sich ein Mensch auf diesem Kontinuum befindet, hängt dann einerseits von den Risiken ab, denen er ausgesetzt ist, aber andererseits auch von den personalen und sozialen Schutzfaktoren, wie z.B. dem genannten Kohärenzgefühl (vgl. ebd.). Im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung steht somit ein Ansatz, „der Menschen Kompetenzen zuerkennt und sie fördert, anstatt nur Defizite auszugleichen“ (Raabe 2009: 40). Auch für die Prävention von Essstörungen scheint ein solcher ressourcenorientierter Ansatz sinnvoll zu sein. Denn auf diese Weise können die Teilnehmenden im Sinne des Empowerments lernen, sich ihrer eigenen Stärken bewusst zu werden und z.B. gesellschaftlichen Anforderungen selbstbestimmt entgegenzutreten (vgl. ebd.). Dieses Thema soll an anderer Stelle wieder aufgegriffen werden (siehe Abschnitt 4.4).

²⁹ Die Ottawa-Charta ist das Abschlussdokument der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Ottawa, in dem die wichtigsten Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung zusammengefasst und um spezifische Handlungsprinzipien und –bereiche ergänzt wurden (vgl. Altgeld/Kolip 2007: 43 ff.).

4.2 Zur Notwendigkeit eines geschlechtsspezifischen Ansatzes

Diese Arbeit konzentriert sich auf Mädchenspezifische Programme zur Prävention von Essstörungen. Doch warum ist es eigentlich so wichtig bei dem Thema Essstörungen einen geschlechtsspezifischen Ansatz zu wählen?

Wie bereits in Kapitel 2 ausgeführt, sind von der Problematik der Essstörungen vor allem junge Mädchen und Frauen betroffen. Berger (2008b: 159) stellt daher fest, dass die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten bei der Entwicklung und Durchführung von Programmen zur Prävention besonders wichtig sei. Denn schließlich erfolgt auch die Sozialisation geschlechtsspezifisch (vgl. Klees et al. 2007: 20) und spielt, wie die Analyse der gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren von Essstörungen im dritten Kapitel gezeigt hat, eine große Rolle bei der Entstehung von Essstörungen, gerade im Zusammenhang mit den vor allem für junge Frauen engen, normativen Vorgaben des schlanken Schönheitsideals. Außerdem müssen Mädchen, bedingt durch ihre Sozialisation, gerade in der Phase der Adoleszenz vielfältige Ambivalenzen ertragen und verarbeiten. Dabei stehen im Fokus die Ambivalenz von Bindung und Loslösung von der Ursprungsfamilie³⁰ (vgl. Böhnisch/Funk 2002: 96) ebenso wie ambivalente Gefühle der eigenen Körperlichkeit. „Körperliche Attraktivität wird zu einem wichtigen Element des Selbstbewusstseins und der Bestätigung. Zugleich aber ist gerade dieser Körper-Ich-Aspekt der Identität besonders labil und anfällig für [...] Störungen“ (Bitzan/Daigler 2004: 30). Adoleszenz präsentiert sich somit als eine „einschneidende Phase der Verunsicherung“ (a.a.O.: 28) für Mädchen. Auch der Wunsch nach Eigenständigkeit und Autonomie kann in dieser Zeit zu einem Konflikt mit normativen Handlungsvorgaben führen. Denn die weiblich konnotierten Attribute der Harmonie und des Konsensbedürfnisses stehen konträr zu einer konsequenten Durchsetzung des eigenen Willens und von Unabhängigkeit (vgl. a.a.O.: 29). Gemäß seiner theoretischen Konzeption einer Lebensbewältigung versteht Lothar Böhnisch Essstörungen wie die Magersucht in diesem Zusammenhang auch als „extreme Bewältigungsmuster einer Mädchensozialisation“ (Böhnisch/Funk 2002: 100), als Möglichkeit sich den gesellschaftlichen Anforderungen des Frauseins zu entziehen.

Um Mädchen eine selbstbestimmte Identitätsarbeit zu ermöglichen, bietet es sich an mit ihnen in geschlechtshomogenen Gruppen zu arbeiten (vgl. Klees et al. 2007: 29). Dabei sind sie frei von einer ständigen Präsenz männlicher Normen und Erwartungen, männlicher

³⁰ Mädchen werden in ihrem Verhalten von ihren Eltern deutlich mehr beschränkt und kontrolliert als Jungen. Dabei wird oftmals der Körper als Grund für Schutz und Kontrolle erlebt. Außerdem widersprechen Wünsche nach familiärem Rückhalt, Anerkennung und Zuneigung dem Wunsch nach Autonomie und einer Loslösung von der Familie (vgl. Böhnisch/Funk 2002: 96).

Beobachtung und einem damit zusammenhängenden Anpassungs- und Leistungsdruck und können sich so von den Zwängen gesellschaftlicher Rollenzuweisungen befreien (vgl. Klees et al. 2007: 37). In der Präventionsarbeit zum Thema Essstörungen bieten solche geschlechts-homogenen Gruppen dann auch die Möglichkeit, die angesprochenen spezifischen Sozialisationsbedingungen von jungen Mädchen und Frauen und ganz besonders ihr geschlechtsspezifisches Verhältnis zu ihren Körpern, zu berücksichtigen und auch zu thematisieren. Im Folgenden sollen nun einige Mädchenspezifische Konzepte zur Prävention von Essstörungen vorgestellt werden.

4.3 Mädchenspezifische Konzepte zur Prävention von Essstörungen

Präventionsprogramme zum Thema Essstörungen „existieren international seit den 1980er Jahren, im deutschsprachigen Raum erst seit Ende der 1990er Jahre“ (Berger 2008b: 159) Sie sind meist primärpräventiv ausgerichtet und versuchen einerseits bei der Zielgruppe jugendlicher Mädchen die Risikofaktoren zu vermindern, aber gleichzeitig auch Schutzfaktoren zu stärken (vgl. Berger 2008a: 66). Eine Metaanalyse internationaler, meist in den USA entwickelter, evaluierter Programme zur Prävention von Essstörungen aus dem Jahr 2007 ergab eine Reihe von Kriterien, die sich als erfolgsversprechend für solche Programme herausgestellt haben. Besonders wirksam waren demnach Programme, die interaktiv, risikogruppenorientiert und geschlechtsspezifisch konzipiert waren, mehrere Lektionen umfassten und von externen Fachkräften durchgeführt wurden (vgl. a.a.O.: 67). Auch in Deutschland gibt es vielversprechende Ansätze, bisher sind jedoch „erst wenige Programme systematisch auf ihre langfristige Effektivität hin überprüft worden“ (Dannigkeit et al. 2007: 679). Zu den wissenschaftlich evaluierten Präventionsansätzen zum Thema Essstörungen gehören z.B. das in den Jahren 2000 bis 2001 an Frankfurter Schulen geschlechtsspezifisch durchgeführte Projekt „Jugend mit Biss“, das sogenannte „Trainingsprogramm an Schulen“ in Nordrhein-Westfalen (vgl. Dannigkeit et al. 2007), das jedoch nur an wenigen Schulen stattgefunden hat und das an Thüringer Schulen und auch im Bundesland Baden-Württemberg etablierte Programm „PriMa“ (Primärprävention Magersucht), das nachfolgend noch genauer vorgestellt werden soll (vgl. Berger 2008a: 63 f.). Ebenfalls wissenschaftlich evaluiert wurden das Modellprojekt „Durch DICK und dünn“ der AOK Niedersachsen und die verschiedenen Workshops und Programme zur Prävention von Essstörungen des Vereins Heidelberger Mädchenhaus e.V. (vgl. ebd.), die beim Thema der außerschulischen Präventionsarbeit näher betrachtet werden.

4.3.1 Programme an Schulen

Wie die zuvor angesprochene Metaanalyse ergeben hat, sollten präventive Interventionen zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein und über einen längeren Zeitraum stattfinden. Dabei bietet sich „unter den Gesichtspunkten der frühen Ansprechbarkeit sowie der Kontinuität [...] die Schule als günstiges Forum für Gesundheitsförderung an“ (Buddeberg-Fischer 2000: 135), denn Kinder und Jugendliche verbringen einen großen Teil ihrer Zeit dort. „Die Schule bildet neben der Familie die wohl wichtigste Sozialisationsinstanz“ (Richter 2008: 20) und oft entstehen auch die Peergroups hier, die gerade im Zusammenhang mit dem Thema Essstörungen in der Lage sind, problematische Verhaltensweisen aufzufangen und damit als Ressource zu dienen oder aber diese auch noch, z.B. durch eine Form des Gruppendrucks, zu verstärken. Außerdem seien, so Dannigkeit, Köster und Tuschen-Caffier (2005: 685), Schüler im Kontext Schule für gesundheitsfördernde Maßnahmen sehr motiviert.

Das Programm PriMa zur Primärprävention von Magersucht ist ein Mädchenspezifisches Präventionsprogramm für die Arbeit an Schulen. Es wurde ab 2003 an der Universitätsklinik Jena in Kooperation mit dem Thüringer Kultusministerium für Mädchen ab der 6. Klasse entwickelt (vgl. Berger 2008b: 160). Das Programm umfasst eine eintägige Fortbildung der Lehrerinnen und Lehrer, eine Informationsveranstaltung für die Eltern und den daran anschließenden Projektunterricht mit den Schülerinnen. Die neun Lektionen dieses Unterrichts basieren auf speziell konzipierten Postern³¹, die eine kognitive Dissonanz bei den Teilnehmerinnen erzeugen, und damit als Einstieg in eine Diskussion dienen sollen. Passende Arbeitshefte und Rollenspiele sind weitere verwendete Methoden des Projektunterrichtes von PriMa (vgl. a.a.O.: 160 ff.). Ziele des Programmes sind Aufklärung und Information, die Verbesserung der Kommunikation zwischen Kindern, Eltern, Lehrern und Mitschülern, eine Stärkung des Selbstvertrauens und im Umgang mit dem eigenen Körper, das Einüben von Einfühlungsvermögen, die Förderung eines gesunden Bewegungs- und Essverhaltens sowie das Auftreten und die Häufigkeit von Essstörungen zu senken und zu lernen, die Symptome von Essstörungen rechtzeitig erkennen und gegensteuern zu können (vgl. Berger 2008a: 49). Daher wird das Projekt auch von Maßnahmen der Sekundärprävention begleitet, um im Fall erster Anzeichen für eine Erkrankung möglichst rasch eine professionelle Behandlung einleiten zu können, z.B. wurde eine Telefon-Hotline für Betroffene geschaltet (vgl. a.a.O.: 46).

³¹ Alle diese Poster zeigen eine lächelnde, gut gelaunte Barbiepuppe in ganz unterschiedlichen Situationen. Kontrastiert wird dieses positive Bild durch Zitate von Essstörungspatientinnen, die zeigen sollen, wie sich diese Barbie hinter ihrer Fassade „wirklich“ fühlt. Themen sind dabei Schönheitsideale, Rebellion, rigide Essrituale, Kontrollverlust, Körperbildstörungen und auch Suizidgedanken. (Vgl. Berger 2008b: 163)

Basierend auf der anschließenden Programmevaluation wurde PriMa verbessert und 2005 durch eine gemischtgeschlechtliche Fortsetzung zur Vorbeugung von Bulimie und Binge Eating Disorder mit dem Namen „Torera“ (Stierkämpferin) für die 7. Klasse und durch sogenannte Auffrischungssitzungen in der 8. und 9. Klasse zur Unterstützung von interessierten Schülerinnen ergänzt (vgl. Berger 2008b: 164).

Auch in Hamburg gibt es Ideen für die Primärprävention von Essstörungen. So gibt das Suchtpräventionszentrum des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung (2007) im Auftrag der Hamburger Schulbehörde einen „Leitfaden zur Prävention von Essstörungen in der Schule“ heraus. Darin werden die Lehrerinnen und Lehrer über die Hintergründe und unterschiedlichen Formen von Essstörungen aufgeklärt, über sekundärpräventive Hilfsmaßnahmen für Betroffene in Hamburg, z.B. in Form von Beratungsangeboten, informiert und erhalten vor allem Unterrichtsvorschläge zum Thema Essstörungen. Neben Informationen zu passendem Unterrichtsmaterial, Filmen und Jugendbüchern, zeigt der Leitfaden auf, wie das Thema Körper und Ernährung interdisziplinär in den unterschiedlichen Fächern behandelt werden kann. So wird vorgeschlagen im Biologieunterricht die Gefahren von Diäten und den Zusammenhang von seelischer und körperlicher Gesundheit zu behandeln, im Fach Deutsch Jugendliteratur zum Thema Essstörungen zu lesen, aber auch die Formulierung eigener Interessen zu üben und Gefühle wie Einsamkeit zu thematisieren. In Arbeitslehre und Sport kann Spaß am Kochen bzw. der Bewegung vermittelt werden, im Gesellschaftsunterricht der Einfluss von Medien und Werbebotschaften auf uns und unser Selbstbild kritisch reflektiert werden und das Fach Kunst eignet sich dafür Themen wie Körperwahrnehmung, Körperausdruck und Körperdarstellung zu besprechen. Darüber hinaus enthält der Leitfaden Material für eine drei Doppelstunden umfassende Unterrichtseinheit zum Thema Essstörungen, sowie weitere konkrete Übungen zu den Themen Essen mit Genuss, Körperwahrnehmung und Schönheit. Diese Übungen sind meist geschlechtsspezifisch konzipiert, haben aber auch koedukative Anteile (vgl. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung 2007).

Versucht man nun die beiden dargestellten Formen von Primärprävention in das am Ende von Abschnitt 4.1 angeführte Präventionsmodell von Wohlgemuth einzuordnen, zeigt sich, dass sowohl das Programm PriMa, als auch die Hamburger Präventionsmaßnahmen in erster Linie einer kausalen Logik folgen. So zielen die einzelnen Komponenten darauf ab, entweder die Entwicklung von Essstörungen zu verhindern oder aber einen positiven Umgang mit dem Thema Körper und Ernährung bei den Schülerinnen zu bewirken.

4.3.2 Außerschulische Präventionsarbeit

„Die Möglichkeiten der Schule, als Vermittlerin von gesundheitsfördernden Maßnahmen zu wirken, sind durch verschiedene Faktoren eingeschränkt“ (Buddeberg-Fischer 2000: 135). So wird die Schule oftmals von Kindern und Jugendlichen als Belastungsfaktor empfunden und bietet keinen neutralen Ort für die Präventionsarbeit. Außerdem steht im Vordergrund des Schulalltages die Vermittlung von Wissen und dabei scheint zumeist wenig Platz für die Förderung der emotionalen Entwicklung zu sein (vgl. ebd.). Daher ist es sehr wichtig auch außerschulische Angebote zur Prävention von Essstörungen zu machen. Gerade der Bereich der Sekundärprävention, mit Angeboten zur Beratung und Unterstützung bereits betroffener Kinder und Jugendlicher, kann im benötigten Umfang nur von Einrichtungen der Jugendhilfe qualifiziert abgedeckt werden. Aber auch primärpräventive Maßnahmen zum Thema Essstörungen werden von vielen Jugendhilfeträgern durchgeführt, so auch vom Mädchenhaus Heidelberg e.V., dessen Präventionsprojekt kurz exemplarisch vorgestellt werden soll.

Das Projekt zur Prävention von Essstörungen des Vereins Mädchenhaus Heidelberg e.V. ist in verschiedene Projektbausteine unterteilt. Es besteht aus Fortbildungen für Multiplikatoren, wie z.B. LehrerInnen und SozialarbeiterInnen, in denen diese umfassend über Essstörungen informiert werden, Informationsabenden für Eltern, dem medienkritischen Fotoprojekt „Was heißt hier schön?“, das versucht jungen Mädchen ein kritisches Medienbewusstsein zu vermitteln, in dem es die Möglichkeiten der digitalen Bildbearbeitung entlarvt, dem Internetprojekt „Ess-stoerungen.net“, ein niedrigschwelliges Online-Beratungsangebot, sowie Workshops zur Primärprävention von Essstörungen (vgl. Raabe 2009: 60 ff.). In diesen Workshops für Mädchen ab 12 Jahren werden Themen bearbeitet wie Schönheitsideale und der Einfluss der Medien, Schönheit im Wandel der Zeit, Wie fühle ich mich mit mir und meinem Körper?, Was kann ich tun, um mich wohl zu fühlen? Auch Essen und Essprobleme werden natürlich thematisiert. Die Workshops sind für drei Tage konzipiert und auf eine Teilnehmerinnenzahl von 12 Mädchen begrenzt. Interessierte Schulen können die Workshops, z.B. im Rahmen von Projekttagen, mit ihren Schülerinnen durchführen lassen, wobei dafür nach Möglichkeit außerschulische Räume genutzt werden. Ansonsten finden die Workshops im Rahmen der Angebote des Mädchenhaus Heidelberg und anderer Jugendhäuser statt (vgl. a.a.O.: 63 ff.). Dieses Präventionsprojekt des Mädchenhaus Heidelberg e.V. arbeitet im Präventionsverständnis von Wohlgemuth vor allem nach einer kausal-anstrebenden Logik, in dem versucht wird, eine positive Entwicklung der Mädchen in Bezug auf ihr Körpergefühl zu initiieren.

Neben den zuvor skizzierten primärpräventiven Programmen bieten die verschiedensten Beratungszentren in Deutschland auch eine kostenlose Beratung von Betroffenen sowie die Schulung von Multiplikatoren im Sinne einer Sekundärprävention an (vgl. Berger 2008a: 64 f.). Ein solches Beispiel für Hamburg ist KAJAL, eine Einrichtung des Vereins Frauenperspektiven e.V., die Beratung und Suchtprävention für Mädchen und Fortbildung und Beratung für pädagogische Fachkräfte auch zum Themenbereich Essstörungen durchführt. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Möglichkeiten sich online zu informieren, sich beraten zu lassen oder sich mit anderen Betroffenen auszutauschen (vgl. a.a.O.: 65). Gelungene Beispiele dafür sind der bereits angesprochene Internetauftritt www.ess-stoerungen.net des Mädchenhaus Heidelberg e.V. oder der Anorexie- und Bulimie-Server (www.ab-server.de) der Universität Leipzig.

4.4 Zur Berücksichtigung gesellschaftlicher Bedingungsfaktoren von Essstörungen in mädchenspezifischen Präventionskonzepten

In den im vorangegangenen Abschnitt vorgestellten Programmen zur Prävention von Essstörungen wird die Bedeutung der Gesellschaft für deren Entwicklung mit berücksichtigt, in dem zum Beispiel geltende Schönheitsideale und der Einfluss der Medien thematisiert und teilweise hinterfragt werden. Nun soll in diesem Abschnitt aber nochmal genauer dargestellt werden, wie die im dritten Kapitel herausgearbeiteten gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren in mädchenspezifischen Präventionskonzepten Berücksichtigung finden können. Dabei handelt es sich zum einen um den Einfluss von Schönheitsnormen und normierter Körperideale auf das Körper selbstbild und –empfinden und zum anderen um die besonderen Anforderungen an eine Identitätsfindung unter den Bedingungen von Individualisierung und Pluralisierung von Lebensformen und Möglichkeiten. Beide Aspekte spielen gerade bei der Vergesellschaftung von Frauen eine große Rolle, wie in Abschnitt 3.4 gezeigt wurde.

Hornstein (2001: 39) weist das „Akzeptieren der eigenen körperlichen Entwicklung und die Bewältigung der damit verbundenen Konflikte“ als eine der zentralen Aufgaben von Heranwachsenden aus. Erschwert wird diese Aufgabe durch gesellschaftliche Diskurse der Schlankheit und Attraktivität, die die Vorstellung vom perfekten Körper bestimmen und z.B. über Werbebotschaften vermittelt werden. Ziel eines mädchenspezifischen Präventionskonzeptes sollte es daher vor allem sein, junge Mädchen und Frauen zu befähigen, normative Körperbilder kritisch zu reflektieren und nicht unkritisch zu übernehmen (vgl. Gransee 2008: 168).

Um so einen selbstbewussten, kritischen Umgang mit Schönheitsnormen zu unterstützen, ist es von großer Wichtigkeit die Medienkompetenz der Jugendlichen zu fördern. So könnte man gemeinsam aufdecken, wie Körperabbildungen z.B. durch Retuschierungen manipuliert werden und analysieren mit welchen widersprüchlichen Botschaften uns die Medien täglich konfrontieren³². Darüber hinaus kann sich in Phantasiereisen und Rollenspielen mit den verschiedenen Vorstellungen von Schönheit auseinandergesetzt und Gefühle und Erfahrungen zum Thema Körper und Attraktivität sowie Vorurteile und Selbstwahrnehmung diesbezüglich thematisiert werden. Um nun ein eigenständiges Körperbild zu entwickeln und auch zu akzeptieren und sich in dieser individualisierten Gesellschaft zurechtzufinden, sollten auch allgemeine Lebenskompetenzen der Mädchen gefördert werden. Dazu gehören z.B. die generelle Stärkung des Selbstvertrauens, die Förderung des konstruktiven Umgangs mit Konflikten, z.B. durch Nein-Sagen-Lernen in Selbstbehauptungstrainings, die Befähigung zum Umgang mit Gefühlen wie Frustration, Schmerz und Kränkung, die Ermutigung zur Kommunikation oder auch das Erlernen, Üben und Praktizieren von Entspannungs- und Selbstverteidigungsübungen (vgl. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung 2007: 26). „Eine [solche] Vermittlung von Copingstrategien ist allerdings nicht im Rahmen von kurzfristig angelegten Schulprojekten möglich, sondern nur über längere Zeiträume hinweg“ (Raabe 2009: 54). Sie entspricht einem ressourcenorientierten, salutogenetischen Ansatz, welcher die Teilnehmerinnen eines Präventionskonzeptes in die Lage versetzen könnte, die eigenen Kräfte und Fähigkeiten für die Bewältigung gesellschaftlicher Anforderungen einzusetzen und die Ausbildung einer stabilen Identität zu erreichen. Diese Form der Gesundheitsförderung enthält die Idee des Empowerments, „deren Anspruch es ist, (junge) Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken zu ermutigen und ihnen Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebenssouveränität zu vermitteln“ (Herriger 2001: 104). Mädchenspezifische Präventionsprogramme zum Thema Essstörungen sollten somit sowohl allgemeine, als auch spezifische Komponenten beinhalten (vgl. Reese/Silbereisen 2001: 156). So können Mädchen in speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Maßnahmen einerseits universelle Fähigkeiten zur Lebensbewältigung, aber auch besondere Kompetenzen im Umgang mit Körper, Essen und Schönheit erlangen und werden auf diese Weise in einem final-präventiven Sinne ermutigt, selbstbestimmt individuelle Lebensentwürfe umzusetzen.

³² So werden in der Werbung fast ausschließlich schlanke, attraktive Menschen dargestellt, die dann aber für „dickmachende“ Produkte wie Schokolade und Fast-Food werben. Außerdem wird erzürnt über den „Magerwahn“ im Modelbusiness berichtet, während im nächsten Moment genau diese Models abgebildet werden.

5. Schlussbemerkung

Essstörungen entstehen in einem komplexen Zusammenwirken aus persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Faktoren. Doch vor allem die Gesellschaft erweist sich als besonders bedeutend bei der Entwicklung einer Essstörung. Der Körper, in dem die Essstörung ja ausgelebt wird, ist der „Ort, an dem soziale, politische und kulturelle Verhältnisse den Menschen unter die Haut gehen“ (Villa/Zimmermann 2008: 171). Gesellschaftliche Diskurse prägen und formen den Körper, nehmen Einfluss auf unser Bild von ihm. So schreiben sich auch „Zahlen und Maße rund um das Körpergewicht als spezifisch moderner Modus der Normalitätsgenerierung tief in die Individualität und Subjektförmigkeit von Menschen ein“ (a.a.O.: 173). Diese Körperideale, aber auch andere Ansprüche, Möglichkeiten und Beschränkungen einer individualisierten Gesellschaft, werden zu Herausforderungen gerade für junge Frauen. Diese stehen in der Adoleszenz vor der Aufgabe ein eigenständiges Selbstkonzept als erwachsene Frau zu entwickeln. Dabei werden sie beeinflusst von den genannten gesellschaftlichen Bedingungen, rebellieren gegen sie oder passen sich an, und versuchen so ihre persönlichen Lebensentwürfe zu gestalten. Der problematische Umgang mit dem Thema Essen kann hierbei ein mögliches Resultat darstellen. Mädchenspezifische Präventionskonzepte stehen nun vor der Aufgabe, diese Bedingungsfaktoren von Essstörungen mit zu reflektieren. Allgemeine Lebenskompetenzen können den selbstbewussten Umgang mit gesellschaftlichen Zwängen fördern, spezielle Präventionsinhalte vermitteln Kompetenzen zu körperbezogenen Themen. Dabei geht es nicht so sehr darum, die Mädchen über Essstörungen aufzuklären, denn das könnte einerseits eine gegenteilige Wirkung haben (vgl. Raabe 2009: 52), andererseits sind sie meist bereits gut informiert, klären sich z.B. gegenseitig im Internet auf. Sondern es geht vielmehr darum, Ressourcen und Schutzfaktoren zur Lebensbewältigung und ein kritisches Bewusstsein in Bezug auf gesellschaftliche Anforderungen bei den Mädchen zu aktivieren. Betrachtet man die vorhandenen Präventionskonzepte zum Thema Essstörungen, zeigt sich, dass es zwar einige Programme dazu gibt, jedoch nur wenige davon wichtige Veränderungen des Selbstwertempfindens mit sich bringen (vgl. Röhrle 2007: 50). Die Kürze und Intensität vieler Programme scheint hier nicht ausreichend zu sein, um stabile Merkmale zu verändern (vgl. ebd.). „Gute“ Prävention sollte daher langfristig und damit auf Nachhaltigkeit angelegt werden (vgl. Schmitt 2009: 242). Niedrigschwelligkeit, Ressourcen- und Lebensweltorientierung sind weitere bedeutsame Aufgaben einer zukünftigen, erfolgreichen Präventionsarbeit.

Abschließend sei das Augenmerk noch einmal auf die gesellschaftlichen Diskurse über den Körper gerichtet. Diskurse um Schönheitsnormen und Schlankeheit generieren unsere Bewertungen und Einstellungen zu unseren und anderen Körpern, können so auch zur Entwicklung von Essstörungen beitragen. Warum aber lassen wir uns das Diktat des Schlankeheitsdiskurses gefallen? Gibt es eine Möglichkeit der aktiven Veränderung dieses Diskurses? Wie bereits am Ende des Abschnittes über Judith Butlers Körperverständnis angeführt, können Diskurse und ihre Bedeutungen, jedenfalls theoretisch betrachtet, durch eine andere Form der Wiederholung verschoben werden. Eine solche performative Verschiebung drückt die Gesellschaftswirksamkeit von Diskursen aus, an denen wir alle jederzeit aktiv beteiligt sind. Wünschenswert wäre so ein Widerstand gegen die herrschenden Körperideale, ermöglicht er doch eine Entwicklung hin zu einer größeren Akzeptanz und Vielfalt unterschiedlichster Körperformen. Umzusetzen ist er sicher schwer, ein Anfang ist jedoch gemacht, wenn junge Mädchen und Frauen in Zukunft befähigt werden, selbstbewusst eigenständige Körperkonzepte zu leben. Mädchenspezifische Maßnahmen der Essstörungsprävention können und sollten dazu einen Beitrag leisten. Ihre Aufnahme in die Schulcurricula Deutschlands ist aufgrund der eingangs dargestellten Konsequenzen der Erkrankung und ihrer wachsenden Verbreitung absolut notwendig. Ausgeblendet werden dürfen dabei natürlich nicht die Jungen. Auch sie sollten in eigens auf sie abgestimmten Programmen lernen, ein positives Gefühl für ihren Körper zu entwickeln, sich von gesellschaftlichen Vorstellungen eines idealen Körpers zu emanzipieren und individuelle Lebensentwürfe durchzusetzen.

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Diagnosekriterien für Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV	5
Tabelle 2: Diagnosekriterien für Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV	7
Tabelle 3: Forschungskriterien für die Binge Eating Disorder nach DSM-IV	8

Literaturverzeichnis

- Absenger, Iris (2005): Die verkörperte Essstörung. Anorexie – Bulimie – Adipositas. Erleben erleiden: umfassender Therapieüberblick und ein Körperausdruckmodell.
Herbolzheim: Centaurus Verlag
- Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (2007): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarb. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber, S. 41-50
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erw. Neuaufl., Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Berger, Uwe (2008a): Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen. Die Programme PriMa, TOPP und Torera zur Primärprävention von Magersucht, Bulimie, Fress-Attacken und Adipositas. Stuttgart: Kohlhammer
- Berger, Uwe (2008b): Evaluierte Programme zur Prävention von Essstörungen. In: Ernährung. Wissenschaft und Praxis. H. 4, 2008, S. 159-167
- Biedert, Esther (2008): Essstörungen. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Bitzan, Maria; Daigler, Claudia (2004): Eigensinn und Einmischung. Einführung in Grundlagen und Perspektiven parteilicher Mädchenarbeit. 2. Aufl., Weinheim/München: Juventa Verlag
- Böhnisch, Lothar; Funk, Heide (2002): Soziale Arbeit und Geschlecht. Theoretische und praktische Orientierungen. Weinheim/München: Juventa Verlag
- Bronner, Kerstin; Behnisch, Michael (2007): Mädchen- und Jungenarbeit in den Erziehungshilfen. Einführung in die Praxis einer geschlechterreflektierenden Pädagogik. Weinheim/München: Juventa Verlag
- Bublitz, Hannelore (2002): Judith Butler zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag
- Buddeberg-Fischer, Barbara (2000): Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)(2006): Essstörungen... ..was ist das? Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

- Butler, Judith (1991): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Butler, Judith (1997): Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Dannigkeit, Nora; Köster, Grit; Tuschen-Caffier, Brunna (2007): Wirksam, schädlich oder überflüssig? Programme zur primären Prävention von Essstörungen. In: Röhrle, Bernd (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III. Kinder und Jugendliche. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 679-711
- Degele, Nina (2004): Sich schön machen. Zur Soziologie von Geschlecht und Schönheitshandeln. Wiebaden: VS Verlag
- Degele, Nina (2007): Schönheit – Erfolg – Macht. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 18/2007, S. 26-32
- Degele, Nina (2008): Normale Exklusivitäten – Schönheitshandeln, Schmerznormalisieren, Körper inszenieren. In: Villa, Paula-Irene (Hrsg.): Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst. Bielefeld: Transcript Verlag, S. 67-84
- Ehrenberg, Alain (2008): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Elias, Norbert (1976): Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Zweiter Band: Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Fichter, Manfred; Quadflieg, Norbert; Hedlund, Susanne (2006): Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. In: International Journal of Eating Disorders. Jg. 39, H. 2, S. 87-100
- Flaake, Katrin; King, Vera (1995): Psychosexuelle Entwicklung, Lebenssituation und Lebensentwürfe junger Frauen. Zur weiblichen Adoleszenz in soziologischen und psychoanalytischen Theorien. In: Flaake, Katrin; King, Vera (Hrsg.): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. 3. Aufl., Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag, S. 13-39
- Foucault, Michel (1994): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Foucault, Michel (2007): Die Ordnung des Diskurses. 10. Aufl., Frankfurt am Main: Fischer Verlag

- Franke, Alexa (2001): Essstörungen. In: Franke, Alexa; Kämmerer Annette (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 355-396
- Franzkowiak, Peter (2003): Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4., erw. und überarb. Aufl., Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo, S. 198-200
- Gransee, Carmen (2008): Essstörungen, Körperbilder und Geschlecht. In: Schmidt-Semisch, Henning; Schorb, Friedrich (Hrsg.): Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas. Wiesbaden: VS Verlag, S. 163-170
- Gugutzer, Robert (2002): Leib, Körper und Identität. Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Gugutzer, Robert (2004): Soziologie des Körpers. Bielefeld: transcript Verlag
- Gugutzer, Robert (2005): Der Körper als Identitätsmedium: Eßstörungen. In: Schroer, Markus (Hrsg.): Soziologie des Körpers. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 323-355
- Gugutzer, Robert (2006): Der *body turn* in der Soziologie. Eine programmatische Einführung. In: Gugutzer, Robert (Hrsg.): *body turn*. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports. Bielefeld: transcript Verlag, S. 9-53
- Gugutzer, Robert (2007): Körperkult und Schönheitswahn – Wider den Zeitgeist. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 18/2007, S. 3-6
- Habermas, Tilmann (1990): Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Hähne, Cornelia; Dümmler, Kerstin (2008): Einflüsse von Geschlecht und sozialer Ungleichheit auf die Wahrnehmung und den Umgang mit dem Körper im Jugendalter. In: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 93-115
- Hahn, Kornelia; Meuser, Michael (2002): Zur Einführung: Soziale Repräsentation des Körpers. Körperliche Repräsentation des Sozialen. In: Hahn, Kornelia; Meuser, Michael (Hrsg.): Körperrepräsentationen. Die Ordnung des Sozialen und der Körper. Konstanz: UKV Verlagsgesellschaft, S. 7-16

- Helfferrich, Cornelia (1994): Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität. Opladen: Leske + Budrich Verlag
- Herpertz-Dahlmann, Beate; Hagenah, Ulrich; Vloet, Timo; Holtkamp, Kristian (2005): Essstörungen in der Adoleszenz. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 54. Jg., H. 4, S. 248-267
- Herriger, Norbert (2001): Prävention und Empowerment. Brückenschläge für die pädagogische Arbeit mit Jugendlichen. In: Freund, Thomas; Lindner, Werner (Hrsg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 97-111
- Hitzler, Ronald (2002): Der Körper als Gegenstand der Gestaltung. Über physische Konsequenzen der Bastelexistenz. In: Hahn, Kornelia; Meuser, Michael (Hrsg.): Körperrepräsentationen. Die Ordnung des Sozialen und der Körper. Konstanz: UKV Verlagsgesellschaft, S. 71-85
- Hornstein, Walter (2001): Was soll Jugendarbeit? Zwischen Prävention und Emanzipation. Ein Beitrag zur Aufgabenbestimmung der Jugendarbeit im Zeitalter der „radikalierten Moderne“. In: Freund, Thomas; Lindner, Werner (Hrsg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen: Leske + Budrich Verlag. S. 15-50
- Jacobi, Corinna; Paul, Thomas; Thiel, Andreas (2004): Essstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Jäger, Ulle (2004): Der Körper, der Leib und die Soziologie. Entwurf der Theorie einer Inkorporierung. Königsstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag
- Jurczyk, Karin (2001): Individualisierung und Zusammenhalt. Neuformierungen von Geschlechterverhältnissen in Erwerbsarbeit und Familie. In: Brückner, Margrit; Böhnisch, Lothar (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse. Gesellschaftliche Konstruktionen und Perspektiven ihrer Veränderung. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 11-37
- King, Vera (2000): Geschlecht und Adoleszenz im sozialen Wandel. Jugendarbeit im Brennpunkt gesellschaftlicher und individueller Veränderungen. In: King, Vera; Müller, Burkhard K. (Hrsg.): Adoleszenz und pädagogische Praxis. Bedeutungen von Geschlecht, Generation und Herkunft in der Jugendarbeit. Freiburg i. Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 37-57

- Klees, Renate; Marburger, Helga; Schumacher, Michaela (2007): Mädchenarbeit. Praxis-
handbuch für die Jugendarbeit Teil 1. 6. Aufl., Weinheim/München: Juventa Verlag
- Krüger, Claus; Reich, Günter; Buchheim, Peter; Cierpka, Manfred (2001): Essstörungen und
Adipositas: Epidemiologie – Diagnostik – Verläufe. In: Reich, Günter; Cierpka,
Manfred (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapie-
praxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. 2., neubearb. und erw. Aufl.,
Stuttgart: Thieme Verlag, S. 24-42
- Krüger-Fürhoff, Irmela Marei (2005): Körper. In: von Braun, Christina; Stephan, Inge (Hrsg.):
Gender@Wissen. Ein Handbuch der Gender- Theorien. Köln: Böhlau Verlag, S. 66-80
- Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, SuchtPräventionsZentrum (2007):
Essenslust und Körperfrust. Leitfaden zur Prävention von Essstörungen in der Schule.
Hamburg: SuchtPräventionsZentrum
- Leppin, Anja (2007): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann,
Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheits-
förderung. 2., überarb. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber, S. 31-40
- Lindner, Werner; Freund, Thomas (2001): Der Prävention vorbeugen? Zur Reflexion und
kritischen Bewertung von Präventionsaktivitäten in der Sozialpädagogik. In: Freund,
Thomas; Lindner, Werner (Hrsg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von
Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 69-96
- Lorenz, Maren (2000): Leibhaftige Vergangenheit. Einführung in die Körpergeschichte.
Tübingen: Edition Diskord
- Ludewig, Karin (2002): Die Wiederkehr der Lust. Körperpolitik nach Foucault und Butler.
Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Macha, Hildegard; Fahrenwald, Claudia (2003): Körper, Identität und Geschlecht zwischen
Natur und Kultur. In: Macha, Hildegard; Fahrenwald, Claudia (Hrsg.): Körperbilder
zwischen Natur und Kultur. Interdisziplinäre Beiträge zur Genderforschung. Opladen:
Leske + Budrich Verlag, S. 15-41
- Meuser, Michael (2002): Körper und Sozialität. Zur handlungstheoretischen Fundierung einer
Soziologie des Körpers. In: Hahn, Kornelia; Meuser, Michael (Hrsg.): Körperrepräsen-
tationen. Die Ordnung des Sozialen und der Körper. Konstanz: UKV Verlagsgesell-
schaft, S. 19-44

- Moebius, Stephan; Reckwitz, Andreas (2008): Einleitung. Poststrukturalismus und Sozialwissenschaften: Eine Standortbestimmung. In: Moebius, Stephan; Reckwitz, Andreas (Hrsg.): Poststrukturalistische Sozialwissenschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 7-23.
- Orbach, Susie (1991): Anti-Diät-Buch. Über die Psychologie der Dickleibigkeit. Die Ursachen von Esssucht. 15. Aufl., München: Verlag Frauenoffensive
- Posch, Waltraud (2009): Projekt Körper. Wie der Kult um die Schönheit unser Leben prägt. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag
- Raab, Heike (1998): Foucault und der feministische Poststrukturalismus. Dortmund: Edition Ebersbach
- Raabe, Katrin (2009): Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen. Schneider: Hohengehren Verlag
- Reese, Anneke; Silbereisen, Rainer K. (2001): Allgemeine versus spezifische Primärprävention von jugendlichem Risikoverhalten. In: Freund, Thomas; Lindner, Werner (Hrsg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 139-162
- Reich, Günter; Götz-Kühne, Cornelia; Kilius, Uta (2004): Essstörungen: Magersucht, Bulimie, Binge Eating. Stuttgart: Trias Verlag
- Richter, Matthias (2008): Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten: der WHO-Jugendgesundheitsurvey. In: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Gesundheitsforschung. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 9-37
- Richter, Stefanie (2006): Essstörung. Eine fallrekonstruktive Studie anhand erzählter Lebensgeschichten betroffener Frauen. Bielefeld: transcript Verlag
- Robert Koch-Institut (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Berlin: Robert Koch-Institut. In: http://www.kiggs.de/experten/downloads/Basispublikation/Hoelling_Esstörungen.pdf (Zugriff vom 10.01.2010)

- Röhrle, Bernd (2007): Prävention psychischer Störungen und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. In: Röhrle, Bernd (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III. Kinder und Jugendliche. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 13-102
- Ruoff, Michael (2007): Foucault- Lexikon. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag
- Sarasin, Philipp (2005): Michel Foucault. Zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag
- Saß, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael; Houben, Isabel (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - Textrevision DSM-IV-TR. (Deutsche Bearbeitung). Göttingen: Hogrefe Verlag
- Schmitt, Christof (2009): Prävention – Zauberformel oder Irrweg für die Kooperation? In: Henschel, Angelika; Krüger, Rolf; Schmitt, Christof; Stange, Waldemar (Hrsg.): Jugendhilfe und Schule. Handbuch für eine gelingende Kooperation. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag, S. 227-244
- Schroer, Markus (2005): Zur Soziologie des Körpers. In: Schroer, Markus (Hrsg.): Soziologie des Körpers. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 7-47
- Setzwein, Monika (2004): Ernährung – Körper – Geschlecht. Zur sozialen Konstruktion von Geschlecht im kulinarischen Kontext. Wiesbaden: VS Verlag
- Setzwein, Monika (2006): Frauenessen – Männeressen? Doing gender und Essverhalten. In: Kolip, Petra; Altgeld, Thomas (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 41-60
- Stahr, Ingeborg; Barb-Priebe, Ingrid; Schulz, Elke (2007): Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten. 4. Aufl., Weinheim/München: Juventa Verlag
- Stockmeyer, Anne-Christin (2004): Identität und Körper in der (post)modernen Gesellschaft. Zum Stellenwert der Körper/Leib-Thematik in Identitätstheorien. Marburg: Tectum Verlag
- Ströter, Bettina (2005): Frau ohne Gewicht. Magersucht im Wirkungsfeld von Nahrung, Kultur und Geschlecht. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag
- Treibel, Annette (2006): Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart. 7. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag
- Tuschen-Caffier, Brunna; Pook, Martin; Hilbert, Anja (2005): Diagnostik von Essstörungen und Adipositas. Göttingen: Hogrefe Verlag

- Vandereycken, Walter; Deth, Ron van; Meermann, Rolf (2003): Wundermädchen, Hungerkünstler, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Ess-Störungen. Weinheim/Basel: Beltz Verlag
- Villa, Paula-Irene (2003): Judith Butler. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag
- Villa, Paula-Irene (2006a): Bewegte Diskurse, die bewegen. Überlegungen zur Spannung von Konstitution und Konstruktion am Beispiel des Tango Argentino. In: Gugutzer, Robert (Hrsg.): body turn. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports. Bielefeld: transcript Verlag, S. 209-232
- Villa, Paula-Irene (2006b): Sexy Bodies. Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper. 3. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag
- Villa, Paula-Irene (2007): Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 18/2007, S. 18-26
- Villa, Paula-Irene (2008): Poststrukturalismus: Postmoderne + Poststrukturalismus = Postfeminismus? In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 2., erw. und aktual. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag, S. 262-266
- Villa, Paula-Irene; Zimmermann, Katherina (2008): Fitte Frauen – Dicke Monster? Empirische Exploration zu einem Diskurs von Gewicht. In: Schmidt-Semisch, Henning; Schorb, Friedrich (Hrsg.): Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas. Wiesbaden: VS Verlag, S. 171-189
- WHO (2007): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version for 2007. In: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (Zugriff vom 18.01.2010)
- Wohlgemuth, Katja (2009): Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. Annäherung an eine Zauberformel. Wiesbaden: VS Verlag
- Zitt, Christian (2008): Vom medialen Körperkult zum gesellschaftlichen Krankheitsbild. Zu den Zusammenhängen zwischen der Darstellung des weiblichen Körpers in Printmedien und Internet und Essstörungen. Wien: Praesens Verlag

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Hamburg, den _____ Unterschrift _____