Essstörungen und Geschlecht

Geschlecht als Rahmenkonstrukt zum Verständnis psychosozialer Entwicklungsprozesse bei Anorexie und Bulimie

von der Pädagogischen Hochschule Karlsruhe zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) genehmigte Dissertation von

Marie-Luise Springmann

geb. in Erlangen

1987

Erstgutachterin: Prof. Dr. Mechthild Kiegelmann

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Jennifer Svaldi

Fach: Psychologie

Abgabedatum: 08.04.2021

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle all den großartigen Personen und wichtigen Institutionen danken, die diese Arbeit möglich gemacht haben.

Mein besonderer Dank gilt dabei meinen Interviewpartner_innen, den Menschen, die ihre Erfahrungen, Gedanken und Gefühle mit mir geteilt und damit meiner Aufarbeitung und Interpretation anvertraut haben. Ich hoffe sehr, ihren Geschichten gerecht geworden zu sein.

Ich danke meiner Erstbetreuerin Mechthild Kiegelmann, die mich auf viele Arten unterstützt, ermutigt und inspiriert hat, und meiner Zweitbetreuerin Jennifer Svaldi, deren Unterstützung und Expertise für diese Arbeit unverzichtbar war.

Ich danke außerdem der Hans-Böckler-Stiftung für die materielle Förderung und damit ganz grundlegende Ermöglichung meiner Arbeit sowie meinem Vertrauensdozenten Ralf Quindel und den vielen Kolleg_innen in der Promotionsförderung für einen unterstützenden und bereichernden Austausch.

Mein großer Dank gilt allen Kolleg_innen und Freund_innen, die mir mit ihrem Feedback, Korrekturen und Ermutigungen geholfen haben.

The ease of your pose

The grace of your silhouette

The way that your shoulders meet your slender neck

Where would we be without all the distance?

You know I'm already just a skeleton

–

Laura Jane Grace

Zusammenfassung

Die Wahrscheinlichkeit, eine Essstörung zu entwickeln, unterscheidet sich stark je nach der Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung einer Person. Dies deutet darauf hin, dass Geschlecht eine große Relevanz für Essstörungen besitzt, welche durch psychologische Modellvorstellungen von Essstörungen bisher unzureichend erklärt werden kann. Durch den Einbezug von Erkenntnissen aus der feministischen Theorie und Geschlechterforschung in den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit wird es möglich, Geschlecht als komplexes Konstrukt zu fassen, welches körperliche, psychologische, soziale und kulturelle Aspekte integriert, und dieses Konstrukt für die Erweiterung des Verständnisses von Essstörungen fruchtbar zu machen. Das empirische Vorgehen folgte der Methodologie der Grounded Theory. Es wurden 14 narrative Interviews mit ehemals von Anorexie oder Bulimie betroffenen Personen geführt, ausgewertet und zu einem theoretischen Modell integriert. Die Ergebnisse zeigen, dass an Geschlecht und Sexualität geknüpfte Erfahrungen, Erlebensweisen und Auseinandersetzungsprozesse auf unterschiedliche Weise den Selbst- und Körperbezug der betroffenen Personen kennzeichnen und sowohl für die Entwicklung der Essstörung als auch für positive Veränderungsprozesse relevant sind. Der Fokus liegt dabei auf normativen Konstruktionen von Weiblichkeit und auf geschlechtlicher Diversität. Die Ergebnisse bieten wichtige Implikationen sowohl für ätiologische als auch für therapeutische Modelle.

Abstract

The risk for developing an eating disorder differs strongly depending on a person‘s gender identity and sexual orientation. This implicates that gender is relevant for eating disorders in a way that is not yet sufficiently explained by psychological models. By including insights of feminist theory and gender research into the theoretical background of this study it becomes possible to grasp gender as a complex construct that integrates bodily, psychological, social and cultural aspects, and to use this construct to improve the understanding of eating disorders. The empirical process was carried out according to Grounded Theory methodology. 14 narrative interviews with persons formerly affected by anorexia or bulimia were conducted, analyzed and integrated into a theoretical model. Results show that social experiences and psychological processes connected to gender and sexuality

characterize the ways in which the affected persons relate to themselves and their bodies and that they are relevant for the development of the eating disorder as well as for positive change. The focus here is on normative constructions of femininity and gender/sexual diversity. Results provide important implications for etiological as well as therapeutic models.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung und Begriffsbestimmungen.....13

I.1. Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa.....13

I.2. Problemstellung.....16

I.3. Verständnis von Geschlecht.....17

I.3.1. Unterscheidung von Sex und Gender.....17

I.3.2. Die soziale Qualität von Geschlecht.....18

I.3.3. Biologisches Geschlecht und körperliche Ebene.....21

I.3.4. Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität.....23

I.3.5. Geschlecht auf individueller Ebene.....25

II. Theoretische Perspektiven und Forschungsansätze.....27

II.1. Allgemeine Zugänge psychologischer Forschung.....27

II.1.1. Kognitiv-behaviorale Psychologie: Handlungsleitende kognitive Prozesse.....27

II.1.2. Biomedizin: genetische Faktoren und neuropsychologische Auffälligkeiten....34

II.1.3. Soziokulturelle Modelle: Vermittlung von Körperidealen.....39

II.1.4. Psychodynamik: Interpersonelle Prozesse und Selbstentwicklung.....43

II.2. Essstörungen und weibliches Geschlecht.....51

II.2.1. Feministische Theorien.....51

II.2.2. Geteilte Kernaussagen feministischer Theorien.....54

II.2.3. Psychologische Ausarbeitungen feministischer Theorie.....67

II.2.4. Diskussion.....72

II.3. Essstörungen bei Männern.....73

II.4. Essstörungen und geschlechtliche Diversität.....78

II.4.1. Schwule und bisexuelle Männer.....78

II.4.2. Lesbische und bisexuelle Frauen.....80

II.4.3. Transgeschlechtliche und nicht-binäre Geschlechtsidentität.....82

II.4.4. Diskussion.....84

II.5. Fazit und Fragestellung.....84

III. Forschungsprozess und Methoden.....86

III.1. Methodologie und Forschungsdesign.....86

III.2. Sample.....89

III.3. Interviews.....95
III.4. Auswertung.....98
III.4.1. Methoden der Grounded Theory.....98
III.4.2. Voice Centered Listening.....105
III.4.3. Begleitung durch Forschungswerkstätten.....108
IV. Ergebnisse.....109
IV.1. Überblick.....109
IV.2. Psychosoziale Bedingungen.....113
IV.2.1. Mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle.....113
IV.2.2. Internalisierende und repressive Selbstregulation.....117
IV.2.3. Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung.....120
IV.2.4. Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung.....127
IV.2.5. Einschub: Verkörperung von Geschlecht und Körperbezug.....135
IV.2.6. Fälle ohne Erfahrung von Abwertung, Misshandlung oder Objektivierung...138
IV.3. Erleben der Essstörung.....140
IV.3.1. Gestörtes Essverhalten als sozial-emotionale Regulation.....141
IV.3.2. Soziales Verhandeln von Geschlecht.....151
IV.4. Veränderungsprozesse: Entwicklung von Subjektivität durch Selbstakzeptanz und Selbstbestimmung.....158
IV.4.1. Erfahrung von Akzeptanz und Fürsorge.....160
IV.4.2. Selbstbestimmte Lebensgestaltung.....162
IV.4.3. Bedürfnisse und Gefühle.....163
IV.4.4. Körperbezug.....164
IV.4.5. Geschlechtliche und sexuelle Identität.....165
IV.4.6. Fälle mit eingeschränkter Entwicklung von Selbstakzeptanz.....171
V. Diskussion.....176
V.1. Einführung.....176
V.1.1. Methodische und inhaltliche Einschränkungen.....176
V.1.2. Inhaltlicher Überblick.....178
V.I.3. Zentrale Konzepte.....180
V.2. Die Rolle von Geschlecht für die Entwicklung und das Erleben gestörten Essverhaltens.....183
V.2.1. Körper- und Selbsterleben.....184

V.2.2. Implikationen für psychologische Modellvorstellungen.....187
V.2.3. Implikationen für Psychotherapie und Prävention.....194
V.2.4. Einschub: Zweigeteiltes Erklärungsmodell?.....196
V.2.5. Soziales Erleben und Selbstregulation.....198
V.2.6. Theoretische Bezüge und Implikationen für weitere Forschung.....202

V.3. Integriertes Erklärungsmodell.....209

V.3.1. Gemeinsamer Entwicklungsprozess.....209
V.3.2. Geteilte Bedeutungsebene im sozial-emotionalen und körperlichen Erleben: der vergeschlechtlichte Konflikt um Subjektivität.....210

V.4. Die Rolle von Geschlecht für die Verbesserung von Körperbezug und Essverhalten.....216

V.4.1. Die Entwicklung von Subjektivität innerhalb der Dreiecksbeziehung von Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht.....216
V.4.2. Veränderung des Selbsterlebens: Die Verbindung kognitiver, sozialer und emotionaler Aspekte.....217
V.4.3. Die Auseinandersetzung mit Geschlecht: Wie hilfreich ist (queerer) Feminismus?.....220

V.5. Zusammenfassung und Fazit.....224

Literatur.....227
Abbildungsverzeichnis.....265
Eidesstattliche Erklärung.....267

I. Einleitung und Begriffsbestimmungen

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Rolle von Geschlecht für das Erleben von Essstörungen, ihren Entwicklungsprozess und für die Veränderungsprozesse, welche den Prozess der Überwindung bzw. Gesundung von der Essstörung kennzeichnen. In diesem ersten Kapitel werden dafür zunächst die relevanten Begriffe und Konzepte der Fragestellung dargelegt. Daran anschließend wird im zweiten Kapitel der Forschungsbedarf aus dem aktuellen empirischen und theoretischen Stand der Forschung herausgearbeitet.

I.1. Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa

Phänomenologie

Anorexie und Bulimie werden als psychische Erkrankungen verstanden, die sich durch gestörtes Essverhalten und eine intensive Sorge um Gewicht und Figur auszeichnen. Bereits Charcot machte im 19. Jahrhundert auf „l'idée fixe d'obésité", eine tiefsitzende Angst, zu dick zu sein, als zentrales psychologisches Charakteristikum der Anorexie aufmerksam (Habermas, 1989) und grenzte sie so von somatischen Erkrankungen mit Gewichtsverlust ab. Auch für die erst im 20. Jahrhundert bekannt gewordene Bulimie gilt diese Angst als kennzeichnend. Als individuelle Charakteristika Betroffener beider Krankheitsbilder werden theorieübergreifend ein fragiles Selbstwertgefühl und perfektionistische Ansprüche an sich selbst beschrieben. Auf der Ebene der Verhaltens bemühen sich Betroffene auf rigorose und selbstschädigende Weise um die Kontrolle ihres Körpergewichts.

Trotz dieses gemeinsamen Kerns unterscheiden sich Anorexie und Bulimie in der Art des gestörten Essverhaltens und der daraus resultierenden körperlichen Folgen. International gültige diagnostische Kriterien sind mit weitgehender Übereinstimmung in den Klassifikationssystemen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; WHO, 2005) und der American Psychiatric Association (DSM-V; APA, 2013) festgehalten und sollen im Folgenden umrissen werden.

Die diagnostischen Kriterien für Anorexie fokussieren auf einen selbst herbei geführten Gewichtsverlust, wobei das Kriterium für signifikantes Untergewicht im ICD-10 noch bei einem BMI ≤ 17,5 festgelegt wurde, im DSM-5 bei BMI ≤ 18,5. Maßnahmen zur Gewichtsreduktion umfassen dabei restriktives Essverhalten und intensive körperliche Betätigung, Purgingverhalten in Form von Erbrechen oder Gebrauch von Laxantien und Diuretika, sowie die Einnahme von Appetitzüglern. Betroffene leiden unter Störungen in der Wahrnehmung ihres Körpers, empfinden sich trotz Untergewichts als zu dick oder leiden unter der Angst, dick zu werden. Auf der körperlichen Ebene zeigen sich endokrine Störungen als Folge der Mangelernährung, welche zu Amenorrhö oder Libidoverlust führen. Bei Kindern ist mit einer Störung der pubertären Entwicklung zu rechnen.

Bei der Bulimie stehen Essanfälle im Vordergrund, bei denen Betroffene sehr große Mengen von Nahrung in einem kurzen Zeitraum verzehren, wobei dies als Kontrollverlust erlebt und von Scham- und Schuldgefühlen begleitet wird. Aus Angst vor einer Gewichtszunahme wird kompensatorisches Purgingverhalten in Form von Erbrechen, Sporttreiben, oder Missbrauch von Laxantien und Diuretika eingesetzt. Auch bei der Bulimie ist die Angst, zu dick zu sein, kennzeichnend und Betroffene streben oft sehr niedrige Gewichtsgrenzen an. Die Essanfallssymptomatik steht dementsprechend in einem Kreislauf von Diätbemühungen, Essanfällen und kompensatorischen Maßnahmen. In vielen Fällen lässt sich vor dem Beginn der Bulimie eine Episode mit anorektischer Symptomatik feststellen. Körperliche Auffälligkeiten sind kein Diagnosekriterium, jedoch führt auch Bulimie oft zu schwerwiegenden körperlichen Folgen wie beispielsweise Störungen im Elektrolythaushalt.

Epidemiologie

Eine prospektive Studie mit einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe von Nagl et al. (2016) fand kumulierte Lebenszeitinzidenzen für Anorexie und Bulimie nach DSM-IV Kriterien (APA, 1994) unter jungen Erwachsenen von insgesamt 4.9% bei Frauen und 0.3% bei Männern. Kumulierte Lebenszeitinzidenzen für subklinische Ausprägungen und Kernsymptome von Anorexie und Bulimie lagen bei 21,4% bei Frauen und 4.3% bei Männern. Punktprävalenzen werden für Anorexie bei jungen Frauen auf etwa 0.5% und für Bulimie auf etwa 1% geschätzt .

Remissionsraten für behandelte Patient_innen liegen im Langzeit-Follow-Up zwischen zwischen 30 – 40% (Fichter et al., 2017; Quadflieg & Fichter, 2019). Chronifizierung und Mortalität stellen dabei ein großes Problem dar, wobei vor allem Anorexie-Patient_innen eine stark erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, an den Folgen ihrer Essstörung zu sterben: Zipfel et

al. (2000) berichten eine standardisierte Mortalitätsrate von 9,8 für Anorexie, Fichter und Quadflieg (2016) standardisierte Mortalitätsraten von 5.35 für Anorexie und 1.49 für Bulimie.

Kulturspezifität

Inwieweit Essstörungen kulturspezifisch sind, ist Gegenstand von Kontroversen (Keel & Klump, 2003; Nasser, 2003). Während die Annahme, dass Essstörungen weitgehend auf weiße Frauen aus der Mittelschicht westlicher Länder beschränkt seien, heute als überholt gelten muss, zeigen sich dennoch Unterschiede in der Epidemiologie von Essstörungen in verschiedenen Ländern und ethnischen Gruppen. Neuere Studien bestätigen die Analyse von Nasser (2003), dass der Anstieg von Essstörungen in vielen nicht-westlichen Ländern in Zusammenhang mit Industrialisierung und kulturellem Wandel steht (Kolar et al., 2016; Pike et al., 2014; Pike & Dunne, 2015). Während der Fokus dieser Arbeit auf der Geschlechts- und nicht auf der Kulturspezifität von Essstörungen liegt, sind diese Zusammenhänge dennoch wichtig, da die Bedeutung von Geschlecht an den kulturellen Kontext geknüpft ist.

Geschlechtsspezifität

Wie aus den epidemiologischen Daten hervorgeht, zeigen Anorexie und Bulimie eine sehr ausgeprägte geschlechtsspezifische Prävalenz. Obwohl diese weithin bekannt ist, bieten die gängigen Herangehensweisen und Modelle noch immer keine umfassende Erklärung dafür, wie im Laufe dieses Kapitels herausgearbeitet wird. Einwände gegen diese Geschlechtsspezifität stammen aus der Forschung zu Essstörungen bei Männern, wo vermutet wird, dass deren Prävalenz unterschätzt wird (Strother et al., 2012). Dies wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass Essstörungen für Männer mit einem größeren Stigma behaftet seien und sie daher seltener Hilfe in Anspruch nähmen. Jedoch zeigt sich die Geschlechtsspezifität auch deutlich in Studien mit Bevölkerungsstichproben wie Nagl et al. (2016), die nicht auf Daten aus dem Gesundheitswesen aufbauen und diesen Bias daher nicht enthalten. Frauen erleben generell mehr Körperunzufriedenheit und zeigen mehr Körpermonitoring und Diätverhalten (Biolcati et al., 2017; Keating et al., 2016). Weiterhin wird entgegen der Geschlechtsspezifität angeführt, dass Essstörungen sich bei Männern anders präsentierten, da sie weniger auf Schlankheit sondern mehr auf Muskelaufbau abzielten, und dies mit den gängigen diagnostischen Konzepten nicht erfasst werde (Ricciardelli & McCabe, 2004; Stanford & Lemberg, 2012), was im Abschnitt zu Essstörungen bei Männern näher beleuchtet wird. Wichtig hervorzuheben ist, dass dennoch der vorhandene, aber kleine Anteil von Männern mit Anorexie und Bulimie erklärungsbedürftig ist, und dass gerade die Tatsache, dass sich Probleme um Körper und

Essen offenbar bei Männern und Frauen unterschiedlich manifestieren, nicht gegen, sondern für eine Betrachtung der Relevanz von Geschlecht spricht. Starke Hinweise auf die Relevanz von Geschlecht stammen zudem von Untersuchungen, die hohe Raten von Essstörungen bei Personen mit transgeschlechtlicher Geschlechtsidentität sowie homo- und bisexuellen Personen zeigen (Bosley, 2011; Jones et al., 2016; Meneguzzo et al., 2018).

Ätiologie

Obgleich ein Konsens hinsichtlich einer multikausalen Ätiologie von Essstörungen mit biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten weitgehend etabliert ist, ist die Frage, welche dieser Faktoren dabei als zentral angesehen werden sollten und wie das Zusammenwirken aussieht, Gegenstand von Kontroversen zwischen unterschiedlichen theoretischen und empirischen Ansätzen. Diese werden im Verlauf dieses Kapitels vorgestellt und hinsichtlich ihres Beitrags zur Klärung der Geschlechtsspezifität beleuchtet.

I.2. Problemstellung

Trotz der offenkundigen Relevanz von Geschlecht und trotz weitreichender Erkenntnisse über kognitive Prozesse, biologische Einflüsse, sowie soziale und psychische Risikofaktoren bei Essstörungen, bleiben die Zusammenhänge zwischen Essstörungen und Geschlecht weitgehend unverstanden. In zentralen Behandlungskonzepten von kognitiver Verhaltenstherapie, Psychodynamischer Therapie und Familientherapie (Friederich et al., 2014; Legenbauer & Vocks, 2014; Reich, 2003) spielen geschlechtsspezifische Erfahrungen oder Erlebensweisen kaum eine Rolle, ebenso in deutschsprachigen Handbüchern und Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Essstörungen, 2018; Herpertz et al., 2015). Der Verweis auf gesellschaftliche Schlankheitsideale und deren Internalisierung durch junge Frauen erscheint dabei häufig als Erklärung für die Geschlechtsspezifität. Dies muss jedoch als sehr oberflächliches Erklärungsmuster bezeichnet werden und ein Streben nach Schönheit kann kaum die Bedeutung erklären, die Schlankheit und Gewichtsverlust bei Essstörungen zugeschrieben werden.

Da die Psychologie den Blick auf das Individuum richtet, leidet häufig die Einbettung relevanter Konstrukte in ein gesellschaftstheoretisches Verständnis. Feministische Theorien hingegen haben die komplexen Zusammenhänge zwischen Gesellschaft, Geschlecht und Körper herausgearbeitet und gesellschaftstheoretische Erklärungsmodelle für Essstörungen

bei Frauen abgeleitet, die zum Teil in psychologischer Forschung aufgegriffen wurden. Dennoch fehlen empirische Erkenntnisse darüber, auf welche Art Geschlecht auf individueller Ebene für die Ausbildung, aber auch Überwindung bzw. Gesundung von einer Essstörung relevant ist. Des Weiteren fehlt Wissen über die Relevanz von Geschlecht bei Personen mit verschiedenen Geschlechtsidentitäten.

Die Ausführungen dieses Kapitels wurden in stark zusammengefasster Form auch in dem Artikel *Theoretical and Methodological Considerations for Research on Eating Disorders and Gender* (Springmann et al., 2020) publiziert.

I.3. Verständnis von Geschlecht

Um wissenschaftliche Erkenntnisse über das Thema Geschlecht zu generieren ist es unabdingbar, eine möglichst adäquate Vorstellung von Geschlecht zugrundezulegen und einen darauf abgestimmten empirischen Zugang zu wählen. Wie Sieben (2014) darlegt, wurde Geschlecht in klassischen psychologischen Theorieschulen als Konstrukt behandelt, dass über den Alltagsverstand fassbar sei und keiner wissenschaftlichen Aufarbeitung bedürfe, wobei meist normative und biologistische Annahmen zu Grunde gelegt wurden. Heute gibt es zwar eine Bandbreite an Zugängen zum Thema Geschlecht (siehe Eagly et al., 2004), in der psychologischen Forschung wird jedoch selten überhaupt expliziert, auf welchen Grundannahmen über das Thema die Arbeit aufbaut. Theoretische und empirische Erkenntnisse aus feministischer Theorie und Geschlechterforschung werden durch einen Mangel an interdisziplinärer Ausrichtung selten in der Psychologie aufgegriffen. In diesem Unterkapitel soll daher ein Verständnis von Geschlecht umrissen werden, dass interdisziplinär angelegt ist, aber für die Psychologie brauchbar: Geschlecht soll als Konstrukt mit körperlichen, sozialen und psychologischen Anteilen expliziert werden, wobei die Ebene des Individuums als Schnittpunkt dieser verschiedenen, individuell unterschiedlich ausgestalteten Einflüsse verstanden werden muss.

I.3.1. Unterscheidung von Sex und Gender

Als grundlegend gilt heute eine Unterscheidung zwischen Sex und Gender, welche in der deutschen Sprache beide im Begriff Geschlecht aufgehen. *Sex* bezeichnet dabei das

biologische Geschlecht, welches an Chromosomen, Gonaden und von ihnen produzierten Hormonen, sowie Genitalien festgemacht wird. *Gender* hingegen bezeichnet das soziale Geschlecht, also die in einer Kultur vorherrschenden Vorstellungen von und Erwartungen an Personen aufgrund ihres biologischen Geschlechts. Diese Unterscheidung erscheint einfach und einleuchtend, birgt für die Psychologie aber theoretische Probleme: Die Definition von Gender impliziert, dass es einerseits über die Gesellschaft definiert wird, andererseits jedoch eine Eigenschaft von Individuen ist. Wie kann dieses Verhältnis theoretisch gefasst werden und wie kommt soziales Geschlecht im Individuum zu Stande? Wie genau ist das Verhältnis von biologischem und sozialem Geschlecht?

I.3.2. Die soziale Qualität von Geschlecht

Geschlechterbilder und ihre gesellschaftspolitische Relevanz

In der feministischen Theoriebildung gilt das Zitat von Simone de Beauvoir (1949) „Als Frau wird man nicht geboren, man wird es“ als beispielhaft für die Idee des sozialen Charakters von Geschlecht. De Beauvoir setzte sich mit der Ungleichbehandlung von Männern und Frauen auseinander, welche ihrer Analyse nach die Unterschiede in Verhalten und Charakter erst hervorbringt, die dann jedoch der Natur zugeschrieben werden. Sie kritisierte damit die Idee von natürlichen Geschlechtscharakteren (Hausen, 1976), welche mit der Veränderung der Gesellschaft durch Aufklärung und Industrialisierung im Europa des 18. und 19. Jahrhundert entstanden waren. Diese schrieben Frauen ein auf die familiär-häusliche Sphäre ausgerichtetes Wesen und Männern ein auf die außerhäusliche Sphäre von Produktionsarbeit ausgerichtetes Wesen zu, welche in der körperlichen Natur verankert seien. Durch den Einsatz der Frauenbewegung für Gleichberechtigung und den Zugang von Frauen zu allen gesellschaftlichen Bereichen wird es heute zumindest in Teilen der Gesellschaft als fragwürdig erachtet, Männern und Frauen natürlich bedingte unterschiedliche Kompetenzen zuzuschreiben. Die Charakterisierung von Frauen durch kommunale, also auf Andere ausgerichtete Eigenschaften wie Fürsorglichkeit, Verträglichkeit oder Zurückhaltung, und von Männern durch agentische Eigenschaften wie Durchsetzungsfähigkeit, Entscheidungsfreudigkeit und Kompetenz, bilden auch heute noch den Kern sozial wirkmächtiger Geschlechterbilder (Ebert et al., 2014; Ellemers, 2018; Hentschel et al., 2019; Oswald & Lindstedt, 2006), auch wenn Unterschiede zwischen Kulturen und Zusammenwirken mit anderen sozialen Kategorien in Betracht gezogen werden sollten

(Andreoletti et al., 2015; Cuddy et al., 2015). Geschlechterbilder sind auch mit bestimmten Vorstellungen von Aussehen und Attraktivität verknüpft, wobei Frauen stärker über ihre körperliche Erscheinung bewertet und sexualisiert werden (APA, 2007; Fredrickson & Roberts, 1997). Dies geht mit einer Objektivierung, also einer Einschränkung der Wahrnehmung von Frauen als handelnde menschliche Subjekte, einher (Cikara et al., 2011; Fredrickson & Roberts, 1997; Gervais et al., 2013; Puvia & Vaes, 2013). Diese Forschungsbefunde decken sich mit kulturwissenschaftlichen Analysen, die aufzeigen, wie in der westlichen Kultur Weiblichkeit traditionell mit Körperlichkeit und Sinnlichkeit assoziiert wird, Männlichkeit dagegen mit Geist und Vernunft (Bordo, 1993).

Die Annahme einer Naturhaftigkeit dieser Geschlechterbilder ist nach aktuellem Forschungsstand nicht haltbar (Ellemers, 2018). Die Sozialpsychologie belegt hingegen die Verknüpfung von Essentialismus, also der Zuschreibung von natürlichen und feststehenden Unterschieden, mit stereotypem sozialen Denken und Vorurteilen (Keller, 2005) und der Rechtfertigung von sozialen Ungleichheiten (Jost, 2019; Jost & Banaji, 1994). Studien zeigen, dass auch in der modernen Gesellschaft Vorstellungen von natürlichen Geschlechterunterschieden sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit der Rechtfertigung sozialer Ungleichheit einhergeht, dieser Effekt jedoch bei Männern als der im Geschlechterverhältnis besser gestellten Gruppe stärker ausgeprägt ist (Kray et al., 2017). Zudem lies sich experimentell zeigen, dass angebliche natürliche Unterschiede vermehrt dann von Männern angeführt werden, wenn die gesellschaftliche Ordnung als sich verändernd und der eigene Status damit als bedroht wahrgenommen wird (Morton et al., 2009).

Dieser kurze Aufriss soll zeigen, dass Vorstellungen von Geschlecht, sowie das Erleben des eigenen Geschlechts, an veränderliche soziale Strukturen und Machtverhältnisse geknüpft sind.

Geschlecht als soziale Position und Erfahrungsraum

Geschlecht als etwas Soziales zu verstehen bedeutet demnach, dass Geschlecht nicht als feststehende Eigenschaft des Individuums begriffen werden kann, sondern eine soziale Position beschreibt, der Individuen anhand ihres Körpers zugeordnet werden, und in der sie mit Erwartungen, Bewertungen und Verhaltensweisen Anderer ihnen gegenüber konfrontiert werden. Die soziale Position ist daher mit einem spezifischen Erfahrungsraum verknüpft. Geschlecht als soziale Kategorie interagiert dabei mit anderen sozialen Kategorien, z.B. sozioökonomischem Status, Zugehörigkeit zur (weißen) Mehrheitsgesellschaft oder sexueller Orientierung, wie die Theorie der Intersektionalität aufzeigt (Warner et al., 2018). Obgleich die oben beschriebene sozialpsychologische Forschung durchaus eine theoretische Einbettung

ermöglicht, gerät diese strukturelle Ebene von Geschlecht in psychologischer Forschung oft aus dem Blick, möglicherweise weil auf der individuellen Ebene Konstrukte wie die Übereinstimmung mit Geschlechterbildern oder die Geschlechtsidentität einfacher wissenschaftlich zugänglich sind.

Soziale Struktur, Ideologie und Identität

In der feministischen Theorie existieren heute Kontroversen zwischen dem sogenanntem Queerfeminismus und materialistischem Feminismus (Linkerhand, 2018). Queerfeminismus begreift Geschlecht als eine diskursive Konstruktion, die über wirkmächtige normative Bilder und Vorstellungen funktioniert: Wichtig ist hier das Konzept von Heteronormativität, welches einen Dualismus von zwei Geschlechtern mit komplementären Eigenschaften beschreibt, welche sich gegenseitig begehren. Diese Vorstellungen stützen eine hierarchische soziale Ordnung und Menschen müssen sich ihnen anpassen, um sich innerhalb dieser sozialen Ordnung bewegen zu können (Prozess der Subjektivierung). Gleichzeitig reproduzieren und stabilisieren sie diese durch ihre Anpassung. Nichtkonformes Ausleben von Geschlechtlichkeit und die Aufweichung gängiger Identitätskategorien gilt daher als subversiv und Mittel für soziale Veränderung (Bretz & Lantzsch, 2013; Butler, 1990, 1993; Degele, 2008). Entsprechend ist eine Ausdifferenzierung von Identitätskategorien und Labeln zu beobachten, die ihren Ausdruck beispielsweise in der Abkürzung LGBTTIQA+ findet, welche als eine Annäherung an die Gesamtheit und gleichzeitige Diversität geschlechtlicher und sexueller Minderheiten zu verstehen ist: Lesbian, Gay, Bisexual, Transexual, Transgender, Intersexual, Queer, Asexual, + weitere. Die sprachliche Sichtbarmachung von Diversität gilt als wichtiges Anliegen.

Materialistischer Feminismus kritisiert, dass mit dem Fokus auf die Ebene von Sprache, Bildern und Identitäten die sozialen Strukturen, die für geschlechtsspezifisches Erleben und auch für Ungleichheit verantwortlich gemacht werden, aus dem Blick gerieten und damit gesellschaftliche Analysen als Grundlage für Veränderungsprozesse ausblieben (Haug, 1988, 1993, 2005; Müller, 2018; Vukadinović, 2018). Hier wird argumentiert, man müsse sich trotz Anerkennung von Vielfalt auf die sozialen Kategorien Frau und Mann berufen können, um auf diesen Kategorien aufbauende Ungerechtigkeit kritisieren zu können. Auf struktureller Ebene werden materielle Ungleichheiten von Männern und Frauen analysiert, die auf der kapitalistischen Arbeitsteilung beruhen: Trennung von bezahlter Produktionsarbeit, die im traditionell-bürgerlichen Kleinfamilienmodell vom Mann als Hauptverdiener übernommen wird, versus unbezahlter oder schlecht bezahlter Reproduktionsarbeit (Haus-, Sorge- und Pflegearbeit) die hauptsächlich von Frauen

übernommen wird. Obgleich sich diese Arbeitsteilung verändert, geht sie noch immer mit materieller Abhängigkeit und Nachteilen in Karrierechancen und finanzieller Absicherung von Frauen einher (Pimminger, 2012).

Trotz theoretischer Differenzen können die verschiedenen Herangehensweisen auch integriert werden, indem ein Wechselspiel von gesellschaftlichen Strukturen und dazugehöriger Geschlechterideologie (Geschlechterbilder und -normen) angenommen wird, wie sich z.B. in der oben umrissenen historischen Entwicklung der Idee natürlicher Geschlechtscharaktere und ihrer Aufweichung durch zunehmende Emanzipation von Frauen zeigt. Auch die Social Role Theory of Gender nach Alice Eagly und Kolleg_innen (Eagly & Steffen, 1984; Eagly & Wood, 1991; Zentner & Eagly, 2015) geht davon aus, dass die Ausbildung geschlechtsspezifischer Eigenschaften über soziale Rollen vermittelt ist, die wiederum in einer geschlechtsspezifischen sozialen Arbeitsteilung wurzeln, und stellt damit einen Bezug zwischen der Ebene der Geschlechterbilder und der Ebene gesellschaftlicher Strukturen her. Gleichzeitig wird die Social Role Theory of Gender innerhalb feministischer Theoriebildung auch kritisch betrachtet, da sie ahistorische und naturalisierende Elemente enthält (Sieben & Scholz, 2012).

I.3.3. Biologisches Geschlecht und körperliche Ebene

Der umstrittene Zusammenhang zwischen biologischem und sozialem Geschlecht

Die gesellschaftspolitische Relevanz der Kontroversen um mögliche biologische Grundlagen für soziale und psychische Qualitäten von Geschlecht wurde bereits oben thematisiert. Ein biologisches Erklärungsmuster bietet beispielsweise die Evolutionspsychologie nach David Buss. Diese erklärt Geschlechterunterschiede als genetisch fixierte Anpassung an unterschiedliche evolutionäre Herausforderungen von Männern und Frauen (Buss, 1998, 2004). Jedoch wurden dieser Herangehensweise vielfach theoretische, methodische und interpretative Fehler vorgeworfen, wie z.B. Zirkularität der Argumentation, Nicht-Falsifizierbarkeit und Normativität, sowie alternative Erklärungen für ihre Befunde angeführt (Gannon, 2002; L. J. Rogers, 2010; Sieben, 2014; Zentner & Eagly, 2015). Hormonelle Einflüsse, z.B. durch Geschlechtshormone oder das sogenannte Bindungshormon Oxytocin, wurden vielfach mit Geschlechterunterschieden in Verhaltensweisen wie Aggression oder Fürsorge, aber auch mit sexueller Orientierung oder Transgeschlechtlichkeit in Verbindung gebracht (Berenbaum & Beltz, 2016; Hines, 2004; Jordan-Young, 2012;

Nguyen et al., 2019). Auch hier wird kontrovers diskutiert, inwieweit die Forschung von normativen Grundannahmen geleitet wird (Eagly & Wood, 2013) und inwieweit soziale Anforderungen und Aktivitäten den Hormonhaushalt aller Menschen beeinflussen, wie z.B. Elternschaft (Gordon et al., 2010) oder die Suche nach Partner_innen (van Anders & Goldey, 2010).

Körperliche Ebene von Geschlecht

Unabhängig von den Debatten um kausale biologische Einflüsse auf das soziale Geschlecht ist es wichtig, die körperliche Ebene von Geschlecht mitzudenken. Menschen leben in Körpern mit unterschiedlichen Merkmalen und reproduktiven Fähigkeiten, die unterschiedliche Erfahrungen und Anforderungen mit sich bringen. Bereits hier mischen sich die biologische und die soziale Ebene: Welche Erfahrungen Menschen z.B. mit den Themen Menstruation oder Potenz machen, hängt nicht nur vom Vorhandensein der körperlichen Funktion ab, sondern auch vom sozialen Rahmen. Zudem ist der Körper Grundlage für die Zuschreibung von Geschlecht durch Andere, beginnend bei Schwangerschaft oder Geburt. Dennoch ist dieser Zusammenhang nicht immer einfach: Das noch immer tabuisierte Thema Intergeschlechtlichkeit[1] zeigt, dass schon die Festlegung von Geschlecht auf körperlicher Ebene nicht immer reibungslos in einem zweigeschlechtlichen Schema aufgeht. Dass operative Eingriffe an intergeschlechtlichen Kindern noch immer regelmäßig durchgeführt werden, obgleich sie medizinisch unnötig und voraussichtlich psychisch schädigend sind (Klöppel, 2016), zeigt, wie wirkmächtig die Idee der Zweigeschlechtlichkeit ist, selbst wenn die Biologie des Menschen ihr nicht unbedingt entspricht. Anhand der Lebensrealität von Menschen mit trans- und nicht-binären Geschlechtsidentitäten zeigt sich zudem, dass körperliche Merkmale bei der Geburt nicht mit der Geschlechtsidentität zusammenfallen müssen.

Bei Menschen mit nicht normkonformer Geschlechtlichkeit wird die Relevanz des Körpers für das soziale Geschlecht durch Prozesse sichtbar, die auch bei cisgeschlechtlichen Menschen ablaufen, dort aber so normalisiert sind, dass sie in der Regel gar nicht hinterfragt werden: Über die körperliche Erscheinung wird einer Person von außen ein bestimmtes Geschlecht zugeschrieben. Dies ist kein einmaliges Ereignis bei der Geburt, sondern lebenslang in jeder sozialen Situation wirksam. Wie im Review von Ellemers (2018) zusammengefasst ist, nehmen Menschen andere Menschen automatisch als ein bestimmtes Geschlecht wahr, was wiederum ihre Wahrnehmung der Person und ihr Verhalten der Person

[1]Meist wird der Begriff Intersexualität verwendet. Jedoch ist diese Bezeichnung irreführend, da es hier nicht um die Sexualität oder sexuelle Orientierung einer Person geht, sondern um ihre biologischen Geschlechtsmerkmale.

gegenüber beeinflusst. Dadurch wird der Körper zum Ort des Erlebens von Geschlecht durch geschlechtsspezifische Erfahrungen. Gleichzeitig ist er jedoch auch Mittel zur Herstellung von Geschlecht: Mit dem Begriff des *doing gender* (West & Zimmerman, 1987) wird in der Geschlechterforschung der Umstand beschrieben, dass die Wahrnehmung einer Person als eines Geschlechts zugehörig zu großem Teil über Aspekte der äußeren Erscheinung erfolgt, die nicht biologisch definiert sind, sondern von Personen aktiv hergestellt werden, wie z.B. Kleidung, Frisur, Haltung, Gestik und Mimik, Art des Sprechen, etc. Das Anpassen des eigenen Körpers an geschlechtsspezifische Schönheitsideale durch Praktiken wie Diät, Fitness, etc. kann daher auch als *doing gender* beschrieben werden. Auffällig werden diese Prozesse jedoch erst dann, wenn sie nicht innerhalb der Norm stattfinden, wenn z.B. eine Frau sich betont breitbeinig hinsetzt oder eine nicht-binäre Person männlich und weiblich assoziierte Merkmale in ihrem Aussehen integriert um eine ungewollte Zuordnung als Mann oder Frau zu vermeiden.

Diesen Gedankengängen ähnlich, aber auf einer abstrakteren Ebene, haben philosophische Perspektiven wie die von Bordo (1993) den Körper als *Medium of Culture*, als Ort des Wirkens und der Manifestation kultureller Dynamiken beschrieben. Letztendlich muss der Körper als Medium der individuellen Erfahrung und Auseinandersetzung mit der Welt betrachtet werden und damit eine Wechselbeziehung zwischen Körper und sozialem Geschlecht angenommen werden, wie in psychologischen Embodiment Theorien veranschaulicht wird (McBride & Kwee, 2019; Piran, 2017).

I.3.4. Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität

Abgrenzung und Überschneidungen

Auch die sexuelle Orientierung kann für das Erleben des eigenen Geschlechts wichtig sein und wird in dieser Arbeit daher gemeinsam mit Geschlechtsidentität unter dem Begriff Geschlechtlichkeit gefasst.

Das oben vorgestellte Konzept der Heteronormativität beschreibt, wie normative Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit inhaltlich mit heterosexuellem Begehren und Zusammenleben verknüpft sind. Daher stellen Menschen mit nicht-heterosexueller Orientierung tendenziell auch eine Abweichung von normativen Geschlechterbildern dar. Dies zeigt sich z.B. in der Verwendung von *schwul* als abwertende Bezeichnung für nicht normativ männliches Verhalten oder im abwertend gebrauchten Begriff *Kampflesbe*, bei dem

lesbischen Frauen männlich besetztes dominantes Verhalten unterstellt wird. Dennoch kann eine normabweichende sexuelle Orientierung sowohl mit einer Identifikation mit klassischen als auch mit normabweichenden Geschlechterbildern und Geschlechtsidentitäten einhergehen. Die Typisierung von *Femme* vs. *Butch* in der lesbischen Community (Gibson & Meem, 2002) kann hier als Beispiel dienen: Als Femme wird eine lesbische Frau mit klassisch femininem Aussehen und Verhalten bezeichnet, währen Butch eine lesbische Frau mit eher maskulinem Aussehen und Verhalten bezeichnet. Darin zeigt sich gleichzeitig auch der Überschneidungsbereich mit modernen Labeln wie *genderqueer*, welche sich auf Geschlechtsidentität beziehen.

Ebenso wie Geschlecht muss auch sexuelle Orientierung als eine soziale Kategorie angesehen werden, die unterschiedliche Erfahrungsräume eröffnet. Dabei sollte immer in Betracht gezogen werden, dass nicht normkonforme Geschlechtsidentität und/oder sexuelle Orientierung auch heute noch mit gesellschaftlicher Diskriminierung und Marginalisierung bis hin zu Hass und Gewalt verbunden sind.

Begriffsklärungen

Neben den geläufigen Kategorien für sexuelle Orientierungen *Hetero-*, *Homo-*, und *Bisexualität* gibt es eine Vielzahl weiterer Kategorien. Beispielsweise bezeichnet *Pansexualität* romantisches und/oder sexuelles Interesse an Personen ganz unabhängig von Geschlecht, oder *Asexualität* die Abwesenheit von romantischem und/oder sexuellem Interesse an Personen egal welchen Geschlechts. Die Bezeichnung *queer* wird als Sammelbegriff für verschiedenste Arten normabweichender Geschlechtlichkeit verwendet, schließt also auch das diverse Feld der Transgeschlechtlichkeit mit ein.

Psychiatrische Bezeichnungen wie *Gender Dysphoria* und *Geschlechtsidentitätsstörung* unterstellen eine psychische Krankheit und pathologisieren damit geschlechtliche Vielfalt. Daher werden diese Bezeichnungen in dieser Arbeit nicht verwendet. *Transgeschlechtlichkeit* dient hier als Sammelbegriff für eine Inkongruenz zwischen dem körperlichen bzw. bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht und der erlebten Geschlechtsidentität. Personen können sich dabei klar einem binären Geschlecht Mann oder Frau zuordnen inklusive dem Wunsch, dem Geschlechterbild möglichst gut zu entsprechen und den Körper zu verändern, was als *Transsexualität* bezeichnet wird, wobei dieser Begriff als pathologisierend empfunden werden kann. *Transgender* bezieht sich auch auf Personen, die sich als Mann oder Frau verorten, ohne zwangsläufig den Wunsch zu haben, sich dem Geschlechterbild möglichst gut anzupassen. Als *Transmann* wird eine Person mit zugewiesenem weiblichem Geschlecht aber männlicher Geschlechtsidentität bezeichnet, als

Transfrau eine Person mit zugewiesenem männlichem Geschlecht aber weiblicher Geschlechtsidentität. Zudem sind Verortungen jenseits der binären Kategorien Frau und Mann möglich, die als *genderqueer*, *nicht-binär* oder *gender non-conforming* bezeichnet werden. Grundsätzlich sind diese Bezeichnungen jedoch nicht verbindlich definiert, werden unterschiedlich bewertet und unterliegen Veränderungsprozessen. Wenn möglich sollte sich daher auf die Selbstbezeichnung der betreffenden Personen bezogen werden.

Die Bezeichnung *cis-geschlechtlich* ist als Gegenstück zu *trans-geschlechtlich* zu verstehen: *Cisgeschlechtlichkeit* kennzeichnet eine subjektiv erlebte Geschlechtsidentität, die mit dem biologischen bzw. bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt.

I.3.5. Geschlecht auf individueller Ebene

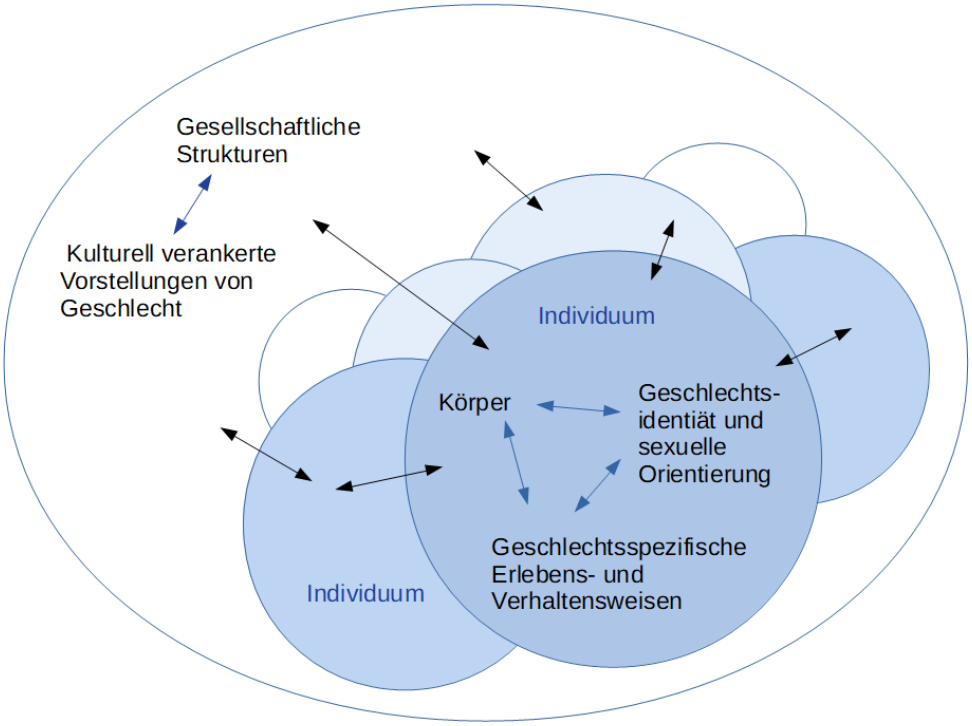

Abbildung 1: Mehrdimensionales Modell von Geschlecht

Besonders relevant für die Psychologie und damit für die hier vorliegende Arbeit ist die Frage, wie Geschlecht im Individuum verstanden werden kann. Aus dem bisher Erläuterten lässt sich festhalten, dass es auf Ebene der Gesellschaft sowohl vergeschlechtlichte soziale Strukturen als auch wirkmächtige Geschlechterbilder gibt, welche den Erfahrungsraum einzelner Personen beeinflussen, da sie anhand ihres Körpers

geschlechtlich kategorisiert werden. Innerhalb der Person wurde sowohl die körperliche Ebene, die eigene Geschlechtsidentität (innerhalb oder außerhalb der zweigeschlechtlichen Norm) und sexuelle Orientierung, sowie geschlechtsspezifisches Erleben und Verhalten als relevante Dimensionen von Geschlecht ausgemacht.

Wie die Vermittlung zwischen Gesellschaft und Individuum stattfindet wird unterschiedlich konzipiert, z.B. durch Modelllernen, soziale Sanktionen und mediale Einflüsse (Bussey & Bandura, 2004), Sozialisation durch die Eltern (Pomerantz et al., 2004), oder die Wirkung von Geschlechterstereotypen als sozial-kognitive Schemata (Ellemers, 2018). Dabei kommt jedoch der sozialisierten Person keine passive Rolle zu: Persönlichkeitsmerkmale, körperliche Eigenschaften, sowie eigene Identifikationsprozesse (Halim et al., 2018) sind Bestandteile dieser Theorien. Festgehalten werden kann, dass die Vermittlung ein sozial-interaktiver Prozess ist, für den Merkmale und Prozesse des biologischen Geschlechts eine Rolle spielen, und an dem das Individuum aktiv beteiligt ist. Die individuellen Erfahrungen mit dem eigenen Geschlecht gestalten sich unterschiedlich, beispielsweise durch Interaktion mit anderen sozialen Kategorien (z.B. soziale Schicht), körperlichen Merkmalen (z.B. aufgrund eines zierlichen Körperbaus als unmännlich wahrgenommen zu werden), oder den Einstellungen im sozialen Umfeld. Aufgrund dieser Komplexität ist die Wirkung der gesellschaftlichen Dimension von Geschlecht auf das individuelle Geschlecht nicht deterministisch, aber insofern kontingent, dass sie bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen wahrscheinlicher machen als andere. Individuen stellen zudem Geschlecht bewusst oder unbewusst über Verhalten und Aussehen her, können sich kognitiv mit Geschlecht auseinandersetzen und können – in kollektiven und langfristigen Prozessen – auf gesellschaftliche Strukturen und Vorstellungen von Geschlecht einwirken, wie sich z.B. in Auseinandersetzungen um sexistische mediale Darstellungen oder die *dritte Option* als Geschlechtseintrag zeigt.

II. Theoretische Perspektiven und Forschungsansätze

Im Folgen wird die bereits umrissene Vielfalt theoretischer Modelle und Forschungsrichtungen zum Verständnis von Essstörungen dargestellt. Dabei werden zunächst die zentralen allgemeinen Zugänge psychologischer Forschung zu Essstörungen vorgestellt und hinsichtlich ihres Beitrags zur Fragestellung diskutiert. Als nächstes werden theoretische und empirische Perspektiven vorgestellt, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Essstörungen und Geschlecht beschäftigen. Diese stammen jedoch zum Teil nicht aus der Psychologie, sondern aus feministisch orientierten Sozial- und Geisteswissenschaften, oder bilden keine eigenständige Theorieschule, wie z.B. Befunde zum Auftreten von Essstörungen bei Transpersonen.

II.1. Allgemeine Zugänge psychologischer Forschung

II.1.1. Kognitiv-behaviorale Psychologie: Handlungsleitende kognitive Prozesse

Zu Beginn der Achtziger Jahre wurden kognitiv-behaviorale Modelle sowohl für Anorexie als auch für Bulimie entwickelt (Fairburn, 1981; Garner & Bemis, 1982), die von einer Kernpathologie bestehend aus der Überbewertung von Figur, Gewicht und Kontrolle der Nahrungsaufnahme ausgehen, wie sie sich heute in den diagnostischen Kriterien widerspiegelt. Kognitiv-behaviorale Modelle stellen im Kern keine ätiologischen Modelle dar, da sie auf die unmittelbare Auslösung und den Prozess der Aufrechterhaltung der Symptome fokussieren, aus denen sie Möglichkeiten zur Intervention ableiten. Zur Erklärung der Ätiologie wird auf eine Interaktion von empirisch bestätigten psychologischen, biologischen

und sozialen Faktoren, die in verschiedenen Erklärungsansätzen vorkommen, verwiesen und damit eine Multikausalität angenommen.

Anorexie

Garner und Bemis (1982) führten an, dass die bei Anorexie Patientinnen[2] typischen „verzerrten“ Gedanken um Körper und Nahrung auf Grundüberzeugungen über den Wert von Gewichtsverlust zurückführbar sind, aus welchen die oft bizarr erscheinenden anorektischen Verhaltensweisen logisch hervorgehen und damit verstehbar werden. Daraus schlossen die Autor_innen, dass kognitive Prozesse einen vielversprechenden Ansatzpunkt für die Behandlung darstellen könnten und erarbeiteten eine störungsspezifische Modifikation des kognitiv-behavioralen Ansatzes nach Beck (Beck, 1976; Beck et al., 1979) für Anorexie, die in den folgenden Jahren weiter entwickelt wurde, zum Teil auch für Bulimie (Garner, 1986; Garner et al., 1997). In ihrem theoretischen Modell lehnen Garner und Bemis (1982) einheitliche ätiologische Annahmen ab, beziehen sich jedoch auf ältere Beschreibungen eines typischen Persönlichkeitprofils und eines prämorbiden Erlebens von depressiven Gefühlen und mangelnder Kontrolle (Bruch, 1978). Durch die vorherrschende gesellschaftliche Idealisierung von Schlankheit erscheint Gewichtsverlust als Lösung für Gefühle von Mangelhaftigkeit und erfolgreiches Diäthalten führt zu einem positiven Erleben von Stärke. Dies bedingt einen Prozess, in dem anorektische Gedanken und Verhaltensweisen einen autonom funktionierenden, sich selbst verstärkenden Komplex bilden, der sich zunehmend von anderen Umweltreizen, alternativen Handlungsoptionen und Verstärkungsbedingungen abschottet. Dabei spielen sowohl positive Verstärkung durch das Erleben von Erfolg und Stärke oder Bewunderung durch Andere eine Rolle, als auch negative Verstärkung durch die Vermeidung von Gewichtszunahme, dem Erleben von Schwäche oder dem Essen selbst, das zunehmend angstbesetzt wird. Garner und Bemis (1982) weisen dabei auch auf Effekte der Mangelernährung, wie Verengung des Denkens und sozialen Rückzug, hin, welche diesen Prozess weiter begünstigen. Um die gefürchtete Gewichtszunahme zu vermeiden, müssen Appetit kontrolliert und nahrungsrelevante Stimuli vermieden werden. Da es der Gewichtsverlust und nicht ein schlanker Körper an sich ist, von dem die affektive Verstärkung durch das Erleben von Stärke und Selbstkontrolle ausgeht, muss ein immer niedrigeres Gewicht erreicht werden. Negatives Erleben als Folge eines Versagens im Aufrechterhalten von Diät und Gewichtsverlust kann den Autor_innen zufolge von Patientinnen dafür geschätzt und geradezu kultiviert werden, dass es die Motivation für die Verfolgung des hochgeschätzten Ziels des Gewichtsverlusts aufrecht erhält.

[2] Über behandelte Personen wird im zitierten Aufsatz in der weiblichen Form gesprochen.

Zusammenfassend kann anorektische Symptomatik mit diesem Modell durch ein Zusammenspiel von kognitiven Prämissen, daraus logisch ableitbaren Verhaltensweisen, positiver und negativer Verstärkung dieser Verhaltensweisen, sowie Starvationseffekten erklärt werden.

Bulimie

Das auf Fairburn (1981) zurückgehende kognitiv-behaviorale Modell von Bulimie stellt ein Selbstbewertungsschema in den Vordergrund, bei dem der persönliche Wert hauptsächlich an der Fähigkeit zur Kontrolle von Nahrung, Figur und Gewicht festgemacht wird, anstatt an Fähigkeiten in diversen Lebensbereichen. Kernsymptome der Bulimie wie extreme und rigide Versuche der Nahrungseinschränkung und kompensatorisches Verhalten nach Essanfällen lassen sich daraus ableiten. Die Essanfälle selbst entstehen dabei als Folge der rigiden Kontrollbemühungen: Wenn sie nicht aufrecht erhalten werden können, wird dies auf einen Mangel der eigenen Kontrollfähigkeit attribuiert und die Kontrolle vorübergehend aufgegeben. Essanfälle werden dabei in Verbindung mit negativen emotionalen Zuständen gebracht. Das ursprüngliche Modell nach Fairburn ist abgesehen von diesem Verweis auf die Funktion negativer Emotionalität noch enger auf das Zusammenspiel von Kognition und Verhalten fokussiert und geht weniger auf ätiologische Annahmen ein als das Modell von Garner und Bemis (1982) für Anorexie. Fairburn (1981) schlug daher ein zweistufiges Therapieverfahren vor. Der erste Schritt bestand dabei in der Unterbrechung des „Teufelskreises“ aus Essanfällen und kompensatorischen Maßnahmen durch Veränderung des Essverhaltens und der zweite Schritt in der Veränderung der essstörungsrelevanten Einstellungen. Das Behandlungsprogramm wurde in den folgenden Jahrzehnten von Fairburn und Kolleg_innen mehrfach überprüft und weiterentwickelt (Fairburn et al., 1993, 2003; Wilson et al., 1997).

Weiterentwicklung kognitiv-behavioraler Modelle

Schemakonsistente Informationsverarbeitung

Weiterentwickelt wurden kognitive Modelle unter anderem durch Elaboration der Qualität der kognitiven Strukturen: Vitousek und Hollon (1990) wiesen auf die Bildung organisierter kognitiver Schemata mit Annahmen über Gewicht, Nahrung und sich selbst für die Aufrechterhaltung der Symptomatik hin. Diese Schemata beeinflussen Aufmerksamkeits- und Informationsverarbeitungsprozesse und können so dazu beitragen, dass sich die Grundannahmen im Erleben der Betroffenen immer wieder zu bestätigen scheinen, und somit entsprechende Verhaltensmuster stabilisieren.

Aspekte von Selbst, Interpersonellen Prozessen und Emotionen

Der enge Fokus auf Kognitionen bezüglich Gewicht und Figur wurde zum Teil auch kritisch betrachtet: Leung et al. (1999) argumentierten beispielsweise gegen eine zu oberflächliche Konzeptualisierung der relevanten Grundüberzeugungen und zeigten Zusammenhänge zwischen Essstörungssymptomatik und Überzeugungen hinsichtlich grundlegender Eigenschaften des Selbst und zwischenmenschlicher Beziehungen auf. Meyer et al. (1998) wiesen auf die wichtige Funktion von Emotionen für die bulimische Symptomatik hin.

Erweitertes kognitiv-behaviorales Modell für Bulimie

Aufbauend auf dem Ziel, ihren Therapieansatz zu verbessern und als Reaktion auf Kritik an dem sehr engen Fokus des Modell entwickelten Fairburn, Cooper und Shafran (2003) ein erweitertes Modell der Bulimie, bei dem weitere aufrechterhaltende Prozesse für Subgruppen von Patient_innen integriert wurden: 1) *Klinisch relevanter Perfektionismus* wird als zweites, mit der Kernpathologie interagierendes, Selbstbewertungsschema angenommen. 2) Grundlegende, überdauernde *negative Einstellungen gegenüber sich selbst* begünstigen das Streben nach Erfolg in den Diät- und Kontrollbemühungen und können Veränderungen im therapeutischen Prozess erschweren. 3) Bei *Intoleranz gegenüber (negativen) emotionalen Zuständen* kann die Binge-Purging-Symptomatik als dysfunktionale Emotionsmodulationsstrategie dienen. 4) *Interpersonelle Prozesse* können auf verschiedene Weisen die Essstörungssymptomatik beeinflussen, z.B. durch Schwierigkeiten in der Familie, sozialen Druck oder in Form von negativen sozialen Erlebnissen, die Essanfälle auslösen können.

Transdiagnostisches Modell der Essstörungen

Gemeinsam mit der Erweiterung des Modells für Bulimie stellten Fairburn et al. (2003) ein transdiagnostisches Modell vor, welches Bulimie, Anorexie und die breite Kategorie der atypischen und nicht weiter spezifizierten Essstörungen, die heute zum Teil unter Binge Eating Störung gefasst werden können, mit einschließt. Diese gemeinsame Betrachtung wird damit begründet, dass alle Essstörungen die Kernpathologie teilen und sich auch die aufrecht erhaltenden Mechanismen überschneiden. Fairburn et al. (2003) argumentieren, die Unterscheidung zwischen Anorexie und Bulimie basiere im Wesentlichen auf der unterschiedlichen Balance von Nahrungsrestriktion und Überessen, die im Fall der

Anorexie zu Untergewicht führe und sich bei Bulimie meist ausgleiche. Für Anorexie wird das Starvationssyndrom, also die Effekte der Mangelernährung, als wesentlicher aufrechterhaltender Prozess ins Modell integriert. Aus diesem Modell wurden transdiagnostische Behandlungsrichtlinien abgeleitet, die sich unabhängig von der spezifischen Diagnose auf die Veränderung der kognitiven Kernpathologie und der aufrechterhaltenden Prozesse fokussieren.

Empirische Evidenz

Kognitiv-behaviorale Modelle bieten durch ihren Ansatz an der beobachtbaren Symptomatik eine gute empirische Zugänglichkeit und wurden in den letzten drei bis vier Jahrzehnten in zahlreichen Arbeiten empirisch geprüft (Cooper, 1997, 2005). Vitousek und Brown (2015) fassen zusammen, dass alle bisher überprüften Aspekte des kognitiv-behavioralen Modells bestätigt wurden, es jedoch auch Aspekte gibt, die weitgehend ungeprüft geblieben sind. Die Zentralität der Gedanken um Gewicht, Figur und Essen und negativer Selbst-Schemata werden auch durch Untersuchungen der letzten Jahre bestätigt (Legenbauer et al., 2011; Yiend et al., 2014). Vitousek und Brown (2015) weisen darauf hin, dass verzerrte Informationsverarbeitungsprozesse hinsichtlich nahrungs- und körperrelevanter Stimuli gut belegt sind, ihre Wirkweisen und damit die Rolle für die Aufrechterhaltung jedoch noch weiterer Forschung bedarf. Arbeiten zu neurokognitiven Prozessen, die im Kapitel zum biomedizinischen Modell vorgestellt werden, sind hier aufschlussreich. Aspekte wie negatives Selbstwertgefühl, Probleme in der Emotionsregulation, interpersonelle Schwierigkeiten und Perfektionismus wurden auf Grundlage von empirischen Hinweisen für ihre Relevanz ins Modell integriert und erweitern den kognitiv-behavioralen Fokus. Die Forschung zu Risikofaktoren belegt sowohl die Relevanz von Sorgen um Gewicht und Figur, als auch eines negativen Selbstwertes und negativer Emotionalität (Jacobi et al., 2004). Die Rolle von Emotionswahrnehmung und -regulation ist vor allem hinsichtlich bulimischer Symptomatik gut untersucht, wobei sich auch bei Anorexie Auffälligkeiten zeigen (Svaldi et al., 2012).

Kognitive Verhaltenstherapie

Wie oben beschrieben war mit der Entwicklung der kognitiv-behavioralen Modelle eine Entwicklung und Evaluation entsprechender Therapieprogramme verbunden. In deutscher Sprache liegen u.a. Manuale von Fairburn et al. (2012), Legenbauer und Vocks (2014) und Jacobi et al. (2008) vor, denen genauere Informationen zum therapeutischen Vorgehen entnommen werden können. Therapieziele sind dabei zum einen die Verbesserung der körperlichen Symptomatik und zum anderen die Bearbeitung der damit verknüpften

emotionalen und interpersonellen Problembereiche. Der Aufbau eines regelmäßigen, ausgewogenen Ernährungsverhaltens gilt als grundlegend, sowohl für die Gewichtsrestitution als auch für den Abbau von Essanfällen und kompensatorischen Maßnahmen. Kognitiv-behaviorale Techniken beziehen sich auf die Analyse und direkte Veränderung von problematischen Verhaltensweisen und Kognitionen. Durch Techniken wie z.B. Selbstbeobachtung und Verhaltensanalyse können Patient_innen sich mit Hilfe der Therapeut_innen ihrer eigenen Verhaltensmuster und kognitiven Strukturen bewusst werden und Alternativen, die neue Lernerfahrungen ermöglichen, erproben. Therapeutische Gesprächsführung wird eingesetzt, um Grundannahmen in Frage zu stellen und alternative Betrachtungsweisen anzustoßen. Operante Verstärkerprogramme kommen vor allem im stationären Setting mit dem Ziel der Gewichtsrestitution zum Einsatz. Weitere Techniken umfassen Expositionstherapien, Übungen zum Körpererleben, sowie Schulung sozialer Fertigkeiten und Emotionsregulationsstrategien.

Die kognitive Verhaltenstherapie gilt heute als die Methode der Wahl zur Behandlung von Essstörungen, da ihre Wirksamkeit deutlich besser als die anderer psychotherapeutischer Verfahren durch Evaluationsstudien belegt ist. In der Behandlung für Bulimie können einer Metaanalyse von Svaldi et al. (2018) zufolge eine mittlere bis starke Reduktion der Symptomatik und Remissionsraten von etwa 40% erwartet werden. Einer Metaanalyse von Zeeck et al. (2018) zufolge liegt für die Behandlung von Anorexie eine weniger solide Datengrundlage vor, da es keine Vergleiche zwischen behandelten Gruppen und unbehandelten Kontrollgruppen gibt und als vergleichbare Outcome-Maße der untersuchten Studien hauptsächlich die Gewichtszunahme und weniger andere Kriterien, wie z.B. allgemeine Psychopathologie, zur Verfügung stehen. Die kognitive Verhaltenstherapie zeigte sich hier ähnlich wirksam wie andere psychotherapeutische Verfahren, wobei über verschiedene Verfahren hinweg eine Gewichtszunahme von 100 – 500 Gramm pro Woche erwartet werden kann. Durchschnittliche BMI-Werte im Follow-up lagen zwischen 17.4 und 18.7 und damit auch nach der Behandlung noch immer an der Grenze zum Untergewicht.

Diskussion

Kognitiv-behaviorale Modelle setzen am Erleben der Betroffenen auf der kognitiven Ebene an und schaffen damit ein Verständnis für die Symptomatik, welche auf Hypothesen über Kindheitserlebnisse oder die psychische Struktur, die sehr stigmatisierend wirken können, verzichtet. Dieses Verständnis bildet die Grundlage für einen Behandlungsansatz, der sich als wirkungsvoll erwiesen hat, wenngleich im Allgemeinen noch immer großer Verbesserungsbedarf für die Behandlung besteht. Hinsichtlich der Frage nach der Bedeutung

von Geschlecht können diese Modelle jedoch keine Antwort bieten: Dass die relevanten Grundüberzeugungen und kognitiven Strukturen hauptsächlich von Frauen ausgebildet werden, scheint in den Veröffentlichungen nicht weiter erklärungsbedürftig. Es wird auf ein soziokulturelles Schlankheitsideal verwiesen, aber nicht geprüft, inwiefern dieses tatsächlich den Geschlechtsunterschied erklären kann. Dies muss im Zusammenhang damit gesehen werden, dass der Fokus auf die Aufrechterhaltung und nicht auf die Erklärung der Entstehung gelegt wird. Die kognitive Verhaltenstherapie legt ein Multifaktorielles Modell zu Grunde, bei dem biologische, individuelle und soziokulturelle Einflüsse als wichtig angenommen werden, deren Zusammenwirken aber letztendlich nicht durch eine integrierende theoretische Perspektive erläutert wird und damit auch der Stellenwert verschiedener Faktoren nicht spezifiziert wird. Bei Betroffenen die Einsicht zu fördern, dass ihre Grundüberzeugungen nicht funktional für ihr Leben sind und ihnen Veränderungsmöglichkeiten zu bieten, ist ein pragmatischer und an sich sinnvoller Ansatz. Er birgt jedoch – wie viele rein psychologische Perspektiven – die Gefahr einer Individualisierung der Problematik: Dass viele junge Frauen das Gefühl haben, ihr persönlicher Wert werde an ihrem Körper gemessen, und dass die Unterdrückung ihrer körperlichen Bedürfnisse den für sie naheliegende Weg zum Erleben von Leistung und Kontrolle darstellt, wird nicht in einem gesellschaftlichen Kontext hinterfragt, sondern als Beleg für die individuelle psychische Abweichung der betroffenen Frauen von der gesunden Normalität gedeutet. Auflösen sollen Betroffene diese Problematik dann über die Veränderung ihrer „verzerrten“ Denkmuster, ohne dass die gesellschaftlichen Kontexte, in denen diese spezifischen Erlebensweisen gebildet wurden, sich verändern. Beispielsweise ist die Grundüberzeugung, dass schlanke Menschen mehr wertgeschätzt werden als Dicke, vor dem Hintergrund einer nachweisbaren und massiven gesellschaftlichen Diskriminierung von dicken Menschen (Brownell, 2005) als adäquate Wahrnehmung der Realität zu sehen.

II.1.2. Biomedizin: genetische Faktoren und neuropsychologische Auffälligkeiten

Das biomedizinische Modell untersucht biologische Faktoren im Zusammenhang mit Essstörungen. Relevante Forschungsbereiche sind hier vor allem Genetik und Neurologie.

Genetik

Aktuelle Veröffentlichungen zum Stand der Forschung (Breithaupt et al., 2018; Bulik et al., 2019; Hübel et al., 2018) bestätigen, dass von einer genetischen Prädisposition für Essstörungen ausgegangen werden kann. Ausgehend vom Vorliegen einer familiären Häufung von Essstörungen, die für das ganze Spektrum von Essstörungsdiagnosen festgestellt wurde (Breithaupt et al., 2018), wurde durch Zwillings- und Adoptionsstudien versucht, den relativen Anteil genetischer Komponenten an der Varianz im Auftreten von Essstörungen gegenüber dem von Umweltfaktoren zu bestimmen. Schätzungen für Anorexie, Bulimie und Binge Eating Störungen belaufen sich einem Review von Bulik et al. (2015) zufolge auf 40 – 65%. Die Autor_innen weisen dabei auch auf die Relevanz weiterer Erkenntnisse zu epigenetischen Prozessen und Gen-Umwelt-Interaktionen hin (Hinney & Volckmar, 2015). Molekulargenetische Untersuchungen beschäftigen sich mit der Suche nach bestimmten Genvarianten bzw. Genabschnitten, die mit einem höheren Risiko für das Auftreten von Erkrankungen assoziiert sind. Assoziationsstudien zu Kandidatengenen erbrachten keine replizierbaren Ergebnisse (Bulik et al., 2015). Genomweite Assoziationsstudien werden als vielversprechendere Methode angesehen und wurden für Anorexie sowie bestimmte symptomatische Aspekte von Anorexie durchgeführt, andere Essstörungen sind jedoch kaum untersucht (Breithaupt et al., 2018; Bulik et al., 2019; Wade et al., 2013). Aktuell konnte ein signifikanter Genabschnitt für Anorexie ermittelt werden (Breithaupt et al., 2018), jedoch bedarf es noch weiterer Forschung.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Forschung von Kelly Klump, Pamela Keel und Kolleg_innen (Culbert et al., 2015; Keel & Klump, 2003; Klump et al., 2013; O'Connor et al., 2017), welche wichtige Hinweise zum Verhältnis von Biologie und Umwelt hervorgebracht hat. So kamen Keel und Klump (2003) durch eine Analyse von Daten zur historischen und kulturübergreifenden Prävalenz von Anorexie und Bulimie zu dem Schluss, das Bulimie sich stärker kulturgebunden präsentiert als Anorexie und die beiden Erkrankungen möglicherweise ganz unterschiedliche genetische Grundlagen haben. Klump et

al. (2012) fanden zudem einen Geschlechtsunterschied in der genetischen Basis gestörten Essverhaltens: So zeigte sich bei Frauen erst ab der Pubertät ein genetischer Einfluss auf gestörtes Essverhalten, während er bei Männern über verschiedene Altersspannen hinweg konstant blieb. Die Autor_innen werten dies als Hinweis auf die Relevanz weiblicher Geschlechtshormone, wobei jedoch auch andere Interpretationen möglich sind.

Neurowissenschaft

Die Neuropsychologie untersucht Auffälligkeiten oder Veränderungen in Hirnstruktur und Hirnfunktion in Zusammenhang mit dem Vorliegen einer Essstörungsdiagnose oder bestimmter Symptome mit Hilfe von bildgebenden Verfahren. Hinsichtlich der Hirnstruktur liegen den Reviews von Frank (2015) und Van den Eynde et al. (2012) sehr unterschiedliche Ergebnisse vor, wobei häufig eine Reduktion der grauen Hirnsubstanz bei Anorexie in verschiedenen Arealen berichtet wird, welche im Zusammenhang mit der Mangelernährung zu sehen ist (Frank, 2015). Veränderungen in der Hirnfunktion wurden vor allem für Anorexie intensiv untersucht, aber zunehmend auch für Bulimie und Binge Eating. Obgleich die Befunde häufig variieren, zeichnen sich Belege für spezifische neuronale Korrelate ab, die im Folgenden beschrieben werden.

Gestörtes Essverhalten

Um Nahrungsrestriktion und Überessen in Form von Essanfällen zu verstehen, wurden Auffälligkeiten im Belohnungssystem und in der Verhaltenskontrolle untersucht.

Einem Review von Steinglass et al. (2019) zufolge häufen sich in der Forschung zu Anorexie Hinweise auf eine abweichende Verarbeitung des Belohnungswertes von Nahrungsreizen, wobei die Ergebnisse sich stark darin unterscheiden, in welchen Teilen des Belohnungssystems Auffälligkeiten festgestellt werden. Auf Ebene der Neurotransmitter werden Auffälligkeiten im Dopamin-Haushalt diskutiert (Bergen et al., 2005; Steinglass et al., 2019). Auffälligkeiten in der Verarbeitung von Geschmacksreizen durch die Insula sowie erhöhte Aktivierung der Amygdala in Reaktion auf Nahrungs- und Geschmacksreize (Fuglset et al., 2016; Joos et al., 2011; Vocks et al., 2011) weisen darauf hin, dass die normale Belohnungsreaktion auf Nahrungsreize bei Anorexie beeinträchtigt ist und Nahrungsreize stärker mit einer Angstreaktion gekoppelt sind. Symptomatisch zeigen Personen mit Anorexie ein hohes Maß an Verhaltenskontrolle hinsichtlich der Nahrungsaufnahme mit dem Ziel der Gewichtsreduktion, weshalb ihre Fähigkeit zum Belohnungsaufschub experimentell untersucht wurde. Die Studienergebnisse sind nicht eindeutig, ergaben aber vermehrt eine

höhere Fähigkeit zum Belohnungsaufschub, die zudem mit unterschiedlicher Aktivierung frontostriataler Hirnbereiche verbunden war (Decker et al., 2015; Steinglass et al., 2019).

Forschungsergebnisse zu Bulimie und auch zu Binge Eating legen nahe, dass das Überessen und der Kontrollverlust bei Essanfällen mit einer erhöhten Belohnungsreaktion auf Nahrungsreize und einem Defizit an Verhaltenskontrolle einhergehen (Friederich et al., 2013; Steinglass et al., 2019). Eine Untersuchung von Simon et al. (2016) an Personen mit Bulimie und Binge Eating Störung nutzte einen Incentive-Delay-Task mit Nahrungs- und monetären Verstärkern sowie fMRI Messungen um die Hirnaktivität sowohl bei der Antizipation als auch beim tatsächlichen Erhalt der Verstärker zu untersuchen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe fanden die Autor_innen reduzierte Aktivität im hinteren Zingulären Kortex während der Antizipation von Verstärkern in Form von Nahrung und erhöhte Aktivität im medialen Orbitofrontalkortex, vorderen medialen Präfrontalkortex und im hinteren Zingulären Kortex beim Erhalt von Verstärkern in Form von Nahrung, nicht jedoch bei monetären Verstärkern. Die Ergebnisse werden als Beleg für eine schwächere Aktivierung von Hirnarealen, die mit Selbstkontrolle assoziiert sind, während der Antizipation von Nahrung, sowie für ein stärkeres hedonistisches Erleben bzw. eine höhere Sensitivität für den Belohnungswert von Nahrung, interpretiert.

Obgleich hier ein gegensätzliches Bild der neuropsychologischen Befunde zu Anorexie und Bulimie gezeichnet wird, stellten Frank et al. (2013) sowohl bei Anorexie vom restriktiven Typ als auch bei Bulimie ein erhöhtes Volumen der grauen Hirnsubstanz im Orbitofrontalkortex fest, welcher an der Regulation von Hunger und Sättigung beteiligt ist und durch seine Vergrößerung möglicherweise zu frühe Sättigungssignale sendet und damit zum Symptom der Nahrungsrestriktion beitragen könnte, welches bei beiden Essstörungen vorkommt. Unterschiede zwischen Anorexie und Bulimie wurden hier in der Struktur der Insula festgestellt: Bei Bulimie zeigte sich eine Vergrößerung der linken Insula, die mit der Wahrnehmung von Magenfülle assoziiert ist und deren Auffälligkeit möglicherweise am Essen über einen normalen Sättigungszustand hinaus beteiligt ist.

Die Untersuchung von Auffälligkeiten bei bestimmten Essstörungsdiagnosen produziert zum Teil widersprüchlich scheinende Befundlagen, da sich Symptome von Über- und Unteressen innerhalb von Essstörungsdiagnosen mischen, weshalb Frank (2015) für eine dimensionale Herangehensweise an spezifische Symptome mit dem Ziel der Unterscheidung von Essstörungssubgruppen auf neuronaler Ebene plädiert.

Körperbildstörung

Störung im Körperbild gelten als weiteres Kernsymptom von Essstörungen, sind jedoch hauptsächlich für Anorexie untersucht. Die Überschätzung der Ausmaße des eigenen Körpers (Mölbert et al., 2017) regten Untersuchungen zur visuellen Verarbeitung von Körperreizen an. Abweichungen in der Funktion kortikaler Netzwerke, insbesondere des Parietallappens, zur visuellen Körperwahrnehmung sind bei Anorexie gut belegt und zum Teil auch für Bulimie untersucht (Suchan et al., 2015; Vocks et al., 2010). Gaudio et al. (2014) haben darauf hingewiesen, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers ein multisensorischer Prozess ist, der nicht auf Fehler in der visuellen Verarbeitung reduziert werden kann. Sie fassen vielversprechende Ergebnisse zur Bedeutung der propriozeptiven und interozeptiven Körperwahrnehmung bei Anorexie zusammen, also der Wahrnehmung der Position und Bewegung des eigenen Körpers im Raum sowie die Wahrnehmung innerer, viszeraler Körperempfindungen, die auch in Zusammenhang mit Emotionen stehen. Während Sachdev et al. (2008) Auffälligkeiten in der Verarbeitung von Selbstbildern, aber nicht von Fremdbildern fanden, stellten Vocks et al. (2010) eine erhöhte Aktivierung der Amygdala in Reaktion auf Bilder einer fremden Frau in Bikini fest. Dieser Effekt zeigte sich für Versuchspersonen mit Anorexie, aber nicht mit Bulimie. Madden (2015) fasst zusammen, dass bei Anorexie Auffälligkeiten sowohl in der visuellen Verarbeitung, als auch in der Integration externer und interner Körperreize durch die Insula, sowie in Aufmerksamkeitsprozessen, die mit dem Präfrontalkortex assoziiert sind, zu finden sind.

Eine spezifische Hypothese zur Neuropsychologie von Körperbildstörungen ist die Allocentric Lock Hypothesis (Riva, 2012; Riva et al., 2015). Dabei wird zwischen allozentrischer Körperwahrnehmung, welche die Raumwahrnehmung unabhängig vom eigenen Standpunkt und eine Außenperspektive auf den eigenen Körper bezeichnet, und egozentrischer, also von sich selbst ausgehender, Körperwahrnehmung, unterschieden. Die allozentrische Körperwahrnehmung wird mit dem Parietallappen, die egozentrische Körperwahrnehmung mit dem Precuneus in Verbindung gebracht. Die Allocentric Lock Hypothesis besagt, dass Personen mit Essstörungen aufgrund von Fehlern im Austausch zwischen den neuronalen Systemen für allozentrische Körperwahrnehmung und egozentrische Körperwahrnehmung quasi in einer gespeicherten allozentrischen Repräsentation ihres körperlichen Selbst „feststecken“. Riva et al. (2015) stellen diese Hypothese in Zusammenhang mit der Objektivierungstheorie (Fredrickson & Roberts, 1997), der zufolge Frauen in unserer Gesellschaft lernen, eine wertende Fremdperspektive auf ihre Körper einzunehmen. Negative Erfahrungen der Bewertung des eigenen Körpers werden demnach als

negative allozentrische Repräsentation gespeichert und können auch bei erfolgreicher Diät nicht durch egozentrische Selbstwahrnehmung korrigiert werden.

Diskussion

Neuropsychologische Studien zeigen interessante Korrelate essstörungsspezifischen Erlebens und Verhaltens auf. Für ihren Beitrag zum Verständnis der Ätiologie von Essstörungen stellt sich aber ein zentrales Interpretationsproblem: Wie auch Steinglass et al. (2019) in der Diskussion ihres Reviews zu bedenken geben, ist es unklar, ob neurologische Auffälligkeiten in einem kausalen Zusammenhang zur Symptomatik stehen oder lediglich die Auffälligkeiten auf der Verhaltensebene neuronal abbilden. Zum Teil wird untersucht, ob neuronale Auffälligkeiten auch nach Remission der Essstörung noch vorliegen, doch dies schließt nicht aus, dass sich Auffälligkeiten mit der Erkrankung entwickelt haben könnten.

Hinsichtlich der hohen Schätzungen für den Anteil genetischer Faktoren wurde wiederholt kritisiert, dass ein additives Modell von Genetik, geteilter und nicht geteilter Umwelt den Anteil der Genetik überschätzt, da der Einfluss von Gen-Umwelt-Interaktionen dem genetischen Anteil zugerechnet werden (Levine & Smolak, 2014; Murnen & Smolak, 2015). Problematisch ist zudem, dass diese Schätzungen auf Zwillingsstudien beruhen, welche den Einfluss von Kultur nur dann erfassen könnten, wenn sie interkulturell angelegt wären. Da dies in der Regel nicht der Fall ist, werden grundlegende kulturelle Dynamiken oder Bedeutungsmuster, zu denen auch Geschlechterbilder zählen, konstant gehalten und nur der Einfluss von Umweltfaktoren, die sich für Personen innerhalb des übergeordneten kulturellen Rahmens unterscheiden, gemessen.

Die Frage nach Geschlecht ist kein prominentes Thema in der neuropsychologischen Forschung zu Essstörungen, weshalb diese zur Beantwortung der hier aufgemachten Fragestellung wenig beizutragen hat. Wie Murnen und Smolak (2015) diskutieren, scheint es in der biomedizinischen Forschung eine grundlegende Annahme zu geben, dass es eine geschlechtsspezifische genetische oder neurologische Vulnerabilität für Essstörungen gibt. Während es erste Hinweise dafür gibt, dass Essstörungssymptome bei Frauen mit hormonellen Zyklen variieren (Klump et al., 2013) und genetische Einflüsse bei Frauen verstärkt ab dem Einsetzen der Pubertät wirksam werden, bei Männern jedoch unabhängig davon (Klump et al., 2012), deutet dies Murnen & Smolak (2015) zufolge eher auf eine mediierende Rolle neurobiologischer Faktoren zwischen empirisch gut belegten soziokulturellen Faktoren und Essstörungssymptomatik hin. Eine interessante Herangehensweise bietet die Forschung zur Allocentric Lock Hypothesis (Riva, 2012; Riva et al., 2015), bei der nicht nur das Thema Geschlecht mit Hilfe der Objektivierungstheorie

aufgegriffen wird, sondern auch die soziokulturelle, psychologische und neurologische Ebene in einen logisch sinnvollen Zusammenhang gesetzt werden.

Neben grundlegender Kritik an empirischen Belegen zu einem biomedizinischen Modell, in dem soziokulturelle Faktoren eine marginale Rolle spielen (Levine & Smolak, 2014), wäre kritisch zu diskutieren, welchen Beitrag die Forschung zu biologischen Grundlagen bisher zur Prävention und Therapie von Essstörungen geleistet hat.

II.1.3. Soziokulturelle Modelle: Vermittlung von Körperidealen

Psychologische Forschung, die sich mit der Bedeutung soziokultureller Einflüsse für Essstörungen beschäftigt, stellt Körperideale westlicher Gesellschaften in den Vordergrund und testen deren Vermittlung, Internalisierung und Einfluss auf Körperbild und Essstörungssymptomatik. Verschiedene Modelle für die Erklärung gestörten Essverhaltens wurden unter anderem von Striegel-Moore et al. (1986), Stice (1994), Thompson et al. (1999) und Fitzsimmons-Craft (2011) vorgeschlagen, wobei sie sich in ihren Grundannahmen sehr ähnlich sind und sich zum Teil aufeinander beziehen. Die Stärke dieser Modelle besteht in ihrer theoretischen Einbettung von übergeordneten kulturellen Einflüssen (Körperideale), deren Vermittlung durch unmittelbare soziale Prozesse, sowie von Prozessen innerhalb des Individuums, welche den Einfluss der sozialen Faktoren auf das gestörte Essverhalten vermitteln. Wie im Folgenden ausgeführt wird, belegen umfangreiche empirische Arbeiten die Grundannahmen soziokultureller Modelle, sowie ihre Modifizierbarkeit für verschiedene soziale Kontexte wie z.B. unterschiedliche Länder, Geschlechter, Altersgruppen oder Ethnien.

Tripartite Modell

Im Tripartite Model of Body Image and Eating Disturbance nach Thompson et al. (1999) wird eine Vermittlung soziokultureller Botschaften über Medien, Eltern und Peers angenommen, welche auf Ebene des Individuums eine Internalisierung des Schlankheitsideals und sozialen Vergleich hinsichtlich des Aussehens fördern. Diese Prozesse wiederum bedingen dem Modell zufolge Körperunzufriedenheit, welche zu restriktivem Essverhalten sowie bulimischen Symptomen führt, die ihrerseits mit allgemeiner Psychopathologie (z.B. Depression) verknüpft sind. Der Relevanz soziokultureller Botschaften sowie von Internalisierung und sozialen Vergleichen wurden durch querschnittliche (Shagar et al., 2019; Shroff & Thompson, 2006; van den Berg et al., 2002) und längsschnittliche (Rodgers et al., 2015) Studien bestätigt. Modifizierte Versionen bestätigten für Frauen auch spezifische

soziale Einflüsse ihrer Partner in heterosexuellen Beziehungen (Johnson et al., 2015) oder ihrer Schwestern (Coomber & King, 2008). Interessanterweise fanden viele Studien direkte Effekte auf gestörtes Essverhalten, die nicht über Körperunzufriedenheit vermittelt waren (Coomber & King, 2008; Hosseini et al., 2017; Tylka, 2011; van den Berg et al., 2002). Das Tripartite Model erwies sich als passend für Stichproben aus verschiedenen Ländern wie z.B. Iran (Shahyad et al., 2018), Brasilien (de Carvalho et al., 2017) oder Malaysia (Shagar et al., 2019). Eine modifizierte Version des Modells, die von einem muskulös-schlanken Körperideal für Männer ausgeht und entsprechende Körpermodifikationsstrategien wie Muskelaufbautraining mit einbezieht, wurde in verschiedenen Studien mit männlichen Stichproben bestätigt (Girard et al., 2018; Klimek et al., 2018; Tylka, 2011). Untersuchungen zeigten subkulturelle Besonderheiten wie ein erhöhter sozialer Druck bezüglich des Aussehens bei schwulen Männern (Tylka & Andorka, 2012) und unterschiedlicher sozialer Druck bei lesbischen, bisexuellen und heterosexuellen Frauen (Hazzard et al., 2019). Auch die Anwendbarkeit auf Körperunzufriedenheit und gestörtes Essverhalten bei Frauen mittleren Alters konnte belegt werden (Slevec & Tiggemann, 2011).

Dual Pathway Modell

Das Dual Pathway Model of Bulimia Nervosa nach Stice (Stice, 1994; Stice et al., 1998) geht ebenfalls von sozial vermitteltem Druck auf Frauen bezüglich ihres Aussehens als zentralem ätiologischen Einfluss aus. Stice (1994), in Rückbezug auf die Arbeit von Striegel-Moore et al., (1986), expliziert diesen Druck über das dünne Körperideal hinaus: Neben der unrealistischen Qualität des Ideals für weibliche Körper werden auch die Zentralität von Aussehen für die weibliche Geschlechtsrolle, sowie die Bedeutung von Aussehen für gesellschaftlichen Erfolg, einbezogen. Sozialer Druck führt dem Modell zufolge zur Internalisierung dieser Vorstellungen und zu Körperunzufriedenheit, wobei hier Eigenschaften des Individuums wie Selbstwertgefühl und Körpergewicht von Bedeutung sind. Körperunzufriedenheit führt dann zu den zwei proximalen Prozessen, auf die sich der Name Dual Pathway Model bezieht, restriktives Essverhalten und negativer Affekt, die zur bulimischen Symptomatik führen. Sowohl im querschnittlichen als auch längsschnittlichen Test bestätigten sich die Grundannahmen des Modells. Die angenommen Prozesse konnten im Querschnitt 71% (Stice et al., 1996) und in der Längsschnittuntersuchung 33% der Varianz in der bulimischen Symptomatik aufklären (Stice et al., 1998). Ähnlich zu einigen Befunden in der Forschung zum Tripartite Model zeigten sich in der Langzeituntersuchung direkte Effekte von sozialem Druck auf restriktives Essverhalten ohne über Internalisierung und Körperunzufriedenheit vermittelt zu sein, sowie direkte Effekte von BMI und sozialem Druck

auf Körperunzufriedenheit, die nicht über die Internalisierung des Schlankheitsideals vermittelt waren. Eine aktuell veröffentlichte prospektive Studie über einen Zeitraum von acht Jahren bestätigte sowohl die angenommen Risikofaktoren des Modells sowie die zeitliche Abfolge ihres Einsetzens (Stice & Van Ryzin, 2019).

Halliwell & Harvey (2006) zeigten, dass das Dual Pathway Model sinnvoll durch die Hinzunahme von sozialem Vergleich als mediierendem Faktor erweitert werden kann und sowohl auf weibliche als auch auf männliche Jugendliche angewendet werden kann.

Erweiterungen soziokultureller Modelle

Neben den bereits beschriebenen Spezifizierungen oder Abwandlungen soziokultureller Modelle für Menschen unterschiedlichen Geschlechts wurden in der Forschung zu verschiedenen ethnischen Gruppen in den USA ebenfalls Erweiterungen soziokultureller Modelle für Körperunzufriedenheit und gestörtes Essverhalten entworfen, die Prozesse der Akkulturation mit einbeziehen (Stark-Wroblewski, 1999; Warren et al., 2010). Fitzsimmons-Craft (2011) schlug eine Erweiterung soziokultureller Modelle vor, indem sie neben sozialem Vergleich auch die habituelle Überwachung der eigenen körperlichen Erscheinung (Body Surveillance) als mediierenden Prozess integrierte und dafür plädierte, auch die Motive Betroffener für Interaktion mit bestimmten sozialen Kontexten und Medieninhalten in den Blick zu nehmen. Das Konstrukt der Body Surveillance gilt als behaviorale Komponente von Selbstobjektivierung und geht auf die Objektivierungstheorie nach Fredrickson und Roberts (1997) zurück, welche im Rahmen soziokultureller Erklärungen von Essstörungen viel Aufmerksamkeit erfahren hat (siehe Metaanalyse von Schaefer & Thompson, 2018) und deren Spezifikation für Essstörungen (Calogero et al., 2005; Moradi et al., 2005) zum Teil in Überblicksarbeiten zu soziokulturellen Modellen abgehandelt wird (Levine & Smolak, 2014). Die Objektivierungstheorie stammt aus der feministischen Theorie und wird daher im folgenden Kapitel abgehandelt, obgleich sie auch ein soziokulturelles Modell von Essstörungen darstellt.

Relevanz für die Prävention von Essstörungen

Durch ihren Fokus auf die Entstehung von Essstörungen im sozialen Kontext und die Explikation von mediierenden Prozessen auf Seiten des Individuums haben soziokulturelle Modelle wichtige Implikationen für die Prävention von Essstörungen hervorgebracht. Studien zu diesen Modellen diskutierten häufig direkte Implikationen ihrer Ergebnisse für allgemeine Prävention (Johnson et al., 2015; Stice et al., 1998; Stice & Van Ryzin, 2019) oder für Präventionsansätze für bestimmte Gruppen (Smolak et al., 2005; Yamamiya et al., 2008).

Kritische Kompetenz im Umgang mit medial vermittelten Bildern, kognitive Strategien zur Reduktion von Internalisierung des Schlankheitsideals, Reduktion von Körperunzufriedenheit, soziale Unterstützung und Vermeidung von Gewichtsdiskriminierung sowie Kompetenzen im Umgang mit sozialem Druck sind heute Teil wirksamer Präventionsprogramme (Bell et al., 2017; Breithaupt et al., 2017; Thompson et al., 2012; Warschburger et al., 2011).

Diskussion

Soziokulturelle Modelle haben empirische Belege für die Relevanz distaler kultureller und proximaler sozialer Dynamiken hervorgebracht. Sie sind im Rahmen einer biopsychosozialen Konzeptualisierung von Essstörungen gut mit kognitiven Modellen vereinbar, welche ja soziokulturelle Einflüsse als wichtig für die Ausbildung individueller dysfunktionaler kognitiver Strukturen annehmen, sich aber selbst weniger mit ätiologischen Annahmen beschäftigen. Auch mit der Annahme biologischer Einflüsse sind soziokulturelle Modelle grundsätzlich vereinbar, es existieren jedoch Kontroversen über die Relevanz biologischer versus sozialer Faktoren (Levine & Smolak, 2014). Für die Fragestellung dieser Arbeit kann festgehalten werden, dass die Forschung zu soziokulturellen Modellen als einzige der bisher explizierten Forschungslinien eine empirisch fundierte Erklärung für die Geschlechtsspezifität von Essstörungen sowie Modelle für Ausbildung von Essstörungen bei Menschen verschiedenen Geschlechts hervorgebracht hat: Körperunzufriedenheit und Praktiken zur Veränderung des Körpers beruhen demzufolge bei Männern und Frauen auf unterschiedlichen Körperidealen, wobei Körperideale für Frauen von größerer Bedeutung zu sein scheinen und mehr Körperunzufriedenheit hervorbringen. Demnach könnte angenommen werden, dass gestörtes Essverhalten bei Männern und Frauen grundsätzlich den gleichen Mechanismen folgt, aber Frauen häufiger Essstörungen ausbilden, da auf ihnen ein höherer kultureller Druck lastet und Gewichtsreduktion im weiblichen Körperideal einen größeren Stellenwert einnimmt. Fragwürdig an dieser Herangehensweise ist, dass der Einfluss von Kultur und Geschlecht unhinterfragt auf Idealvorstellungen von Körpern und Schönheit reduziert wird. Wie kommt eine Gesellschaft überhaupt zu potentiell schädlichen geschlechtsspezifischen Vorstellungen von Schönheit? Wieso sind diese offenbar so wirkmächtig, obgleich ihre unrealistische Qualität rational leicht durchschaubar ist? Wiederkehrende Befunde, dass Internalisierung von Schlankheitsidealen und Körperunzufriedenheit zwar einflussreich sind, aber sozialer Druck auch unabhängig davon auf gestörtes Essverhalten wirkt, lässt vermuten, dass sozialer Druck auch andere Wirkmechanismen hat als die empfundene Diskrepanz des eigenen Aussehens zu Schönheitsidealen. Der Einbezug der Objektivierungstheorie (Moradi et al., 2005) bietet hier

eine Erweiterung der Perspektive, da sie Veränderungen im Bezug zum eigenen Körper thematisiert. Fokus der Objektivierungstheorie sind dabei weniger Schönheitsideale, die für Frauen besonders rigide Standards setzen, sondern eine objektivierte, also verdinglichte Position von Frauen in der Gesellschaft, welche mit rigideren Ansprüchen an die körperliche Erscheinung einhergehen. Leider geht diese gesellschaftstheoretische Grundannahme in der psychologischen Forschung verloren, wenn sich lediglich auf Body Surveillance als behaviorale Komponente der Selbstobjektivierung auf individueller Ebene bezogen wird (vgl. Fitzsimmons-Craft, 2011).

II.1.4. Psychodynamik: Interpersonelle Prozesse und Selbstentwicklung

Im wissenschaftlichen Diskurs kommt psychodynamischen Theorien eine untergeordnete Bedeutung zu, da sie wenig empirisch abgesichert bzw. ihre Grundannahmen schwer empirisch zugänglich sind. In Psychotherapie und Beratung kommen psychodynamische Ansätze hingegen häufig zum Einsatz. An dieser Stelle soll zum einen die Beschreibung des Krankheitsbildes Anorexie nach Bruch (1978) vorgestellt werden, da diese bis heute auch außerhalb der Psychodynamik als einflussreich gilt, sowie die Anwendung der Objektbeziehungstheorie auf Essstörungen (Selvini Palazzoli, 1974), welche moderne psychodynamische Modelle von Essstörungen charakterisiert. In besonderer Ausführlichkeit werden die Überlegungen von Selvini Palazzoli (1974, 1999) zur Bedeutung des weiblichen Geschlechts dargestellt. Die Einführung dieser Theorieperspektive ist hinsichtlich des interdisziplinären Ansatzes dieser Arbeit wichtig, da sie mehr Anschluss an geisteswissenschaftliche Perspektiven bietet und in feministischen Theorien zu Essstörungen aufgegriffen wurde.

Hilde Bruch: Anorexie als Kampf um Autonomie und Identität

Bruch (1978) beschreibt Anorexie als eine Erkrankung, die psychologisch und weniger medizinisch verstanden werden müsse und auf einem pathogenen interpersonellen Entwicklungsprozess beruhe, bei dem ihre Patient_innen kein stabiles Gefühl für sich selbst, ihre eigenen Bedürfnisse und Ziele entwickeln konnten. Sie thematisiert die körperlichen Folgen des Hungerns, die Störungen im Körperbild und Schwierigkeiten in der Wahrnehmung innerer Reize wie Hunger, räumt aber dem Gefühl eigener Mangelhaftigkeit und Ineffizienz einen besonderen Stellenwert ein, da sie dieses als grundlegend für das Bedürfnis nach rigider

Kontrolle des eigenen Körpers und der Nahrungsaufnahme ansieht. Dieses Gefühl wiederum führt sie auf interpersonelle Erfahrungen der Jugendlichen innerhalb ihrer Familie zurück: Bruchs Patient_innen stammten meist aus gebildeten Mittelschichtfamilien, die einen Anschein von Perfektion und Harmonie aufzubauen versuchten. Sie bildeten laut Bruch eine überkontrollierende Umgebung mit gleichzeitig hohen Erwartungen an die Leistungen der Kinder, die es schwer machte, sich zu einer eigenständigen Person zu entwickeln. Dabei werde auf die Signale und Impulse des Kindes nicht in einer Form reagiert, die zu Bestätigung und Befriedigung führen, sodass das Kind nicht lernt, eigene Impulse und Bedürfnisse wahrzunehmen und ihnen entsprechend zu handeln. Beispielhaft dafür beschreibt Bruch die Situation des Fütterns, bei dem die Mutter nicht entsprechend der Bedürfnisäußerungen des Kindes Nahrung anbietet, sondern entweder nicht füttert obwohl das Kind gerade hungrig ist oder auch, wenn das Kind nicht hungrig ist (Bruch, 1980, S.59). Bruch beschreibt ihre Patient_innen als ausgerichtet an den Erwartungen Anderer, ohne ein Gefühl für die eigenen Wünsche oder Fähigkeiten, und dem ständigen Gefühl nicht gut genug zu sein: „Die Mädchen scheinen nicht überzeugt zu sein von ihrer inneren Substanz und ihrem Wert, und sie setzen alles daran, dem Bild zu entsprechen, das andere von ihnen haben“ (Bruch, 1980, S.62). Sie seien laut Schilderungen der Eltern vor Beginn der Essstörung überangepasst und brav gewesen, hätten nie Probleme bereitet. Die Pubertät mit unkontrollierbaren körperlichen Veränderungen und neuen Lebensaufgaben, die Unabhängigkeit verlangen, erscheint als kritische Phase, in der die Essstörung auftritt. Die Anorexie erscheint einerseits als Mittel zur Herstellung von Kontrolle, Autonomie und einer besonderen, identitätsstiftenden Leistung. Sie folgt dem Ideal der „Herrschaft des Geistes über den Körper“ (Bruch, 1980, S.24), wodurch ein Gefühl von Macht und dem „Recht, als Individuum anerkannt zu werden“ (Bruch, 1980, S.24) hergestellt werde. Gleichzeitig vermieden die Patient_innen dadurch eine echte Unabhängigkeit und könnten ein kindliches, durch Fürsorge und Abhängigkeit geprägtes Verhältnis zu den Eltern beibehalten.

Mara Selvini Palazzoli: Der Körper als schlechtes Objekt

Selvini Palazzoli (1974) bezieht sich positiv auf Veröffentlichungen Bruchs und deren Verortung von Anorexie als Konflikt um Autonomie in überkontrollierenden familiären Strukturen und expliziert dieses Modell anhand der Objektbeziehungstheorie, sowie vor dem Hintergrund einer weiblichen Entwicklung.

Entwicklung eines autonomen Selbst

Grundlegend ist demnach die Entwicklung in der oralen Phase, in welcher das Kind in völliger Abhängigkeit von der Bezugsperson lebt und sich noch nicht als von ihr getrenntes, eigenständiges Wesen erlebt. Die Interaktion dreht sich um die Bedürfnisbefriedigung des Kindes, welches sich durch Schreien äußert. Die Bezugsperson reagiert auf die kindlichen Signale und befriedigt die Bedürfnisse nach z.B. Essen oder Wärme. Innerhalb dieses Prozesses lernt das Kind, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu differenzieren. Es lernt, dass diese Bedürfnisse akzeptabel sind und seine Bedürfnisäußerungen oder Handlungen zur Befriedigung führen. Es entwickelt ein Gefühl für den eigenen Körper und dessen Grenzen und erlebt sich als von der Bezugsperson getrenntes Wesen mit der Fähigkeit, Einfluss auf seine Umwelt auszuüben. Es entwickelt demnach ein autonomes Selbst.

Pathogener Entwicklungsprozess in der oralen Phase

Bei Anorexie handelt es sich den Beobachtungen von Selivini Palazzoli (und Bruch) zufolge um überfürsorgliche, kontrollierende Mütter, die ihre Töchter eher als Teil ihrer selbst denn als eigene Person ansahen und sie entsprechend ihrer eigenen Vorstellungen und Ansprüche behandelten, anstatt einfühlsam auf die Bedürfnisse oder Impulse des Kindes zu reagieren (Selvini Palazzoli, 1974, S.88). Dadurch entstehen Defizite in der Wahrnehmung und Differenzierung körperlicher Bedarfszustände sowie ein Gefühl der Delegitimation eigener Bedürfnisse und Impulse (Selvini Palazzoli, 1974, S.50ff). Das Kind lebt dadurch in Abhängigkeit und Unterwürfigkeit gegenüber den Bezugspersonen und entwickelt ein grundlegendes Gefühl von Hilfslosigkeit und Unzulänglichkeit, wie von Bruch beschrieben.

In der oralen Phase wird schon die Grundlage für den negativen Bezug zum Körper etabliert: die schlechten Erfahrungen mit der Bedürfnisbefriedigung durch die Bezugsperson werden als körperlicher Prozess erlebt, da das Kind noch keine Objekte bilden kann, also nicht zwischen sich selbst und der Bezugsperson unterscheiden kann. Somit wird der eigene Körper als Quelle des negativen Erlebens ausgemacht und die Qualitäten des schlechten Objekts (Bezugsperson) auf den Körper übertragen: Er wird als übermächtig und bedrohlich, als Quelle von Hilfslosigkeit, erlebt. Der Körper wird dadurch selbst zum schlechten Objekt und als getrennt vom Selbst erlebt (Selvini Palazzoli, 1974, S.84ff), während die Mutter als gutes Objekt beibehalten werden kann und sich das Kind mit ihr identifiziert.

Die Angst anorektischer Patientinnen vor dem Essen erklärt die Autorin dadurch, dass orale Befriedigung als fremdkontrolliert erlebt wurde, und somit nicht positiv mit der Entwicklung von Identität und Autonomie zusammenwirkte, sondern das Gefühl von Autonomie untergräbt (Selvini Palazzoli, 1974, S.62f). Die eigentliche Angst gilt dabei jedoch

dem Körper: Nahrungsaufnahme bewirkt im Empfinden der Patientin eine Zunahme des Körpers auf Kosten des Selbst (Selvini Palazzoli, 1974, S.87).

Pubertätskrise und die Bedeutung von Geschlecht

Die Pubertät wird als Krise erlebt, in der die Erkrankung ausbricht. Zum einen, weil die Ablösung von der Mutter für beide als überfordernd erlebt wird und in der Tochter das Erleben von Hilflosigkeit reaktiviert (Selvini Palazzoli, 1974, S.89). Zum Anderen wegen der körperlichen Veränderungen, die Selvini Palazzoli zufolge für Mädchen wesentlich drastischer seien als für Jungen, und zusätzlich traumatisch, da die weibliche Sexualität von passiv-rezeptiver Qualität sei:

> „In fact the female with her curved body, *exposed* as she is to sexual cupidity, to coitus, to pregnancy, to breast-feeding, to the physical demands of her husband and children, is much more inextricably involved in the biological sphere than is the male. But what is far more traumatic to the adolescent girl is that she experiences her feminine sexuality in a passive and receptive way: she is exposed to lewd looks, subjected to menstruation, about to be penetrated in sexual embraces, to be invaded by the foetus, to be suckled by a child, etc.” (Selvini Palazzoli, 1974, S.69).

Der Körper, der ohnehin schon als übermächtiges, das Selbst bedrohende Objekt erlebt wird, wird nun durch die weibliche Entwicklung umso mehr als unkontrollierbar und dem Selbst eine passive Rolle aufzwingend erlebt. Die Anorexie mit der rigiden Kontrolle und Bekämpfung des Körpers erscheint damit als Lösungsversuch, indem ein Selbst geschaffen wird, welches nicht mehr mit der Mutter identifiziert und desexualisiert ist (Selvini Palazzoli, 1974, S.90). Diesen Prozess führt Selvini Palazzoli als Erklärung dafür an, dass Anorexie weitgehend auf Frauen beschränkt bleibe. Die Autorin führt zudem Überlegungen darüber an, wie Frauen ihrer Zeit durch die Errungenschaften der Frauenbewegung nun Karriereoptionen und gesellschaftliche Positionen offen stünden, durch diese aber auch Ansprüche an Frauen gestellt würden, die den Ansprüchen der traditionellen Weiblichkeit widersprechen, welche jedoch trotzdem auch noch erfüllt werden müssten.

Selvini Palazzoli richtet sich explizit gegen die These, dass Anorexie eine Weigerung, erwachsen zu werden, und damit einhergehend die Ablehnung von Weiblichkeit, darstelle. Sie betont, Anorexie sei vielmehr ein verzweifelter Versuch, eine autonome erwachsene Person zu werden, indem die Aspekte weiblicher Körperlichkeit abgelehnt würden, welche sie zu einem passiven Objekt anstelle einer Person machten (Selvini Palazzoli, 1974, S.72).

Verschiedene Persönlichkeitstypen

Die hier beschriebenen Arbeiten von Bruch und Selvini Palazzoli legen ein ganz spezifisches, homogenes Bild von der Persönlichkeit ihrer Anorexie Patient_innen dar. Selvini Palazzoli distanziert sich in ihrer späteren Arbeit von der These der homogenen Persönlichkeit und integriert auch Bulimie in ihre Theorie (Selvini Palazzoli, 1999, S.199ff). Dabei bleibt sie bei der Grundthese, dass die Entwicklung von Essstörungen auf einer defizitären Entwicklung des Selbst beruht, welche aber unterschiedliche Formen annehmen kann. Diese sind orientiert an der im DSM-IV (APA, 1994) gebräuchlichen Typologie von Persönlichkeitsstörungen.

Bulimie

Da die dargelegten Arbeiten von Bruch und Selvini Palazzoli vor dem Bekanntwerden von Bulimie als Krankheitsbild entstanden, stellt sich die Frage, inwieweit sich die Beschreibungen auch auf die Bulimie anwenden lassen. Wie oben beschrieben integrierte Selvini Palazzoli bulimische Ausprägungen später durch die Bildung verschiedener Typen. Bruchs Beschreibungen beziehen auch Essanfälle mit anschließendem Erbrechen als Reaktion auf Heißhunger oder Mittel zum Spannungsabbau mit ein, die zu einem „Teufelskreis“ (Bruch, 1980, S.106) werden können, jedoch nur als Symptomatik innerhalb der Anorexie.

Autor_innen wie Humphrey und Stern (1988), Swift und Letven (1984) oder Goodsitt (1983) haben psychodynamische Modelle der Bulimie vorgestellt. Humphrey und Stern (1988) beziehen sich dabei auf die Objektbeziehungstheorie nach Winnicott (1965). Der validierende und ermutigende Umgang mit kindlichen Signalen und Impulsen, der von Bruch und Selvini Palazzoli als für den Ablösungs- und Selbstentwicklungsprozess entscheidend beschrieben wurde, wird hier als einer von drei wichtigen Aspekten genannt.

Auch dem zuverlässigen und liebevollen Versorgen des Säuglings an sich kommt große Bedeutung zu, da dies als grundlegend für die Entwicklung von Sicherheit, Vertrauen und einem positiven Selbstwertgefühl verstanden wird. Nach Humphrey und Stern (1988) sind die Mütter bulimischer Patientinnen dazu aufgrund ihrer eigenen frühkindlichen Entwicklung nicht in der Lage, sondern brauchen vielmehr das Kind zur Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse. Dies führt zu einer emotionalen Deprivation, die sich in Gefühlen von Leere, Traurigkeit und Verzweiflung zeigt, die bulimische Patientinnen häufig als Auslöser für Essanfälle berichten. Essen übernimmt hier eine Ersatzfunktion zur Befriedigung emotionaler Bedürftigkeit.

Zudem muss die Mutter in der Lage sein, das Kind zu beruhigen, Emotionen zu spiegeln und Anspannungszustände zu regulieren, damit das Kind lernen kann, emotionale

Zustände selbst zu regulieren. Essanfällen und anschließendes Purgingverhalten gelten als bulimische Versuche, Anspannungszustände zu regulieren. Die Phasen des Diät Haltens gelten als Zurückweisung von Bedürftigkeit und Versuch, einem familiären Idealbild von Erfolg und gutem Aussehen zu entsprechen, welche jedoch von emotionalem Hunger und Essanfällen unterbrochen werden. Das unkontrollierte Nachgeben gegenüber der eigenen Bedürftigkeit wird als schamhaft und ekelhaft erlebt und führt zu Purging-Verhalten, wodurch die betroffene Person laut Humphrey und Stern (1988) die negativen Konsequenzen dieser Bedürftigkeit wieder loszuwerden versucht.

Psychodynamische Psychotherapie

Aus psychodynamischer Sicht bieten phänomenologische Beschreibungen der Krankheitsbilder, wie sie in den Klassifikationssysteme der APA oder WHO vorliegen, kein umfassendes Bild einer Erkrankung, da die dort beschriebene Symptomatik in Bezug zu darunterliegenden intrapsychischen Konflikten, der psychischen Struktur und deren angenommene Entwicklung durch interpersonelle Erfahrungen zu verstehen ist (Herpertz, 2015). Dementsprechend muss auch die Psychotherapie beides mit einbeziehen.

Fokale Psychodynamische Therapie bei AN.

Für die ambulante Fokale Psychodynamische Therapie (FPT) bei Anorexie liegt seit 2014 ein Manual von Friederich et al. (2014) vor.

Grundlage der Behandlung ist hier die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2009), bei der mithilfe eines Leitfadeninterviews neben der Symptomatik gemäß den gültigen Klassifikationssystemen auch das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen sowie die nach psychodynamischen Grundannahmen wichtigen Bereiche Beziehungsmuster, Konfliktthemen und psychische Struktur erfasst werden. Aus diesem Befund wird ein besonderer Fokus für die Therapie abgeleitet.

Friederich et al. (2014, S.30f) betonen, dass bei der Bearbeitung des Fokus grundsätzlich einer Dreiecksbeziehung zwischen Essverhalten und Körpererleben, den damit assoziierten Affekten, und der interpersonellen Problematik Rechnung getragen werden sollte. Auch der Umgang mit dem Körpergewicht spiegelt die Verknüpfung wieder: Die Bearbeitung zugrundeliegender Ängste und Konflikte wird zwar in den Fokus gerückt, jedoch setzt der Zugang zu diesen Themen eine Gewichtszunahme voraus. Behandlungsvereinbarungen hinsichtlich der Gewichtszunahme und regelmäßiger Mahlzeiten, Gewichtsmonitoring und medizinische Begleituntersuchungen sind daher fester Bestandteil der Therapie (Friederich et al., 2014, S.32ff). Auch die Probleme in der Körperwahrnehmung werden als an die

Selbstwahrnehmung und den Selbstwert gekoppelt betrachtet. Die emotionalen Aspekte werden daher in den Vordergrund gerückt und eine freundliche, emphatische Haltung dem eigenen Körper gegenüber z.B. durch Körperwahrnehmungsübungen gefördert.

Die Interaktion zwischen Therapeut_in und Patient_in enthält nach psychodynamischer Sicht Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken, die sich zur Bearbeitung von Beziehungsmustern und Konfliktthemen nutzen lassen. Der Zwiespalt zwischen Autonomie und Fürsorge stellt bei der Behandlung von AN eine besondere Herausforderung an die Beziehungsgestaltung dar (Friederich et al., 2014, S.35f).

Die Familie kann im Rahmen eines *orientierenden Familiengesprächs* mit einbezogen werden. Dies kann zum einen der Diagnostik von Beziehungskonflikten dienen, aber auch der Thematisierung von Schuldzuweisungen und Unterstützungsmöglichkeiten.

Die Behandlung von Bulimie

Für die psychodynamische Behandlung von Bulimie liegt kein kein manualisiertes und evaluiertes Therapieprogramm vor. Herzog et al. (2015) weisen darauf hin, dass sich Patient_innen mit Bulimie in der psychodynamischen Diagnostik sehr heterogen präsentieren und oft ein geringes Strukturniveau bis hin zur Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweisen. Dementsprechend müssen strukturelle Fähigkeiten in der Therapie gefördert werden, während das gestörte Essverhalten z.B. durch Verträge unter Kontrolle gebracht werden soll. Auch Friederich et al. (2014) weisen darauf hin, dass Anorexiepatient_innen mit Binge-Purging-Symptomatik zum Teil ein gering integriertes Strukturniveau aufweisen und somit andere Behandlungstechniken benötigen. Dies deckt sich mit dem Erfolg der Anwendung der dialektisch-behavioralen Therapie bei Bulimie (Legenbauer, 2015; Wisniewski & Ben-Porath, 2015), welche für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde und den Aufbau von selbstregulatorischen Fähigkeiten fördert (Linehan, 2008).

Diskussion

Grundsätzlich muss an psychodynamischen Modellvorstellungen kritisiert werden, dass sie auf Annahmen über einen pathogenen frühkindlichen Entwicklungsverlauf aufbauen, die nicht empirisch abgesichert und auch für den Einzelfall nicht klar rekonstruierbar sind. Ob die psychodynamische Therapie in ihrer Wirksamkeit für die Behandlung von Essstörungen mit mit empirisch besser verankerten Therapieformen wie der Kognitiven Verhaltenstherapie vergleichbar ist, ist Gegenstand von Kontroversen (siehe z.B. Poulsen et al. (2014) und den Kommentar von Tasca et al. (2014)), wobei neuere Studien auf eine Wirksamkeit strukturierter Formen psychodynamischer Therapie hinweisen (Stefini et al., 2017; Zipfel et

al., 2014). Zudem decken sich empirisch bestätigte Persönlichkeitsfaktoren wie niedriger Selbstwert oder defizitäre Emotionsregulation sich gut mit psychodynamischen Grundannahmen. Die vorgestellten Theorien bieten außerdem eine Erklärung für den besonderen Wert, der Schlankheit vor allem bei der Anorexie auch unabhängig von Schönheit zugeschrieben wird. Aus einer theoretischen Perspektive ist es sehr problematisch, die Pathogenese auf einen intrafamiliären Prozess festzulegen, da damit die Relevanz anderer Einflüsse tendenziell ausgeblendet wird und ein psychisches Defizit in der betroffenen Person festgeschrieben wird. Die Geschlechtsspezifität kann über die Objektbeziehungstheorie als Ätiologiemodell generell nicht erklärt werden. Es kann zwar auf soziokulturelle Idealvorstellungen über Aussehen verwiesen werden, diese sind dann jedoch lediglich ein Zusatz und nicht in die eigentliche Erklärung integriert. Bruch beschreibt an verschiedenen Stellen das Empfinden von Patientinnen, ein Mädchen zu sein sei ein Nachteil und ungerecht, da Jungen mehr wertgeschätzt würden und ihnen andere Gebiete offen stünden (Bruch, 1980, S.43f, 75). Die Pubertät als kritische Phase kann dementsprechend auch „das Ende eines geheimen Traumes bedeuten, doch noch ein Junge zu werden“ (Bruch, 1980, S.89). Dennoch kommt Geschlecht in ihren Ausführungen keine besondere Rolle zu. Selvini Palazzoli hingegen beschäftigt sich explizit mit der Bedeutung von Weiblichkeit: Sie verweist auf widersprüchliche Anforderungen an Frauen, was in psychologischer Literatur als ‚Rollenkonflikt‘ vereinzelt aufgegriffen wird. Jedoch bleibt unklar, wie genau diese widersprüchlichen Anforderungen Essstörungen bedingen. Ihre Ausführungen zur Ablehnung weiblicher Körperlichkeit aufgrund der damit verbundenen passiven Rolle sind theoretisch gut mit der Objektbeziehungstheorie integrierbar und bieten eine Erklärung für die Geschlechtsspezifität. Kritikwürdig ist jedoch die Annahme, dass eine passive Qualität weiblicher Körperlichkeit und Sexualität biologisch festgeschrieben sei. Spätere feministische Theorien haben Bruchs und Selvini Palazzolis Grundgedanken von Essstörungen als versuchte Herstellung von Autonomie aufgegriffen, aber in den Kontext gesellschaftlicher Geschlechterbilder und -rollen gestellt.

II.2. Essstörungen und weibliches Geschlecht

Wie aus den Diskussionsteilen zu den bisher vorgestellten theoretische Modellen und Forschungsansätzen hervorgeht, wird die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Essstörungen und Geschlecht nicht umfassend beantwortet bzw. meist gar nicht gestellt. Es macht daher Sinn, sich mit Erklärungsmodellen außerhalb der Psychologie zu befassen, die Geschlecht als zentral ansehen. Erklärungsansätze für weibliches Geschlecht sind in feministischen Arbeiten aus dem kulturwissenschaftlichen Bereich zu finden, von denen drei zentrale Ansätze im Folgenden vorgestellt werden. Darüber hinaus wird auf psychologische Forschung eingegangen, die feministische Theorien aufgegriffen, geprüft und aus psychologischer Perspektive ausgearbeitet hat, jedoch in deutschsprachiger Literatur wenig rezipiert wird.

II.2.1. Feministische Theorien

Essstörungen wurden in verschiedenen feministischen Arbeiten als spezifischer Ausdruck der Probleme moderner Weiblichkeit analysiert. Im Folgenden werden die gemeinsamen Kernaussagen der Analysen der Psychoanalytikerin und Aktivistin Susie Orbach (1986), der Soziologin Morag MacSween (1995) und der Philosophin Susan Bordo (1993) vorgestellt. Die Autorinnen beziehen sich auf Anorexie bzw. das Streben nach Schlankheit bei Frauen. Orbach und Bordo stellen in späteren Auflagen im Vorwort bzw. in einer Fußnote dar, dass Bulimie noch nicht als eigenständige Diagnose bekannt war, als sie ihre Arbeiten verfasst haben, sie aber eine grundsätzliche Ähnlichkeit zwischen den beiden Essstörungen sehen. Weiblichkeit wird bei Orbach als eine Kopplung von Sex und Gender behandelt, bei MacSween und Bordo als soziale Konstruktion, die zweigeschlechtlich und heterosexuell aufgebaut ist. Die vorgestellten Theorien stammen aus dem kulturwissenschaftlichen bzw. psychoanalytischen Bereich und zeichnen sich durch große paradigmatische Unterschiede zur naturwissenschaftlich orientierten Psychologie aus. Orbach entwickelte ihre Analysen aus der psychoanalytischen Praxis, Bordo und MacSween anhand qualitativer Analysen von medialen Inhalten, Interviews, Fallberichten, studentischen Projekten und ähnlichem, jedoch ohne ein systematisches methodisches Vorgehen zu

beschreiben. Während dies gemessen an den empirischen Standards sowohl der quantitativen als auch der qualitativen Psychologie als Mangel zu bewerten ist, beziehen die Arbeiten ihre Stärke aus der Integration dieses Materials mit historischem, gesellschaftstheoretischem und philosophischem Wissen und leisten damit eine Theoriearbeit, welche wiederum in der Psychologie unüblich ist. Der Einbezug dieser Perspektiven in psychologische Theoriebildung kann daher sehr fruchtbar sein. In der Tat wurden feministische Grundannahmen zum Teil in der Psychologie aufgegriffen und beforscht, wie im Verlauf des Kapitels dargelegt wird.

Zunächst werden die drei Ansätze in ihren theoretischen Ausgangspositionen vorgestellt, gefolgt von einer Synthese ihrer Kernaussagen, wenn möglich untermauert mit psychologischer Forschung.

Susie Orbach: Hungerstreik

Orbach ist eine prominente Figur der Psychology of Women[3] und wurde durch die Entwicklung ihres Anti-Diät-Ansatzes zur Behandlung von Esssucht bekannt (Orbach, 1979, 1993). Ihre Analysen gründen sich auf ihre Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit essgestörten Frauen und Mädchen unter Einbezug feministischer Gesellschaftskritik. Kennzeichnend für ihre Analyse von Anorexie ist die Beibehaltung des Erklärungsansatzes aus der Objektbeziehungstheorie, den sie jedoch in den Kontext der repressiven Frauenrollen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts stellt. In *Hunger Strike* (Orbach, 1986) hinterfragt sie den Blick der Psychoanalyse auf Anorexie als Konflikt um das Erwachsenwerden. Sie stellt dem entgegen, dass es speziell um das weibliche Erwachsenwerden ginge und Weiblichkeit als gesellschaftliche Identität hoch problematisch sei. Das Herstellen von Unabhängigkeit durch die Verleugnung eigener Bedürfnisse bildet laut Orbach den Kern von Anorexie, welche als komplizierte Reaktion auf repressive und widersprüchliche gesellschaftliche Ansprüche an Frauen zu verstehen sei.

Morag MacSween: Anorexic Bodies

MacSweens Abhandlung beschäftigt sich mit Anorexie aus soziologischer Perspektive. Die Autorin beschäftigt sich dabei intensiv mit bestehenden psychologischen und feministischen Theorien zu diesem Thema und arbeitet eine soziologische Kritik dieser Ansätze heraus, der sie ihre eigene Analyse gegenüberstellt. Grundlegend dafür sind zum einen eine historische Analyse der Konzepte von Körper und Geschlecht, sowie die Betrachtung von subjektiven Bedeutungen, die Betroffene in acht Fallstudien mit ihrem

[3] Psychology of Women bezeichnet einen Forschungszweig in der Psychologie, der sich speziell mit dem Erleben und Verhalten von Frauen beschäftigt, welches in der psychologischen Theoriebildung lange wegen eines vielen Bereichen der Wissenschaft inhärenten Androzentrismus vernachlässigt wurde. Im Gegensatz zum deutschsprachigen Raum ist die Psychology of Women in Großbritannien und den USA gut institutionalisiert.

Erleben der Essstörung verbinden. MacSween bedient sich für ihre Arbeit einer sozialkonstruktivistischen Perspektive, wie sie in der Psychologie beispielsweise von Mary und Kenneth Gergen (Gergen & Gergen, 2009) vertreten wird. Dem Sozialkonstruktivismus zufolge entsteht der Bezug eines Menschen zur Welt über Konzepte oder Bedeutungen, welche nicht naturgegeben sind, sondern in sozialen Prozessen hergestellt werden. MacSween bleibt dabei jedoch nicht nur auf der zwischenmenschlichen Ebene, sondern analysiert die soziale Konstruktion von Bedeutungen mit Rückbezug auf die historischen Gesellschaftsformen, aus denen sie entstanden sind. Zentral für ihre These ist eine Bedeutungsstruktur, bei der Männlichkeit mit einer Subjekt- und Weiblichkeit mit einer Objektposition verknüpft ist, welche mit entsprechenden Körperkonzepten einhergehen. Anorexie erscheint als Auseinandersetzung mit dieser Objektposition.

Susan Bordo: Unbearable Weight

Bordos Analyse bezieht sich auf die Verstrickungen von Körper, Geschlecht und Kultur und bezieht sich nicht ausschließlich auf Essstörungen. Ihre Arbeit betont ähnlich der von MacSween die Ebene kultureller Bedeutungen, wobei dem für die westliche Philosophie prägenden vergeschlechtlichten Dualismus von Körper und Geist zentrale Bedeutung zukommt. Bordo widmet sich jedoch weniger dem historischen Nachzeichnen von Körperkonzepten, sondern bezieht sich auf poststrukturalistische Theorie nach Foucault, um den Körper als Ort des Wirkens von Machtdynamiken und damit auch die gesellschaftlichen Bedeutungen von Körperpraktiken und Schönheitsidealen zu erschließen. Trotz des starken Bezugs auf die Ebene von Diskursen und kulturellen Bedeutungen betont Bordo die Grenzen der Subjektivität dieser Bedeutungen, die in Bezug zu einem gesamtgesellschaftlichen System stehen, und weist mit Bezug auf Foucault darauf hin, dass Verkörperung nicht nur auf der symbolischen Ebene zu betrachten sei, sondern auf der praktischen, erlebten Ebene des Körpers analysiert werden müsse (Bordo, 1993, S.165f). Mit diesem materialistischen Bezug ist eine Abgrenzung zu postmodernem Dekonstruktivismus sichtbar, die in den beiden letzten Kapiteln des Buches theoretisch ausgeführt wird (Bordo, 1993, S.215ff).

Grundlage: Relevanz von Geschlecht als sozialer Kategorie

Da hauptsächlich Frauen von Anorexie und Bulimie betroffen sind, gehen feministische Theorien davon aus, dass Geschlecht für die Entstehung dieser Essstörungen relevant ist. Wie bereits im Unterkapitel zum Verständnis von Geschlecht erläutert, muss Geschlecht dabei als etwas verstanden werden, das im Wesentlichen sozial hergestellt ist. Was es bedeutet, Mann oder Frau zu sein, wird aus feministischer Perspektive nicht durch

unterschiedliche Körper, sondern durch gesellschaftliche Vorstellungen bestimmt, die historisch und kulturell variieren. Geschlecht ist demnach nicht einfach eine Eigenschaft des Individuums. Um es zu verstehen, ist eine Analyse der gesellschaftlichen Bedingungen nötig. Dabei ist festzustellen, dass die historische patriarchale Struktur der westlichen Gesellschaft sich durch die Bemühungen der Frauenbewegungen um Gleichberechtigung verändert hat, sodass nun auf legaler Ebene Frauen die gleichen Möglichkeiten offen stehen wie Männern. Dennoch wirken patriarchale Vorstellungen und Strukturen in unserer Kultur und ihren Institutionen noch immer fort und zeigen sich unter anderem in den Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit. Gesellschaftliche Dynamiken werden schon im Prozess der Entwicklung eines Selbst wirksam und sind somit in der Persönlichkeit bzw. Identität verankert: „Die Seele ist geschlechtsspezifisch strukturiert, und jede individuelle Psyche verkörpert das Zusammenspiel gesellschaftlicher Beziehungen“ (Orbach, 1990, S.34). Dies wird in kulturwissenschaftlichen Theorien als ein Prozess der Subjektbildung entlang gesellschaftlicher Dynamiken konzeptualisiert, der von MacSween und Bordo jedoch nicht auf der individuellen Ebene beschrieben wird. Orbach bedient sich psychoanalytischer Grundannahmen um die Vermittlung zwischen Gesellschaft und Individuum zu beschreiben.

II.2.2. Geteilte Kernaussagen feministischer Theorien

Weiblichkeit als pathogen

Die Vorstellung, dass gesellschaftliche Vorstellungen von Weiblichkeit, bzw. die Rolle von Frauen in der Gesellschaft, problematische psychische Konsequenzen haben, wird am deutlichsten bei Orbach (1986) ausgeführt: Innerhalb der historischen Entwicklung der Frauenrolle stellt Orbach die Situation der Frauen[4] in den Fünfzigerjahren als wichtig heraus, da die zu dieser Zeit heranwachsenden Frauen die Muttergeneration der Patientinnen darstellen, mit denen Orbach arbeitete, als sie ihre Theorie entwickelte: Nachdem es in Kriegszeiten nötig war, dass Frauen Tätigkeiten des öffentlichen Lebens und der außerhäuslichen Arbeit übernahmen, wurde nach Ende des Krieges wieder ein traditionelles, bürgerliches Ideal der fürsorgenden Hausfrau und Mutter propagiert und die Rückkehr der Frauen in ebendiese Rolle gefordert. Dies verlangte von Frauen das Eingehen auf die Bedürfnisse des Ehemannes um seinen Erfolg zu unterstützen, während sie selbst an das Haus gebunden waren, ohne finanzielle Eigenständigkeit oder Möglichkeit zum Verfolgen eigener

[4] Orbach geht dabei zum Teil auch auf Klassenunterschiede ein, wobei das beschriebene bürgerliche Frauenideal für Frauen aus der Arbeiter_innenklasse noch weitere Widersprüche mit sich bringt.

Interessen. Das Weiblichkeitsideal der Zeit verband diese Einschränkungen mit der Erwartung, darin aufzugehen und Erfüllung zu finden. Diese Frauenrolle enthält nach Orbach drei zentrale Forderungen: 1) Sich Anderen unterordnen, 2) Bedürfnisse Anderer vorausahnen und befriedigen, und 3) sich über die Beziehungen zu Anderen definieren. Dafür müssen eigene Initiativen und eigene Bedürfnisse nach Fürsorge unterdrückt werden. Nach Orbach muss die Mutter die Tochter in eine unterlegende Frauenrolle hinein sozialisieren, damit die Tochter als Frau in der Gesellschaft zurecht kommen kann (Orbach, 1986, S.43ff); Auf Bedürftigkeit und Autonomiestreben der Tochter wird daher zwiespältig reagiert und der pathogene Entwicklungsprozess in Gang gesetzt, welcher in der Objektbeziehungstheorie für Essstörungen bereits expliziert wurde. Das Scheitern der Entwicklung eines autonomes Selbst, das sich seiner Bedürfnisse bewusst ist und diese in Interaktionen mit anderen einbringen kann, wie es der Objektbeziehungstheorie zufolge für Essstörungen grundlegend ist, ist nach Orbach also in der weiblichen Sozialisation angelegt. Orbachs Analyse zufolge haben sich die Beziehungen zwischen Männern und Frauen trotz legaler Gleichberechtigung nicht grundlegend geändert (Orbach, 1990, S.31ff) Dies belegt sie mit der fortdauernden Benachteiligung in Ausbildung und Beruf, der Verantwortung für Haus- und Sorgearbeit und dem noch andauernden Kampf um gesetzliche Verankerung von Gleichstellung. Frauen befinden sich also in einer Position relativer sozialer Machtlosigkeit, die trotz teilweise veränderter sozialer Strukturen durch die weibliche Sozialisation psychisch verankert bleibt.

Psychologische Forschung

Orbachs Analyse mag veraltet erscheinen und psychoanalytische Grundannahmen an sich strittig. Jedoch zeigen sich Geschlechtervorstellungen, die Frauen kommunale Eigenschaften wie Fürsorglichkeit, und Männern agentische Eigenschaften wie Kompetenz, zuschreiben, auch im 21. Jahrhundert sozial wirksam (siehe Ausführungen zu Geschlecht).

In der Psychologie wurde die Annahme eines Zusammenhangs von weiblicher Geschlechterrolle und gestörtem Essverhalten in den Achtziger und Neunziger Jahren häufig geprüft, wobei die Ergebnisse unterschiedlich ausfielen. In einer Metaanalyse fanden Murnen & Smolak (1997) jedoch trotz der großen Heterogenität der Ergebnisse der einzelnen Studien einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen weiblicher Geschlechtsrollenorientierung und gestörtem Essverhalten mit kleiner Effektstärke und einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen männlicher Geschlechtsrollenorientierung und gestörtem Essverhalten von ebenfalls kleiner Effektstärke. Aktuelle Studien untersuchen diese Zusammenhänge nur noch selten, dennoch finden sich vereinzelte Belege (Cella et al., 2013; Pritchard, 2008). Publikationen von Magallares (2015, 2016) weisen auf

Zusammenhänge zwischen weiblicher vs. männlicher Geschlechterideologie und Streben nach Schlankheit vs. Streben nach Muskularität hin, sowie darauf, dass Männer mit einer traditionellen Rollenorientierung den Wert von Schlankheit externalisieren, also bei Frauen betonen, aber sich selbst nicht daran messen. Den Einfluss von Geschlecht auf gestörtes Essverhalten über die persönliche Übereinstimmung mit bestimmten Geschlechterrollen zu operationalisieren bringt eine Reihe von Problemen mit sich, wie z.B. Unterschiedlichkeit der Konstrukte je nach Fragebogen, Aktualität der Konstrukte, aber vor allem das außer Acht lassen geschlechtsspezifischer Erfahrungen in sozialen Kontexten (Murnen & Smolak, 1997; Springmann, 2018).

Orbachs Theorie bezieht sich weniger auf die persönliche Übereinstimmung mit einer weiblichen Geschlechtsrolle, sondern auf psychische Charakteristika, von denen sie annimmt, dass sie das Ergebnis weiblicher Sozialisation sind: Die Unterdrückung eigener Bedürfnisse, Impulse und Initiativen. In der feministischen Psychologie entstand in der Forschung zu Depression bei Frauen das Konzept des Self-Silencing (Jack & Ali, 2010; Jack & Dill, 1992), welches die Unterdrückung eigener Emotionen und Bedürfnisse mit dem Ziel der Aufrechterhaltung von Wärme und Fürsorge in Beziehungen beschreibt und auch auf Essstörungen angewandt wurde (Geller et al., 2010). Zahlreiche Querschnittsuntersuchungen belegen konsistent den angenommenen Zusammenhang zwischen Self-Silencing und gestörtem Essverhalten verschiedener Ausprägungen (Buchholz et al., 2007; Frank & Thomas, 2003; Geller et al., 2010; Norwood et al., 2011; Shouse & Nilsson, 2011; Wechsler et al., 2006), wobei längsschnittliche Daten als Hinweis auf die angenommene Kausalität leider fehlen. Erwähnenswert sind an dieser Stelle auch qualitative Studien, die Auseinandersetzungen mit Weiblichkeit, Unabhängigkeit und Selbstakzeptanz als wichtige Motive im Prozess der Gesundung von Anorexie oder Bulimie identifizierten (Holmes, 2016; Moulding, 2016).

Female Double Bind

MacSween (1995) beschäftigt sich mit der gleichen Thematik auf der Ebene kulturell tradierter Bedeutungen. Sie kritisiert die Vorstellung eines autonomen Individuums als Maßstab für normale Entwicklung bzw. für psychische Gesundheit als androzentristisch, also implizit von einem männlichen Standpunkt ausgehend. Sie beruft sich auf allgemeine Erkenntnisse der feministischen Theorie, wonach die Konzepte von Männlichkeit und Weiblichkeit in Abgrenzung zueinander, über gegensätzliche bzw. sich ergänzende Eigenschaften, konstruiert werden. Jedoch bleibt dabei die Vorstellung dessen, was neutral oder normal ist, also eines Individuums an sich, in einer langen gesellschaftlichen Tradition

von Androzentrismus implizit männlich und nicht wirklich geschlechtsneutral. Das Weibliche bleibt das Andere, Abweichende, das zudem in erster Linie über Körperlichkeit und Sexualität definiert wird: „The attributes of the male can (…) disappear into a '*non-gendered*' subject. Women, on the other hand, never appear as non-gendered subjects. Women are precisely *defined*, never general representatives of human" (Black & Coward, zitiert nach MacSween, 1995, S.2). Aktivität und Autonomie seien dabei Eigenschaften des Männlichen, während das Weibliche diesem als passiv-responsiv gegenüber gestellt wird. Dadurch entsteht ein Widerspruch zwischen vermeintlich geschlechtsneutraler Individualität, welche für Aktivität und Verfolgen eigener Interessen steht, und Weiblichkeit, welche dem entgegengesetzte Eigenschaften von Fürsorglichkeit, Responsivität und Sanftheit fordert. In diesem Widerspruch zu leben, sieht MacSween als zentrale Aufgabe heranwachsender Frauen in modernen westlichen Gesellschaften.

Wie bereits Selvini Palazzoli (1974, S.35) beschreibt auch Orbach den Widerspruch, der daraus resultiert, das bestimmte Werte wie Sanftheit oder Fürsorge von Frauen gefordert werden, aber gesellschaftlich nicht wertgeschätzt: „Die Teilnahme an der modernen Gesellschaft beinhaltet das Streben nach Erfolg an sich, wobei die Gesellschaft definiert, was Erfolg ist" (Orbach, 1990, S.31). Hierfür müssen Werte wie Durchsetzungsfähigkeit und Stärke verkörpert werden, die traditionell Männern zugesprochen werden. Die Situation einer in dieser Zeit heranwachsenden Frau sieht Orbach folgendermaßen: „kulturell und psychologisch wird sie darauf vorbereitet, den Bedürfnissen anderer Menschen zu dienen, gleichzeitig wird ihr die Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebens vorgegaukelt" (Orbach, 1990, S.33).

Psychologische Forschung

Dass dieser als Female Double Bind bezeichnete Widerspruch auch heute noch zu tatsächlicher Benachteiligung von Frauen führt, zeigen Arbeiten aus der Sozialpsychologie (siehe Übersichten bei Ellemers, 2018, oder Sieben & Scholz, 2012), was dafür spricht, dass er in den Jahrzehnten seit den hier vorgestellten Veröffentlichungen nicht aufgelöst wurde. Relevant ist jedoch die Frage, was er mit Essstörungen zu tun hat. Vereinzelte psychologische Studien haben sich damit beschäftigt, ob die Idealvorstellung einer „Superfrau", die in den verschiedensten Bereichen erfolgreich ist und widersprüchliche Ansprüche vereint, mit gestörtem Essverhalten zusammen hängt. Die Mehrzahl konnte diesen Zusammenhang korrelativ bestätigen (Mensinger et al., 2007; Snapp et al., 2012; Thornton et al., 1991), wenn auch nicht einheitlich (Crago et al., 1996). Grundlegende Annahme über den Zusammenhang ist häufig, dass widersprüchliche Anforderungen zu einem „Rollenkonflikt" und damit

vermehrter Belastung führen. Dabei ist wichtig anzumerken, dass sowohl die Bezeichnung als Konflikt sozialer Rollen, als auch die Operationalisierung über die Zustimmung zu einem „Superfrauenideal“ eine theoretische Verflachung der feministischen Theorie ist, da sie implizieren, Frauen könnten dem entgehen, indem sie sich für eine Rolle entscheiden (z.B. Mutter vs. Karrierefrau) oder ihre Idealvorstellungen veränderten. In den Theorien von Orbach und MacSween erscheint der Female Double Bind jedoch als grundlegender Widerspruch zwischen der allgemeinen Idealvorstellung eines gesunden und erfolgreichen Menschen und dem Idealbild von Weiblichkeit, welcher sich auf die Subjektbildung bzw. psychische Verfasstheit von Frauen auswirkt. In den folgenden Absätzen soll dargestellt werden, wie sie diese widersprüchlichen Anforderungen mit Idealvorstellungen von weiblichen Körpern und den Umgang mit ihnen in Verbindung bringen.

Körper, Geschlecht und Kultur

Die hier diskutierten Ansätze gehen von einer Verknüpfung von Kultur, Geschlecht und Körper aus, die einiger Erklärung bedarf. Bordo bietet diesbezüglich einen philosophischen Rückblick: Sie argumentiert, Marx habe den Körper als Schauplatz gesellschaftlicher Dynamiken in die Philosophie eingeführt, indem er darauf aufmerksam gemacht habe, dass der Körper kein rein biologisches Konzept sei, sondern der Bezug eines Menschen zum eigenen Körper durch seine soziale Stellung bzw. seine Arbeit beeinflusst werde. Jedoch hätten Vertreterinnen früher Frauenbewegungen schon im 18. Jahrhundert herausgestellt, wie damenhaftes Verhalten und Schönheitspraktiken die schwachen und passiven Körper erst formten, die Frauen zugesprochen würden (Bordo, 1993, S.16ff). Bordo erklärt, wie der Körper in Foucaults machtkritischer Gesellschaftstheorie als *Medium of Culture* erscheint. Dabei ginge es nicht nur um eine repressive Rolle der Kultur gegen natürliche Bedürfnisse des Körpers oder Triebe, wie in der Psychoanalyse oft angenommen, sondern um den Einfluss kultureller Praktiken auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers und den Körper als Ort, an dem Macht physisch zum Ausdruck kommt (Bordo, 1993, S.142ff). Dabei sei wichtig zu verstehen, dass Macht in modernen Gesellschaften weniger als Besitz bestimmter Personen und im Sinne einer direkten, autoritären Anwendung dieser auf Andere zu verstehen sei. Vielmehr wirke Macht nach Foucault durch Prozesse, Bedeutungen und Praktiken, welche die Gesellschaft sowie das private Leben durchdringen und einer bestimmten Gruppe oder Ideologie nutzen. Die Subjektbildung, also die Bildung des handlungsfähigen Selbst, vollziehe sich entsprechend dieser Machtdynamiken, die sich durch Anpassungsprozesse und Selbstüberwachung der Subjekte aufrecht erhalten (Bordo, 1993, unter Rückbezug auf Foucault, 1975; siehe auch Elias & Gill, 2018). In diesem Sinne ist auch

Geschlecht bei Bordo zu verstehen: Das biologische Geschlecht bzw. der Körper bilden den Ausgangspunkt für die Subjektbildung entlang der über Praktiken und Diskurse vermittelten Geschlechterhierarchie, welche sich wiederum in den Körper einschreibt, z.B. über die Tätigkeiten des täglichen Lebens, Ernährung oder Schönheitspraktiken.

Den Bezug zum eigenen Körper als kulturell geprägt zu begreifen, ist auch für MacSweens Analyse grundlegend, wobei sie nicht nur die Vorstellung von Körper, sondern auch von Selbst und Begehren als relevante kulturelle Konzepte vorstellt. In der Denktradition des Sozialen Konstruktivismus sind solche Konzepte niemals einfach Abbildungen feststehender oder natürlicher Tatsachen, sondern entstehen innerhalb sozialer Prozesse und sind historisch und kulturell spezifisch (MacSween, 1995, S.114ff). Aus dieser Perspektive ergibt es keinen Sinn, von einem Individuum mit einer bestimmten Persönlichkeit und Körperlichkeit auszugehen, welches sich dann erst mit bestimmten sozialen Faktoren wie einem Schlankheitsideal auseinandersetzen muss; der gesellschaftliche Rahmen ist immer schon da, und hat bereits unsere Vorstellung eines Individuums oder dessen Persönlichkeit geprägt. So argumentiert MacSween, auch unsere Auffassung des Körpers könne nicht in einem positivistischen Sinne als reine Wahrnehmung einer biologischen Tatsache gesehen werden. Während sie nicht bestreitet, dass der Körper eine materielle, biologische und anatomische Realität darstellt, sind es dennoch kulturell geschaffene Konzepte und Umgangsformen, mit deren Hilfe wir diese materielle Realität wahrnehmen und ihr Bedeutung verleihen. MacSween (1995) geht also davon aus, dass der Bezug zum eigenen Körper und auch die Vorstellung von sich selbst grundsätzlich durch soziale Bedeutungen und Praktiken hergestellt wird, wobei diese für Frauen andere – und problematischere – sind als für Männer. Diese kulturellen Konzepte wirken nicht deterministisch auf das Individuum, sodass es in diesem Konzepten aufgehen *muss*. Sie stellen jedoch den in einer Kultur nahegelegten Rahmen dar, mit Hilfe dessen das Individuum sich die Welt erschließt und anhand derer es auch den Bezug zu sich selbst herstellt. Es muss also, wenn es auch nicht durch sie determiniert ist, mit diesen bedeutungsstiftenden Konzepten umgehen und kann sich ihnen nicht ohne Weiteres entziehen.

Dualismen: Körper und Geist, Objekt und Subjekt

Ausgehend von diesem grundlegenden Verständnis von Körper und Geschlecht stellt Bordo Kontinuitäten in philosophisch tradierten Vorstellungen dar, während MacSween historische Veränderungen von Körperkonzepten gekoppelt an die jeweilige Gesellschaftsform analysiert. Beide Autorinnen verweisen auf einen Dualismus von Körper und Geist bzw. Leib und Seele, der von Platon über Augustine zu Descartes die westliche

Denktradition durchziehe. Dieser Dualismus ist in sich hierarchisch, da mit dem Geist die Vernunft, Wahrheit, Reinheit, das Spirituelle und Göttliche verknüpft ist und er als das eigentliche Selbst des Menschen angesehen wird, während der Körper die Materie, das Irdische, Leidenschaften und Triebe repräsentierte, welche als Hindernis für das erhabene geistige Selbst angesehen werden und seiner Kontrolle bedürfen. Obgleich die Körperfeindlichkeit im Mittelalter religiös aufgeladen war bis hin zur Vorstellung vom Körper als irdisches Gefängnis der göttlichen Seele, gaben auch schon die antiken Philosophen Empfehlungen zur Kontrolle des Körpers und seiner Regungen.

An diese Hierarchie ist auch eine Geschlechterhierarchie geknüpft, denn das Geistige wird dem Männlichen zugeschrieben und das Körperliche dem Weiblichen. Die Verknüpfung des Weiblichen mit Körper- und Naturhaftigkeit beinhaltet ein passives Prinzip, während dem Männlichen das aktive, schaffende Prinzip zugeordnet wird. Stereotypen von der Mutter Erde, der Frau als Muse für den männlichen Künstler, oder das Narrativ der passiven Eizelle und aktiven Spermazelle in der Biologie, spiegeln diese Vorstellung wieder. Selbst für Selvini Palazzoli als Ärztin im 20. Jahrhundert lag es auf der Hand, dass Frauen stärker an die Biologie gebunden seien und ihre Sexualität einer passiv-rezeptiven Qualität unterliege (Selvini Palazzoli, 1974, S.69).

Überwindung des Körpers

In der hierarchischen Trennung von Körper und Geist sieht Bordo die erste Parallel zur Anorexie, bei der Betroffene ihren Körper ebenfalls als nicht wirklich zu sich selbst gehörend empfinden und körperliche Bedürfnisse zu verleugnen versuchen. Bordo arbeitet dies anhand von Aussagen in Hilde Bruchs Fallbeispielen heraus, welche deutlich den Wunsch artikulieren, dem Körper zu entkommen, als körperloses Selbst existieren zu können, verbunden mit Vorstellungen von Reinheit und Transzendenz (Bordo, 1993, S.147f). Nach Bordo ist der dünne Körper als Annäherung an einen Nicht-Körper zu verstehen, der daher auch niemals dünn genug sein könne. Die zweite Parallele sieht Bordo im Ideal körperlicher Selbstkontrolle, welches trotz der sehr alten Tradition in der heutigen Kultur von besonderer Bedeutung zu sein scheint. Rigides Diät-Halten und Sport-Treiben führt bei Magersüchtigen zum Erleben von Leistung und Kontrolle. Die Fähigkeit Schmerzen und Mangelzustände zu ignorieren wird zum Beweis der Herrschaft ihres Willens über den Körper. Bordo zeigt die Kontinuität dieses Aspektes von Essstörungen zum allgemeinen gesellschaftlichen Ideal von körperlicher Fitness und Leistungsfähigkeit auf, indem sie Schilderungen von Amateursportler_innen, z.B. Marathonläufer_innen oder Iron-Man-Teilnehmern, aber auch qualitative Daten aus der Forschung zu Bodybuilding aufgreift: diese ähneln im Wortlaut sehr

den Schilderungen von Magersüchtigen und drehen sich ebenfalls um das Gefühl von Kontrolle und spiritueller Erhabenheit über körperliche Grenzen. Als interessant hebt sie jedoch hervor, dass trotz des oberflächlichen Fokus auf Aussehen in der darunterliegenden subjektiven Haltung nicht die Freude am Erleben von Körperlichkeit zu Tage tritt, sondern eine Identifikation mit dem Geist bzw. Willen, wobei der Körper als getrennt vom Selbst und zu kontrollierendes Objekt erscheint (Bordo, 1993). Dieses Ideal wird sowohl von Frauen als auch von Männern verfolgt, obgleich Männern eher die Fähigkeit zur Erreichung dieses Ideals zugesprochen wird.

Moderne Körperkonzepte

Das Ideal körperlicher Selbstkontrolle weist heute eine Kontinuität zum Körper-Seele-Dualismus auf, besitzt aber gleichzeitig durch den Fokus auf Leistung anstelle von Spiritualität eine andere Qualität. Dies wird in MacSweens Analyse der Veränderung von Körperkonzepten mit dem Übergang der Feudalgesellschaft zur kapitalistischen Gesellschaftsform verständlich: Mit der Entwicklung einer Gesellschaft mit industrieller Produktion von Gütern, der Abkehr von gottgegebenen Ständen und der Idee von der Selbstverantwortlichkeit von Individuen wird ein individualisiertes und instrumentalisiertes Körperkonzept wirksam (MacSween, 1995, S.137ff): Der Körper erscheint als eine abgeschlossene, abgegrenzte Einheit, welches dem autonomen Individuum als Mittel zur Naturbeherrschung zur Verfügung steht. Der Mensch ist durch seinen Körper nicht mehr mit der Natur verbunden oder Teil davon, sondern macht sie zu seinem Objekt, das er durch seine Aktivität zur Befriedigung seiner Bedürfnisse nutzt. Dies entspricht der modernen Vorstellung vom Menschen als autonomes Individuum, das - wie bereits angeführt - jedoch nur vordergründig geschlechtsneutral ist und sich eigentlich auf Männer bezieht. Dadurch wird das Ideal körperlicher Leistungsfähigkeit und Kontrolle verständlich, das zwar als allgemeines Ideal gilt, aber eher Männern zugesprochen wird und sich in einem funktionalen, muskulösen männlichen Körperideal widerspiegelt. Ebendieses wird aktuell in Zusammenhang mit Essstörungen bei Männern diskutiert (siehe Abschnitt II.3.).

Mit der klaren Trennung zwischen häuslicher Sphäre und Produktionsarbeit entsteht zu dieser Zeit die bereits an anderer Stelle beschriebene Idee natürlicher Geschlechtscharaktere. Sie zeichnet sich durch ein neues biologisches Denken aus, schreibt aber gleichzeitig die Vorstellung von Weiblichkeit als naturhaft-passives Gegenstück zur geistig-aktiven Männlichkeit fort. Das moderne weibliche Körperkonzept ist dementsprechend ein Objektiviertes (MacSween, 1995, S.157ff): Der weibliche Körper wird mit Verweis auf seine Biologie als passiv und rezeptiv konzipiert, als offen, penetrierbar und

unvollständig, als etwas, das durch Andere komplettiert wird und ihren Bedürfnissen dient. Nach MacSween wird der weibliche Körper damit zur Welt der Objekte zugeordnet, die vom männlichen Subjekt zur Bedürfnisbefriedung genutzt werden kann. Er wird von der Frau selbst als entfremdetes Objekt behandelt, das es durch Diät- und Schönheitspraktiken als solches in Stand zu halten gilt (MacSween, 1995, S.160ff). Eine Subjekt-Objekt-Beziehung ist also sowohl in den Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit, als auch in der Vorstellung von männlichen und weiblichen Körpern inhärent: „The self, the body and desire are socially constructed in the same structure of meaning: masculine is both masculine and neutral, and is active; feminine is only feminine, and is responsive“ (MacSween, 1995, S.3).

Macht und Geschlecht

Auch Bordo geht davon aus, dass die Beziehungen von Frauen zu ihren Körpern nicht nur über die Trennung von Körper und Geist (als eigentlichem Selbst) und das Ideal der Kontrolle des Körpers durch den Geist verstanden werden könne, sondern durch die Geschlechterhierarchie eine Dimension von Macht mitgedacht werden muss. Frauen seien auch in der modernen Gesellschaft stärker an ihren Körper gebunden und würden über ihn bewertet. Sie können nach Bordo nicht wie Männer auch durch Charakter, Style oder Erfolg Attraktivität herstellen, ein schöner Körper sei immer nötig. Sie diskutiert zudem kulturell tradierte Weiblichkeitskonzepte, z.B. das der bösen, verführenden und potentiell verschlingenden Frau (Hure, „man-eater“) und deren Gegenentwurf der reinen, sorgenden und zurückhaltenden Frau mit passiver Sexualität (Mutter, Heilige), die mit einer Repression weiblicher Begierde, Bedürfnisse und Körperlichkeit einhergehen.

Objektivierung

Mit diesem Hintergrund wird die Idee der Objektivierung von Frauen greifbarer: Sie sind in der westlichen Denktradition 1) stärker mit dem Körper assoziiert, 2) weniger mit dem Geist als schaffender menschlicher Qualität assoziiert und 3) wird einer darin inhärenten Hierarchie zufolge sowohl ihrem Wesen als auch ihrem Körper eine passiv-rezeptive, objekthafte Qualität zugesprochen. Dieser Gedanke findet sich in einfacherer Form auch bei Orbach: Weibliche Körper würden als gesellschaftlich als Objekt männlicher Begierde und Quelle männlichen Vergnügens gedacht und diese Vorstellung von Weiblichkeit beeinflusse die Selbsterfahrung von Frauen. Sie werden viel mehr über ihren Körper beurteilt und stünden unter viel größerem Druck, attraktiv zu sein, als Männer. Für sie sei ihr eigener Körper zur Ware auf dem Markt geworden, „das eigene Erzeugnis, das Objekt, mit dem sie mit der Welt verhandeln“ (Orbach, 1990, S.42). Sie werden ermutigt, den eigenen Körper von außen zu

betrachten, was zum Erleben von Unzulänglichkeit des eigenen Körpers führt und der Hoffnung, diesen mit Hilfe der Kleidungs-, Diät- und Schönheitsindustrie verbessern zu können. Die Idee der Objektivierung wurde in der psychologischen Forschung aufgegriffen, wie an späterer Stelle dargestellt werden wird.

Die Bedeutung von Schlankheit: Verkörperung von Widersprüchen

Vor diesem Hintergrund scheint die große Bedeutung, die viele Frauen ihrem Aussehen beimessen und ihr Bemühen, Schönheitsidealen zu entsprechen, weniger als individuelle Oberflächlichkeit oder dem Ausgleich eines unabhängig davon bestehenden schlechten Selbstwertgefühls dienend, sondern tief in kulturellen Vorstellungen von Weiblichkeit und weiblichen Körpern verankert, die in sozialen Interaktionen und auf Diskursebene reproduziert werden.

Mit Hinblick auf Essstörungen ist hier vor allem das Schlankheitsideal von Bedeutung, mit welchem sich sowohl Orbach als auch Bordo ausführlich beschäftigen. Sie gehen davon aus, dass Schönheitsideale nicht als ästhetischer Selbstzweck oder willkürlich medial produzierte Norm zu verstehen seien, sondern kulturelle Bedeutung tragen. Körperfett könne in einer Gesellschaft mit Nahrungsmittelknappheit die Bedeutung von Reichtum und Überlegenheit annehmen, während Nahrungsmittelüberfluss die Voraussetzung dafür darstelle, dass der Verzicht auf Nahrung und eine schlanke Körperform positiv mit Selbstkontrolle und Überlegenheit assoziiert werden könne. Vor diesem allgemeinen Hintergrund werden die Sechziger Jahre mit dem Aufkommen des extremen Schlankheitsideals für Frauen in den Blick genommen. Am Beispiel des Models Jean Shrimpton beschreibt Orbach das Erscheinen des neuen Schönheitsideals, das dem Ideal der kurvenreichen Frau mit lockigem Haar, wie es noch von Marilyn Monroe verkörpert wurde, widersprach: dünn, kleinbrüstig, scheinbar einfach gestyltes Haar. Orbach analysiert, der neue Stil habe einen individualistischen Bruch mit den Konventionen der Fünfziger Jahre und mit feststehenden Klassenschranken verkörpert, den sich zunächst nur die Privilegierten erlauben hätten können. Er habe eine neue Weiblichkeit proklamiert, eine Frau, die unabhängig, sexy und frei sei (Orbach, 1990, S.95). Der aufkommende Fitness- und Aerobic-Hype zeige, wie Schlanksein zum Zeichen von Jugend und Leistungsfähigkeit wurde. Damit verkörpert Schlanksein Eigenschaften, die sich Frauen im Zuge der einsetzenden Frauenbefreiung anzueignen strebten, um den alten restriktiven Rollenbildern zu entkommen und Unabhängigkeit und eine selbstbestimmte Identität zu erreichen. Auch Bordo stellt Marilyn Monroe, die in den Fünfzigerjahren, als von Frauen die Rückkehr in eine bürgerliche Häuslichkeit gefordert wurde, als Inkarnation von Weiblichkeit gefeiert wurde, den mageren

Idealen ihrer Zeit gegenüber. Man müsse sich die Frage stellen, ob sich tatsächlich nur die Vorstellungen von attraktiven Körperproportionen geändert haben, oder ob die ganze Idee der Inkarnation von Weiblichkeit in der veränderten Gesellschaft eine ganz neue Bedeutung bekommen habe (Bordo, 1993, S.141). Diese Perspektive, nämlich Schlankheitsideale als Verkörperung von Weiblichkeitsidealen zu verstehen, sei nötig, um Essstörungen verstehen zu können: „To the degree that anorexia may be said to be ‚about' slenderness, it is about slenderness as a citadel of contemporary and historical meaning, not as an empty fashion ideal" (Bordo, 1993, S.170).

Schlankheit erscheint damit als verkörperter Lösungsversuch des Double Binds moderner Weiblichkeit zwischen agentischen, männlich besetzten Eigenschaften wie Unabhängigkeit, Stärke und Leistungsfähigkeit, und den dazu in Konflikt stehenden Vorstellungen von Weiblichkeit als auf Andere bezogen, fürsorglich und nachgiebig. Der dünne Frauenkörper verkörpert Stärke, jedoch nicht als nach außen gerichtete Dominanz in Form von Muskeln oder Körpergröße, sondern als nach innen gerichtete Selbstkontrolle, die einen zwar klarer konturierten, aber eleganten Körper schafft, und damit auch Fragilität und Zurückhaltung verkörpert. Schlankheit scheint also einen Ausweg aus einer passiven, objektifizierten Position zu bieten, die mit dem weichen, kurvenreichen weiblichen Körper assoziiert ist, bleibt aber paradox, wie Orbach darlegt: Während es Unabhängigkeit und Freiheit verkörpern soll, passiert im Streben nach dem Schlankheitsideal das genaue Gegenteil. Frauen erfahren massive Verunsicherung durch den Vergleich mit dem Schönheitsideal und praktizieren Zurückhaltung und Selbstkontrolle um es zu erreichen. Orbach zitiert hier ihre schon in der Arbeit mit esssüchtigen Frauen aufgestellte These, „that a smaller body size for women was being proposed just at that moment in history when women were demanding to be taken seriously in the workplace and, in the language of the 1970s, ‚demanding more space'" (Orbach, 1986, S.75).

Anorexie als Transformationsversuch

Trotz teilweise unterschiedlicher Herleitungen kommen die drei Theorien alle zu der Schlussfolgerung, dass das extreme Schlankheitsstreben in der Anorexie den Versuch einer Transformation geschlechtsspezifischer Bedeutungen auf körperlicher Ebene darstellt: „Anorexia aims at an individualized transformation of the degraded feminine body in the construction of an anorexic body which is owned, inviolate and needless" (MacSween, 1995, S.248). Auch für Orbach stellt das Abmagern des Körpers, die Reduktion von weichen oder kurvigen Aspekten des Körpers, eine Zurückweisung der daran geknüpften Vorstellungen von passiver Weiblichkeit und der Funktion eines Sexualobjektes dar: „Weil sie so formlos ist,

lässt sie sich nur schwer in die gängigen Kategorien von Weiblichkeit einordnen. Sie ist merkwürdig entsexualisiert und geschlechtslos. Sie verlangt, dass man sich auf sie als Person bezieht“ (Orbach, 1990, S.116). Es geht also um die Transformation von einer Objekt- in eine Subjektposition. Auf der psychischen Ebene kann die Kontrolle über den eigenen Körper und die Zurückweisung eigener Bedürfnisse zudem als Autonomie erlebt werden. Schlank sein wird nach Orbach zum Beweis für den Erfolg, die Willensstärke und Selbstkontrolle der Frau und wird von Gefühlen der Überlegenheit und Stärke begleitet. Fett hingegen würde ihre Bedürftigkeit entblößen. Es ist allerdings eine Autonomie, die intrapsychisch und selbstschädigend hergestellt wird, denn der Prozess vollzieht sich genau entlang der Machtdynamiken, welche die Ausgangssituation bilden: Die Betroffene macht ihr Selbst an ihrer körperlichen Erscheinung fest, unterdrückt ihre Bedürfnisse anstatt Autonomie im außen herzustellen und behandelt ihren eigenen Körper wie ein ihr fremdes Objekt. Orbach attestiert der Nahrungsrestriktion bzw. Verweigerung bei Anorexie daher einen „dialektischen Kern“ (Orbach, 1990, S.83) zwischen Anpassung an gesellschaftlich Gefordertes und Zurückweisung dessen.

Bordo geht auf die Problematik ein, die sich daraus ergibt, mit Strukturen und Bedeutungen, die auf gesellschaftlicher Ebene analysiert werden, Symptome auf Ebene des Individuums erklären zu wollen. Sie betont, es müsse daher der *Prozess* nachvollzogen werden, bei dem das Individuum dem Körper bestimmte Bedeutungen zuschreibt, sich ihnen entsprechend zum Körper verhält und dadurch Bedeutungen verkörpert. Essstörungen beginnen oft mit Diät-Halten und daher mit etwas, das Bordo als „conventional female practice“ (Bordo, 1993, S.178) bezeichnet, also Verhaltensweisen die für Frauen als gewöhnlich gelten; Wird dabei die Erfahrung des Triumphs über Bedürfnisse und der erfolgreichen Kontrolle gemacht, erschließen sich neue Bedeutungen: Das Erleben von Stärke und Unabhängigkeit anstatt Bedürftigkeit. Nach Bordo bezieht sich die Bewunderung, welche die erfolgreiche Diät-Haltende für ihren dünnen Körper erfährt, weniger auf Schönheit als auf die damit verkörperte Selbstkontrolle. Durch die extreme Verkörperung weiblicher Konvention wird Überlegenheit und Unabhängigkeit erreicht und damit Werte verkörpert und Eigenschaften erlebt, die gesellschaftlich wertgeschätzt werden, aber für Frauen wegen widersprüchlicher gesellschaftlicher Anforderungen schwer erreichbar sind:

> „She has discovered this, paradoxically, by pursuing conventional female behavior – in this case, the discipline of perfecting the body as an object – to excess. At this point of excess, the conventionally feminine deconstructs, we might say, into its opposite and opens onto those values our culture has coded as male. No wonder the

anorexia is experienced as liberating and that she will fight familiy, friends, and therapists in an effort to hold onto it – fight them to the death, if need be“ (Bordo, 1993, S.179).

Das von Bordo angenommene Umschlagen der Bedeutungen im Prozess der Entwicklung der Essstörung bietet eine Auflösung der Widersprüchlichkeit bzw. des “dialektischen Kerns” (Orbach, 1990, S.83) des Strebens nach Schlankheit an. Aufbauend auf dieser Analyse ist letztendlich auch der hohe positive Wert, den Betroffene ihrer Anorexie zum Teil zumessen, erklärbar.

Kulturelle Ätiologie

Da feministische Ansätze der Kultur maßgeblichen ätiologischen Einfluss zumessen, finden sich dort regelmäßig Abhandlungen zur Begründung dieser Annahme und Einordnung dieses Einflusses in ein biopsychosoziales Schema (siehe z.B. Murnen & Smolak, 2015). Hier soll exemplarisch Bordos (1993) Analyse zu dieser Frage dargestellt werden. Wie auch MacSween (1995) wendet sie sich gegen die gängige Auffassung, kultureller Einfluss forme nur den Ausdruck eines davon unabhängig existierenden pathologischen Zustands. Sie argumentiert, die sehr deutlich geschlechtsspezifische, sowie historisch und kulturell variable Prävalenz und Ausformung von Essstörungen, deuteten auf die Relevanz der Kultur für die Entstehung der Problematik und nicht nur für den spezifischen Ausdruck hin. Auch die Vorstellung, kultureller Schlankheitsdruck als soziokultureller Faktor mache Frauen ‚vulnerabler‘ für die Ausbildung von Essstörung, hält Bordo daher für theoretisch inadäquat. In diesen von Bordo kritisch diskutierten Konzeptualisierungen kommt das Argument zum Tragen, kultureller Einfluss reiche nicht zur Erklärung von Essstörungen, da so nicht erklärbar sei, wieso nicht alle Frauen einer Kultur Essstörungen entwickelten. Daher müssten andere, individuelle, familiäre oder biologische, Faktoren hinzugenommen werden. Bordo kritisiert dieses multifaktorielle Modell insofern, dass dabei keine Differenzierung im Ausmaß der ursächlichen Bedeutung vorgenommen werde: Damit springe man von der Tatsache, dass Kultur keine ausreichende Erklärung ist, direkt dazu, sie einfach als einen von vielen Faktoren zu sehen, anstatt der Rolle von Kultur als nötige Voraussetzung für das Auftreten von Essstörungen gerecht zu werden (Bordo, 1993, S.52). Während sie zustimmt, dass die Kombination mit anderen Faktoren entscheidet, wer eine Essstörung entwickelt und wer nicht, kritisiert Bordo also das Grundverständnis dieser Faktoren und deren Relevanz. Sie führt aus, die Argumentation gegen eine kulturelle Ätiologie beruhe auf der Fehlannahme, dass alle Frauen der gleichen kulturellen Situation ausgesetzt wären. Feministische Theorie beschreibe

jedoch Parameter von gesellschaftlichen Strukturen und Bedeutungen, durch die Weiblichkeit konstruiert wird, deren Einfluss auf die Identitätsbildung eines Individuums jedoch unterschiedlich sein wird, da sie in Wechselwirkung mit sozialer Schicht, Ethnizität, sexueller Orientierung, Genetik, Bildung, etc. stehen. Das Zusammenspiel dieser Faktoren kann sich mit der Veränderung der Gesellschaft verändern und damit auch die ‚vulnerable' Gruppe von Personen. Während Anorexie im 19. Jahrhundert als Phänomen der Oberschicht und im 20. Jahrhundert als am weitesten verbreitet in der gebildeten Mittelschicht beschrieben wurde, wird nun Klassenspezifik immer mehr in Frage gestellt. Dies erscheint so betrachtet nicht als wissenschaftlicher Irrtum, sondern einem realen Veränderungsprozess der materiellen Situation der Bevölkerung geschuldet: Nur bei Überfluss kann der Verzicht auf Nahrung die Bedeutung von erhabener Selbstkontrolle annehmen, und ein Konflikt zwischen Autonomiestreben und Weiblichkeit kann nur entstehen, wenn Möglichkeiten zur Autonomie durch Karriereoptionen für Frauen gegeben sind. An dieser Stelle thematisiert Bordo auch den ethnischen Hintergrund bzw. Race als relevant, da diese mit der sozialen Situation zusammenhängen.

II.2.3. Psychologische Ausarbeitungen feministischer Theorie

Die Bedeutung von Attraktivität und Abhängigkeit von der Bewertung durch Andere

Zu den bedeutendsten Arbeiten, die feministische Perspektiven in den psychologischen Diskurs zu Essstörungen eingebracht haben, gehören sicherlich die frühe Beschreibung der Bulimie durch Boskind-Lodahl (1976) *Cinderella's Stepsisters: A Feminist Perspective on Anorexia Nervosa and Bulimia* und die Arbeit von Rodin, Silberstein und Striegel-Moore (1984) *Women and Weight: A Normative Discontent*. Beide Arbeiten bringen anorektische und bulimische Symptomatik mit der großen Bedeutung, die körperliche Attraktivität für sie soziale Bewertung und soziale Stellung von Frauen hat, in Verbindung und weisen zudem darauf hin, dass Frauen sich entsprechend der weiblichen Geschlechtsrolle stärker als Männer in Bezogenheit auf Andere definieren und ihr Selbstwert daher stärker von der Bewertung durch Andere abhängt. Letztere Annahme basiert auch auf den einflussreichen Arbeiten von Chodorow (1979) und Gilligan (1982).

Objektivierungstheorie

Aufbauend auf feministischer Theorie, u.a. auf Bordo, de Beauvoir, Orbach, sowie die eben vorgestellte Arbeit von Rodin et al. (1984), entwickelten Fredrickson und Roberts (1997) die psychologische Objektivierungstheorie. Diese Arbeit sollte es ermöglichen, die gelebten Erfahrungen von Frauen und Mädchen, die diese mit ihren Körpern in sozialen und kulturellen Kontexten machen, sowie deren psychische Auswirkungen zu verstehen. "When objectified, women are treated *as bodies* – and in particular, as bodies that exist for the use and pleasures of others" (Fredrickson & Roberts, 1997, S.175). Die Autorinnen fassen empirische Daten darüber zusammen, in welcher Form Objektivierung tatsächlich stattfindet: Die Bewertung von Frauenkörpern in sozialen Interaktionen, objektiviert-sexualisierte Darstellung von Frauen in den Medien, sowie die Relevanz, die Aussehen für Frauen, aber weniger für Männer, hinsichtlich ihrer beruflichen Optionen und sozialer Anerkennung hat. Dabei wird auch auf unterschiedliche Erfahrungen je nach ethnischer Gruppenzugehörigkeit, individueller Merkmale, sexueller Orientierung, etc. hingewiesen. Da Frauen ständig über ihren Körper bewertet werden, kann ihre eigene Aufmerksamkeit für ihr Aussehen als sinnvolle Strategie angesehen werden, um einschätzen zu können, wie andere mit ihnen umgehen werden. Mit Bezug auf sozialpsychologische Theorien der Sozialisation und Selbst-Entwicklung beschreiben Fredrickson und Roberts (1997), wie Mädchen die Übernahme einer wertenden Fremdperspektive auf sich selbst erlernen und prägen damit den Begriff Selbstobjektivierung. Selbstobjektivierung manifestiert sich im habituellen Überprüfen und Anpassen des Körpers. Dieser Prozess, ausgehend von einer objektivierenden Kultur, ist über spezifische soziale Kontexte vermittelt, sodass sich die Erfahrungen von Frauen und der Grad internalisierter Objektivierung unterscheiden, je nachdem in welchen sozialen Kontexten sie sich bewegen, welchen spezifischen Erfahrungen sie ausgesetzt sind, und welche Möglichkeiten sie haben, damit umzugehen. Sie weisen zudem darauf hin, dass das Erfahren von sexueller Gewalt als Extremform von Objektivierung betrachtet werden müsse und daher noch auf viel direkterem Weg zu ähnlichen psychischen Konsequenzen führe.

Mit dieser entwicklungspsychologischen Perspektive explizieren die Autorinnen die individuelle Ebene von Objektivierung. Sie nutzen das Konzept der Selbstobjektivierung, um vier geschlechtsspezifische Unterschiede in psychischem Erleben zu erklären und Risiken für die psychische Gesundheit abzuleiten: 1) Die Selbstbewertung anhand unerreichbarer Schönheitsideale führt zu Gefühlen von Scham, wobei auf den moralischen Charakter der Emotion Scham und ihrer Funktion der (Wieder-)Anpassung an soziale Standards hingewiesen wird. 2) Wenn ständig mit Bewertung zu rechnen ist, kann dies zu Gefühlen von

Ängstlichkeit führen, die mit innerer Anspannung und Alarmbereitschaft einhergehen. Fredrickson & Roberts (1997) gehen hier darauf ein, dass Objektivierung zumindest potentiell mit Grenzüberschreitungen bis hin zu sexueller Gewalt verbunden sein kann, bei denen ein "provokatives" Aussehen der Opfer häufig als rechtfertigend angeführt wird. Auch dies kann einen Grund für Ängstlichkeit und Wachsamkeit bezüglich der eigenen Erscheinung darstellen. 3) Die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf sich selbst in Form von Self-Awareness oder Self-Monitoring zieht Aufmerksamkeit von anderen Prozessen, Handlungen oder verfolgten Zielen ab und reduziert das Auftreten von optimalen motivationalen Zuständen bzw. Flow-Erleben. 4) Die habituelle Wahrnehmung des Körpers aus Außenperspektive kann die Wahrnehmung innerer körperlicher Signale und Zustände erschweren. Auch das Unterdrücken körperlicher Signale beim Diäthalten oder anderen Schönheitspraktiken könnte eine generalisierte Insensitivität für interne körperliche Reize fördern.

Diese Annahmen über die psychischen Auswirkungen der Internalisierung von Objektivierung ziehen Fredrickson & Roberts (1997) zur Erklärung der höheren Prävalenz von unipolarer Depression, sexueller Dysfunktion und Essstörungen bei Frauen gegenüber Männern heran. Der Zusammenhang von Objektivierung und Essstörungen erklärt sich über die Internalisierung der Bewertung der eigenen Person über die körperliche Erscheinung und den Vergleich mit unerreichbaren Idealen. Die daraus resultierenden Gefühlen von Scham und Angst können durch die Überwachung des eigenen Körpers und gestörtem Essverhalten als Versuch der Anpassung des Körpers vorübergehend abgemildert werden und ein Gefühl der Kontrolle hergestellt werden. Eine verringerte Wahrnehmung innerer körperlicher Signale kann sowohl Folge gestörten Essverhaltens sein und dieses gleichzeitig erleichtern. Im Umgang mit der Kultur von Objektivierung haben Frauen laut Fredrickson & Roberts (1997) zwei Möglichkeiten: Ihren Idealen möglichst gut zu entsprechen, oder aus dem System "auszusteigen". Essstörungen könnten beide Strategien repräsentieren.

Empirische Belege

Die Objektivierungstheorie hat umfangreiche empirische Untersuchungen hervorgebracht und wird noch immer beforscht (Calogero, 2012). Besorgniserregend sind Studien, die einen Zusammenhang zwischen sexualisiert-objektivierter Darstellung von Frauen und ihrer Abwertung, Entmenschlichung und Verdinglichung sowohl durch Männer (Cikara et al., 2011) als auch Frauen (Puvia & Vaes, 2013) fanden, sowie Hinweise darauf, dass Sexualisierung durch männliche Dominanz motiviert wird (Bareket & Shnabel, 2019).

Moradi et al. (2005) konnten ein Pfadmodell, welches die Zusammenhänge zwischen Erfahrungen sexueller Objektivierung, Internalisierung von Körperidealen, Überwachung des Körpers, Scham und gestörtem Essverhalten gemäß den Vorhersagen der Objektivierungstheorie darstellt, in einer Querschnittsuntersuchung mit 221 Frauen bestätigen. Die Objektivierungstheorie erwies sich zudem fruchtbar für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen erlebter sexueller Gewalt und Essstörungen (Holmes & Johnson, 2017). In einer Untersuchung von Piran und Cormier (2005) erklärte eine Kombination aus Self-Silencing, Unterdrückung von Wut und Selbstobjektivierung 27 – 46% der Varianz gestörten Essverhaltens in einer Bevölkerungsstichprobe mit 394 Frauen. In einer ähnlichen Studie wurde genau diese Kombination als Mediator zwischen der Internalisierung des Schlankheitsideals und gestörtem Essverhalten bestätigt (Morrison & Sheahan, 2009). Insgesamt bestätigte eine Metaanalyse von Schaefer und Thompson (2018) von 53 Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen Selbstobjektivierung und gestörtem Essverhalten mit einer mittelgroßen Effektstärke. Die Autor_innen weisen auf den Bedarf an Langzeitstudien hin, um die Annahme einer Kausalbeziehung weiter zu untermauern. Erste Langzeitdaten, die die Objektivierungstheorie stützen, stammen aus einer Untersuchung von Dakanalis et al. (2015).

Da die Objektivierungstheorie von Kontextspezifität ausgeht, kann sie auf spezifische soziale Erfahrungsräume angewandt werden und wird aktuell für die Erklärung von Essstörungen bei Männern, sowie bei sexuellen bzw. geschlechtlichen Minderheiten geprüft, wie an späterer Stelle diskutiert wird.

Developmental Theory of Embodiment

Als Erweiterung der Objektivierungstheorie bzw. Integration dieser mit anderen feministischen Theorien gilt die Embodiment Theory, die maßgeblich auf die Arbeiten von Niva Piran zurückgeht (Piran, 2016a, 2016b, 2017; siehe auch McBride & Kwee, 2019) und ein empirisch fundiertes soziales Erklärungsmodell für Essstörungen bei Frauen bietet. Embodiment ist ein Begriff aus der Philosophie und bezeichnet die gelebte körperliche Erfahrung, das Dasein eines Menschen im und als Körper. Es geht damit weit über das Konzept von Körperbild hinaus, welches sich auf den kognitiven Aspekt der Vorstellung vom eigenen Körper, meist gekoppelt mit dessen Bewertung, bezieht (McBride, 2019). Damit umschreibt Embodiment das, was in den oben vorgestellten feministischen Ansätzen immer wieder angeführt wurde: Nämlich dass die Beziehung zum Körper durch Erfahrungen in diesem Körper geprägt werden, die innerhalb sozialer Kontexte stattfinden, und dass dieses körperliche Erleben eng mit der Selbsterfahrung und –Entwicklung einer Person verknüpft ist.

Embodiment ist hier als positives körperliches Erleben im Sinne einer Integration von Körper und Selbst gemeint, während ein negativer und distanzierter Bezug zum eigenen Körper als Disembodiment bezeichnet wird. In einer groß angelegten qualitativen Studie identifizierte Piran fünf Dimensionen des Erlebens von Embodiment: “connection and comfort with one’s body, embodied agency, connection and expression of desires, attunement to self-care, and engagement in meaningful pursuits not focused on an objectified gaze upon one’s appearance“ (Piran, 2016b, S.54). Das Erleben von Subjekthaftigkeit und Wahrnehmen eigener Bedürfnisse, sowie die Unabhängigkeit von körperlicher Bewertung, stehen dabei also im Zentrum. Die Embodiment Theory zeichnet sich durch eine entwicklungspsychologische Perspektive aus und identifizierte mittels eines langjährig angelegten mixed-methods Forschungsprojektes drei Faktoren in der sozialen Umwelt, welche die Entwicklung von Embodiment bedingen: Physische Freiheit, mentale Freiheit, und soziale Macht (Piran, 2017; siehe auch Jacobson & Hall, 2019). Physische Freiheit bezieht sich auf das Erleben körperlicher Unversehrtheit und Sicherheit, Freiheit und Fähigkeit zur Bewegung, sowie ein Wohlfühlen mit physischen Bedürfnissen, Lüsten und Veränderungen. Physisch einschränkende soziale Bedingungen wären dementsprechend Grenzüberschreitungen, Gewalt und Belästigung, körperliche Einschränkungen z.B. durch bestimmte Kleidung, Schönheitspraktiken und Repression körperlicher Bedürfnisse. Mentale Freiheit besteht in der Möglichkeit zur Selbstbestimmung der eigenen Identität, in Freiheit zum Ausdruck von und zum Einsatz für eigene Ideen und Interessen, und in Freiheit von bzw. Fähigkeit zur Distanzierung von Stereotypen über weibliches Aussehen und weibliches Verhalten. Mentale Einschränkung geht demnach von sozialen Kontexten aus, die einschränkende Stereotypen vermitteln oder Druck ausüben, sich über Aussehen zu definieren und Schönheitsnormen zu internalisieren. Soziale Macht bezieht sich auf das Erleben von Gleichberechtigung und der Möglichkeit von sozialer Einflussnahme und sozialer Verbundenheit. Jede Art von Unterdrückung, Ausgrenzung oder Diskriminierung, sei es aufgrund von Geschlecht, sozialen Status, Gewicht oder sexueller Orientierung bildet demnach einen sozialen Kontext von sozialer Entmachtung. Das Erleben von Disembodiment, also ein nicht integriertes Erleben von Selbst und Körper, negatives Empfinden und Bewerten des Körpers, seiner Bedürfnisse und Möglichkeiten bilden der Embodiment Theory nach den Kern von Essstörungen.

Forschung und Anwendung

Die Embodiment Theory wird aktuell bezüglich ihrer Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten in Prävention und Therapie erforscht, wobei bereits zahlreiche Ansätze vorliegen (McBride & Kwee, 2019), u.a. ein manualisiertes Präventionsprogramm

für Jugendliche (Regehr & Owens, 2019). Zeitgleich mit der Entwicklung der Theorie widmete sich Piran auch der Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten, die den sozialen Kontext maßgeblich mit einbeziehen und Embodiment fördern (Levine & Piran, 2001; Piran, 2001, 2004, 2010, 2015), wobei eine Überschneidung mit klassischen feministischen Empowerment-Ansätzen und Aktivismus sichtbar wird.

II.2.4. Diskussion

Die hier diskutierten Theorien bieten ein umfassenderes Verständnis der Entstehung von Essstörungen bei Mädchen und Frauen im weiteren kulturellen und näheren sozialen Kontext. Während kulturwissenschaftliche Arbeiten sich nicht an den empirischen Standards der Psychologie orientieren, haben Forschungsarbeiten zu Self-Silencing, zur Objektivierungstheorie und zur Embodiment Theory feministische Annahmen auf eine empirische Basis gestellt, obgleich die Etablierung von Kausalzusammenhängen noch weiterer Forschung bedarf. Der Fokus dieser Modelle geht über einzelne Individuen hinaus und untersucht, wie eine Gesellschaft als Ganzes das Risiko für Essstörungen ausbildet und wie sich dies auf Individuen auswirkt. Sie sind daher auch soziokulturelle Modelle von Essstörungen, wobei der Hintergrund der feministischen Theorie ein Verständnis von kulturellem und sozialem Kontext bietet, das “klassischen” soziokulturellen Modellen mit Fokus auf Schönheitsidealen und deren Vermittlung fehlt. Dennoch sollten und können diese Modelle nicht klar voneinander abgegrenzt werden, da sich die Forschungsarbeiten zum Teil aufeinander beziehen, Grundannahmen teilen und Modelle integrieren.

Die vorgestellten kulturwissenschaftlichen Arbeiten (Bordo, 1993; MacSween, 1995; Orbach, 1986) erklären den Grundgedanken von der Relevanz sozialer Anforderungen und Einschränkungen die mit einer weiblichen Position einhergehen, sowie deren Verknüpfung mit Körperlichkeit durch Objektivierung und Schönheitsnormen. Durch den Fokus auf die gesellschaftliche Ebene und kulturell tradierte Konzepte und Bedeutungen fällt es jedoch schwer, die Vermittlung dieser Prozesse im Individuum nachzuvollziehen; Implizit scheint oft von einer Art unbewusster Verknüpfung von Körperformen mit bestimmten sozialen und geschlechtsspezifischen Bedeutungen ausgegangen zu werden, mit denen sich von Essstörungen betroffene Frauen über ihren Körper auseinandersetzen. Hier bietet die psychologische Forschung ein eingängigeres Modell an, wenn sie erklärt, wie Lernerfahrungen innerhalb soziokultureller Kontexte den Bezug zum Körper, das Erfahren

von Subjekt- vs. Objekthaftigkeit, oder die Wahrnehmung eigener (körperlicher) Bedürfnisse beeinflussen.

Ausgehend von der geschlechtsspezifischen Prävalenz erscheint es legitim und einleuchtend den Fokus auf Frauen zu legen und die Relevanz weiblichen Geschlechts als soziale Kategorie innerhalb einer heterosexuell organisierten Gesellschaft zu analysieren. Obgleich immer wieder auf die Interaktion mit anderen sozialen Kategorien, wozu auch sexuelle Orientierung zählt, hingewiesen wird, werden die Modelle nicht dahingehend expliziert. Offen bleibt zudem die Frage, wie das Auftreten von Essstörungen bei Männern erklärt werden kann, wenn weibliches Erleben im Fokus der Erklärungsmodelle steht. Dennoch sind feministische Ansätze durch ihre Analyse sozialer Bedingungen auf unterschiedliche Kontexte anwendbar und modifizierbar und werden daher in der Forschung zum Teil zur Erklärung von Essstörungen bei anderen Geschlechtern und nicht-heterosexuellen Orientierungen herangezogen (siehe Abschnitt II.3. und II.4.).

II.3. Essstörungen bei Männern

Forschungsarbeiten zu Essstörungen bei Männern weisen darauf hin, dass die Prävalenz möglicherweise unterschätzt wird, da sich Essstörungen bei Männern anders präsentieren als bei Frauen und dementsprechend Grundlagenwissen und geeignete Behandlungskonzepte fehlen (Murray et al., 2017; Strother et al., 2012). Sie verweisen dabei auf steigenden Druck durch zunehmend unrealistischer werdende Körperideale für Männer, die sich durch hohe Muskulosität bei gleichzeitig möglichst geringem Körperfettanteil auszeichnen (auch als mesomorphes Ideal bezeichnet). Klinische Studien weisen auf einen Anstieg an männlichen Patienten mit Essstörungen hin (Akgül et al., 2016; Valente et al., 2017). Das männliche Körperideal wird von Strother et al. (2012) mit Vorstellungen von dominanter Männlichkeit in Verbindung gebracht, welche die Tabuisierung von Verletzlichkeit beinhalten. Stigmatisierung durch das Eingeständnis vermeintlicher Schwäche und die Vorstellung von Essstörungen als „Frauenkrankheit“ müssen den Autoren zufolge als Grund für mangelndes Hilfesuchverhalten von Männern mit Essstörungen und die Unterschätzung ihrer Prävalenz angesehen werden.

Symptomatik und Diagnostik

In der Tat zeigen Untersuchungen zu Körperunzufriedenheit, dass diese auch bei Jungen und Männern weit verbreitet ist, sich aber stark auf Muskulosität und nur teilweise auf Schlankheit bezieht (Baker et al., 2019; Neumark-Sztainer & Eisenberg, 2014; Smolak & Murnen, 2008). In ihrem Review der Ergebnisse zu Essstörungen bei Männern weisen Murray et al. (2017) darauf hin, dass weniger ein geringes Gewicht oder Schlankheit per se das Ziel ist, sondern eine bestimmte Körperform, bei der Muskeln möglichst gut hervortreten (Leanness), sodass z.B. ein ‚Sixpack' anstelle eines möglichst flachen Bauchs angestrebt wird.

Ricciardelli und McCabe (2015) fassen zusammen, dass Männer mit Essstörungen ähnliche klinische, demographische und persönliche Profile wie Frauen mit Essstörungen aufweisen, aber ihre Symptomatik sich unterscheidet. Männer zeigen seltener extreme Gewichtsreduktionsstrategien, Erbrechen und Missbrauch von Laxantien, aber häufig exzessives Sporttreiben, Überessen und Binge Eating, sowie Substanzmissbrauch (siehe auch Valente et al., 2017). Diese Verhaltensweisen seien bei Männern jedoch sozial akzeptierter als bei Frauen und dadurch möglicherweise unauffälliger. Zudem zeige Binge Eating eine andere Qualität und werde weniger von erlebtem Kontrollverlust, Scham und Schuldgefühlen begleitet. Murray et al. (2017) betonen die emotionsregulierende Funktion von exzessivem Sporttreiben für Männer. Die Autor_innen gehen zudem auf Binge Eating Episoden als absichtliche Strategie für Muskelaufbau und auf das komplizierte Zusammenspiel von Strategien für Muskelaufbau und Fettreduktion ein. Zum Teil existieren jedoch auch widersprüchliche Daten: Ein Review von Raevuori et al. (2014) fand keine Geschlechterunterschiede in der Symptomatik. Im Vergleich zu Forschungsergebnissen bei Frauen zeigen sich Unterschiede in den Komorbiditäten, wobei Männer häufiger psychotische Erkrankungen aufweisen (Akgül et al., 2016; Murray et al., 2017; Valente et al., 2017). Hinsichtlich der medizinischen Auswirkungen wurden bei Männern mit diagnostizierten Essstörungen zahlreiche Auffälligkeiten festgestellt (Murray et al., 2017; Vo et al., 2016). Es wird darauf hingewiesen, dass fehlendes Untergewicht und körperliche Marker wie Amenorrhö dazu beitragen, dass Mangelernährung bei Männern leicht übersehen wird.

Eine weit verbreitete Schlussfolgerung ist, dass diagnostische Konzepte erweitert werden müssen, um männliche Ausprägungen adäquat abzubilden. Anpassungen der diagnostischen Kriterien, wie z.B. der Wegfall von Amenorrhö als Kriterium im DSM-V, gelten als Schritt in diese Richtung. Stanford und Lemberg (2012) testeten erfolgreich einen diagnostischen Fragebogen für Essstörungen bei Männern. Gleichzeitig warnen Murray et al.,

(2017) davor, ein breites Spektrum an Verhaltensweisen um Fitness und Muskelaufbau zu pathologisieren. Es muss ein Augenmerk darauf gerichtet werden, wann solche Verhaltensweisen mit den Kriterien für psychische Krankheit wie Leidensdruck und Funktionseinschränkungen einhergehen und medizinische Konsequenzen haben. Viel Aufmerksamkeit erfährt dabei die Diagnose Muskeldysmorphophobie, die von einem starken Leiden an einem negativen Körperbild geprägt ist, wobei sich Betroffene mehr und besser definierte Muskelmasse wünschen, und dieses durch extreme Trainings- und Ernährungsmaßnahmen zu erreichen versuchen. Wenngleich diese Diagnose derzeit als körperdysmorphe Störung klassifiziert ist, wird sie als Form von Essstörungen diskutiert (Murray et al., 2017; Ricciardelli & McCabe, 2015; Strother et al., 2012).

Risikofaktoren und Soziokulturelle Einflüsse

Nach aktuellem Forschungsstand haben Männer mit Essstörungen häufig eine Geschichte von Übergewicht und Gewichtsdiskriminierung und erlebten häufig sexuellen Missbrauch. Ein besonders hohes Risiko eine Essstörung zu entwickeln haben Männer, die gewichtsbetonte Sportarten ausüben, nicht heterosexuell sind, oder aus ethnischen Minderheiten stammen (Mangweth-Matzek, 2015; Murray et al., 2017; Ricciardelli & McCabe, 2015; Strother et al., 2012).

Soziokulturelle Modelle der Vermittlung von sozialem Druck bezüglich Körperidealen und dessen Auswirkungen auf gestörtes Essverhalten lassen sich gut auf männliche Ausprägungen anwenden, wenn vom mesomorphen Körperideal ausgegangen wird und neben gestörtem Essverhalten auch Muskelaufbaustrategien wie exzessives Training oder Missbrauch von Anabolika mit einbezogen werden (Halliwell & Harvey, 2006; Ricciardelli & McCabe, 2004; Smolak et al., 2005). Tylka (2011) identifizierte das Streben nach Muskulosität und das Streben nach Schlankheit als zwei unabhängige Wege, die zu gestörtem Essverhalten bzw. Körpermodifikationsverhalten führen, was von einer weiteren Studie bestätigt wurde (Girard et al., 2018). Kulturelle Körperideale, sozialer Druck und vermittelnde Prozesse wie sozialer Vergleich und Internalisierung der Ideale scheinen hier also ebenso relevant zu sein wie für die besser bekannten, häufiger bei Frauen auftretenden Formen gestörten Essverhaltens. Ob soziale Faktoren abgesehen von unrealistischen Körperidealen grundsätzlich die Gleichen für Männer und Frauen sind, kann nach derzeitigem Forschungsstand jedoch nicht klar beantwortet werden. Locker et al. (2012) fanden, dass Self-Silencing sowohl bei Frauen als auch bei Männern stark mit Essstörungssymptomen korreliert war. Selbstobjektivierung wurde auch bei Männern mit gestörtem Essverhalten in Verbindung gebracht (Baker et al., 2019; Calogero, 2009) und vermittelte in einer Langzeitstudie den

Einfluss von Körperidealen (Dakanalis et al., 2015). Dabei fand Calogero (2009) geringere Maße von Selbstobjektivierung und gestörtem Essverhalten bei Männern als bei Frauen, während die Unterschiede bei Dakanalis et al. (2015) weniger klar auftraten. In einer Studie von Jackson und Chen (2015) hingegen stand ein objektiviertes Körperbewusstsein nur bei Frauen in Zusammenhang mit gestörtem Essverhalten, während andere Variablen soziokultureller Modelle für beide Geschlechter relevant waren. Eine Untersuchung des Einflusses von Eltern zeigte Zusammenhänge zwischen mütterlichem Modellverhalten und väterlichen Kommentaren nur zu gestörtem Essverhalten von Frauen, aber nicht von Männern (Klein et al., 2017).

Männlichkeit und die Beziehung zum Körper

Trotz vieler Unklarheiten zeichnet sich ab, dass Männer durch ein Körperideal unter Druck gesetzt werden, dass den Aufbau von Muskelmasse und die Kontrolle des Fettanteils voraussetzt, während Frauen mit einem möglichst schlanken, straffen Körperideal konfrontiert werden. Das viel diskutierte Streben nach Schlankheit und seine selbstschädigenden Konsequenzen treten daher bei Frauen häufiger auf, während Männer tendenziell andere Körpermodifikationsstrategien nutzen, die jedoch auch selbstschädigend sein können. Dementsprechend zeigt sich unter den derzeit anerkannten Essstörungsdiagnosen eine besonders hohe Geschlechtsspezifität bei Anorexie und Bulimie, bei denen gewichtsreduzierende Maßnahmen Teil der Symptomatik ist, aber weniger bei Binge Eating. Es gibt Hinweise auf ähnliche soziale Mechanismen, die den Druck diesen Körperidealen zu entsprechen vermitteln, aber auch Hinweise auf Unterschiede.

Parallel zu der feministischen Annahme, dass Körperideale für Frauen die Verkörperung von Weiblichkeit darstellen, kann das mesomorphe Körperideal als Verkörperung der Vorstellung von Männlichkeit im Sinne von Stärke, Dominanz und Unabhängigkeit angesehen werden und entspricht dem instrumentalisierten Körperkonzept, wie es MacSween (1995) beschreibt. Tatsächlich zeigte eine qualitative Untersuchung von Beiträgen männlicher Betroffener in pro-anorektischen Onlineforen, dass diese ihre Essstörungen als Auseinandersetzungen mit Männlichkeitsnormen präsentieren, wobei sie sowohl als Strategie der Konformität, als auch der Ablehnung dargestellt werden (Quiniones & Oster, 2019). Damit zeichnet sich ein ähnlich widersprüchliches Bild wie auch beim Zusammenhang von Essstörungen und Weiblichkeit.

Während Strother et al. (2012) gesellschaftlichen Druck, maskulin zu sein, als Problem benennen, haben Untersuchungen zur Rollenorientierung einen negativen Zusammenhang von traditioneller Männlichkeit und gestörtem Essverhalten hergestellt

(Murnen & Smolak, 1997; Pritchard, 2008). Studien von Magallares (2015, 2016) zeigen Zusammenhänge zwischen weiblicher Geschlechtsrollenorientierung und Schlankheitsstreben, sowie männlicher Geschlechtsrollenorientierung und weniger Schlankheitsstreben, weniger Körperunzufriedenheit und weniger Sorgen bezüglich des eigenen Essverhaltens. Zudem zeigte eine der Studien, dass Männer mit traditioneller Geschlechtsrollenorientierung Schlankheit hoch bewerten bzw. Übergewicht abwerten, dabei jedoch die Körper Anderer bewerten und nicht den eigenen, diesen Anspruch also externalisieren (Magallares, 2015).

Diskussion

Trotz den Befunden zu Männlichkeit als Schutzfaktor könnte die Annahme von Strother et al. (2012) richtig sein: Aus feministischer Perspektive wäre denkbar, dass die persönliche Übereinstimmung mit Vorstellungen traditioneller, dominanter Männlichkeit eine privilegierte soziale Position markiert, aus der heraus die Körper anderer bewertet werden, aber der eigene Selbstwert weniger an der körperlichen Erscheinung festgemacht wird. Jedoch werden nicht alle Jungen und Männer (z.B. durch ihre Persönlichkeit, Einstellungen oder Lebensumstände) diesem Ideal von Männlichkeit entsprechen können oder wollen, und eine subjektiv empfundene oder sozial gespiegelte Nichtentsprechung könnte Druck ausüben. Dies könnte körperliche Kontrolle, die Herstellung eines besonders „männlichen“ Körpers oder das Gegenteil dessen erstrebenswert machen. Möglicherweise steigt auch mit einem rigider werdenden Körperideal für Männer der Druck, Männlichkeit über die körperliche Erscheinung herzustellen[5].

Mit Blick auf den Stand der Forschung scheint das Risiko für Männer, eine Essstörung zu entwickeln, dann größer zu sein, wenn sie in besonderem Maße körperlicher Bewertung ausgesetzt sind bzw. Objektivierung erleben (Übergewicht, strenge subkulturelle Körperideale in der homosexuellen Community, sexueller Missbrauch, gewichtsbetonter Sport), und/oder in sozialen Positionen sind, die dem hegemonialen Männlichkeitsbild nicht entsprechen (z.B. durch Homo- oder Bisexualität, mit Schwäche assoziierter Psychopathologie, weniger männliche Rollenorientierung, Erleben eines Opferstatus oder Kontrollverlust nach sexuellem Missbrauch), und/oder Diskriminierung erfahren (z.B. Zugehörigkeit zu Minderheiten, Homo- und Bisexualität, Gewichtsdiskriminierung). Die entwicklungspsychologischen Annahmen

[5] Interessant wäre eine Analyse der historischen Veränderung von Männlichkeitskonzepten und mögliche Bezüge zur Veränderung von männlichen Körperidealen, wie dies in feministischen Theorien für Weiblichkeitskonzepte und weibliche Körperideale geleistet wurde (siehe Abschnitt II.2.2. dieses Kapitels). Möglicherweise haben Männer in der heutigen Gesellschaft nicht mehr die Position des neutralen Individuums inne, sondern werden zunehmend auch als geschlechtliche Wesen identifiziert, was einen anderen Auseinandersetzungprozess mit ihren geschlechtlichen Eigenschaften nötig macht.

der Embodiment Theory lassen sich hier also überraschend gut anwenden. Die geringere Prävalenz von Essstörungen bei Männern würde sich im Einklang mit der Theorie erklären lassen, wenn man davon ausgeht, dass Weiblichkeit als soziale Position viel häufiger mit sozialen Dynamiken von Objektivierung und sozialem Disempowerment einhergeht, aber gleichzeitig den Blick dafür schärft, wann auch Männer solche Umstände erleben. Grundsätzlich ist noch mehr Forschung nötig, um darüber Aussagen treffen zu können.

II.4. Essstörungen und geschlechtliche Diversität

Menschen, deren Geschlechtsidentität und/oder sexuelle Orientierung von heteronormativen Vorstellungen abweicht, sind besonders häufig von Essstörungen betroffen. Ein erhöhtes Risiko ist dabei vor allem bei transgeschlechtlichen Personen gegenüber cisgeschlechtlichen Personen und schwulen oder bisexuellen Männern gegenüber heterosexuellen Männern bekannt. Die Daten für lesbische und bisexuelle Frauen weisen auf ein vergleichbares, möglicherweise auch erhöhtes Risiko im Vergleich zu heterosexuellen Frauen hin. Welche Befunde jeweils vorliegen und welche Modellannahmen darauf angewandt wurden, wird im Folgenden vorgestellt. Obgleich dies selten spezifiziert wird, ist davon auszugehen, dass sich die hier wiedergegebene Forschung zu homo- bzw. bisexuellen Männern und Frauen auf cisgeschlechtliche Personen bezieht. Transgeschlechtliche Personen werden als gesonderte Gruppe untersucht, obgleich auch sie sich als schwule, lesbische, oder bisexuelle Frauen oder Männer identifizieren können.

II.4.1. Schwule und bisexuelle Männer

Die Besonderheiten von Essstörungen bei Männern wurden bereits diskutiert, sowie auf die wiederholt berichtete hohe Prävalenz von Essstörungen bei schulen und bisexuellen Männern hingewiesen. Zentral in der Diskussion um dieses erhöhte Risiko ist der große Stellenwert von Aussehen und Körperidealen in der Community: Schwule und bisexuelle Männer erleben größere Sorgen um Aussehen und Figur und schreiben der Entsprechung von Körperidealen einen hohen Stellenwert für sexuelle bzw. romantische Attraktivität zu (Bosley, 2011; Castellini et al., 2016). Steigender Druck durch das mesomorphe männliche

Körperideal, dessen Vermittlung durch die Medien, und individuelle Internalisierung durch Medienkonsum wurden dabei als relevant herausgestellt. Gigi et al. (2016) fanden beispielsweise, dass nicht-heterosexuelle Männer durch Werbeanzeigen, die idealisierte Körper zeigen, stärker in ihrer Körperzufriedenheit beeinflusst werden als heterosexuelle. Tylka und Andorka (2012) konnten eine Spezifikation des Tripartite Modells für Essstörungen bei Männern für schwule Männer empirisch bestätigen, bei dem die Involviertheit in der Community als Faktor, der sozialen Druck bezüglich des Körperideals vermittelt, hinzugenommen wurde. Diesem Bild der Relevanz von Körperidealen für schwule und bisexuelle Männer widerspricht ein Review von Kane (2010), welches das methodische Vorgehen prominenter Studien, die auch in die vorher zitierten Reviews eingeflossen sind, kritisch betrachtet und z.B. auf zu kleine Stichproben, methodische Mängel und generalisierende Interpretationen von Ergebnissen hinweist. Dadurch laufe die Forschung in Gefahr, ein stereotypes Bild vom auf Aussehen fixierten Schwulen zu reproduzieren und die Unterschiede zu heterosexuellen Männern zu überschätzen.

Soweit man trotz dieser Kritik der Annahme folgt, dass schwule und bisexuelle Orientierung bei Männern mit einem höheren Stellenwert des eigenen Aussehens einhergeht, macht es Sinn, danach zu fragen, wieso Körperlichkeit hier einen besonderen Stellenwert zu haben scheint und welche anderen sozialen Mechanismen relevant sind, anstatt Homo- bzw. Bisexualität an sich als Risikofaktor anzunehmen und dadurch zu pathologisieren. Als Erklärungsmodelle wurden hier die Objektivierungstheorie und das Minderheiten-Stress-Modell (Meyer, 2003) bzw. internalisierte Homophobie herangezogen (Bosley, 2011; Castellini et al., 2016; Kane, 2010). Die Objektivierungstheorie schließt an die Annahmen über Druck durch Körperideale von soziokulturellen Modellen wie dem Tripartite Modell (Tylka, 2011; Tylka & Andorka, 2012) an. Ähnlich wie Frauen würden schwule und bisexuelle Männern verstärkt über ihren Körper bewertet und erlebten dadurch Körperunzufriedenheit und Sorgen bezüglich Figur und Gewicht (Castellini et al., 2016; Lanzieri & Hildebrandt, 2016). Aus qualitativen Interviews mit jungen schwulen Männern konnte Drummond (2005) herausarbeiten, dass diese mit ihrem Körper bzw. Aussehen ständig zwischen den Ansprüchen und Normen der heterosexuellen Gesellschaft und denen der homosexuellen Subkultur navigieren, sich unterschiedlich präsentieren und anpassen müssen, was ständige Aufmerksamkeit auf sich selbst und die eigene Erscheinung nötig macht. Dies entspricht dem objektivierten Körperbewusstsein, das Fredrickson und Roberts (1997) für Frauen als pathogen herausstellten. Bosley (2011) fasst zusammen, wie Erfahrungen von Ausgrenzung und Stigmatisierung, die mit der Zugehörigkeit zu sexuellen Minderheiten

einhergehen, sich negativ auf Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen auswirken und darüber Essstörungen begünstigen können. Dabei führen Diskriminierungserfahrungen auch zur Internalisierung von Stigmata: Es liegen Ergebnisse vor, die internalisierte Homophobie bzw. Heterosexismus mit gestörtem Essverhalten oder Muskelaufbaustrategien in Verbindung bringen (Ballantyne, 2012; Bosley, 2011; Brewster et al., 2017). Bell et al. (2019) untersuchten das Zusammenspiel sozial-interpersoneller Aspekte wie erlebter Stigmatisierung, negativer sozialer Bewertung, oder Belongingness (Zugehörigkeitsgefühl) mit psychischen Variablen wie Depression und Self-Compassion (emphatische Haltung sich selbst gegenüber). Die Ergebnisse stützen die Relevanz dieser sozialen und psychischen Variablen für ein erhöhtes Essstörungsrisiko bei schwulen Männern, wobei erlebte Stigmatisierung einen direkten Effekt hatte.

Auch Diskriminierung wegen vermeintlich mangelnder Männlichkeit, homophobe Aggression und Angriffe werden in dem Review von Bosley (2011) als Gründe für das Streben nach einem maskulinen Körper diskutiert. Drummond (2002, 2005) zufolge sind Auseinandersetzungen mit Männlichkeit wichtig für das Körperbild von Männern und Muskeln deutlich mit Stärke und (Selbst-)Kontrolle assoziiert, also mit Eigenschaften, deren Erleben generell relevant für Essstörungen ist.

II.4.2. Lesbische und bisexuelle Frauen

Zur Prävalenz von Essstörungen bzw. Essstörungssymptomatik bei lesbischen und bisexuellen Frauen publizierten Meneguzzo et al. (2018) ein umfangreiches systematisches Review. Während ältere Untersuchungen eine lesbische oder bisexuelle Orientierung bei Frauen oft als Schutzfaktor angenommen hatten, zeigt das Review ein mit heterosexuellen Frauen vergleichbares, unter Anwendung eines transdiagnostischen Ansatzes sogar höheres Risiko. In der Symptomatik zeichnen sich Unterschiede in Form von häufigerem Auftreten von binge-purging Symptomatik und weniger Körperunzufriedenheit und Schlankheitsstreben bei lesbischen und bisexuellen gegenüber heterosexuellen Frauen ab. Mason et al. (2018) fassten Ergebnisse hinsichtlich der Qualität und Ätiologie gestörten Essverhaltens und negativen Körperbildes bei lesbischen und bisexuellen Frauen in einem systematischen Review zusammen und schlugen ein integriertes Modell vor, welches auf soziokulturellen Modellen (Stice, 1994) aufbaut. Als soziale Faktoren müssen dabei nach Mason et al. (2018) sowohl Erfahrungen, die an weibliches Geschlecht gekoppelt sind (z.B. Geschlechterrolle, Objektivierung), in Betracht gezogen werden, als auch zusätzlich Erfahrungen die an die

Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit gekoppelt sind (z.B. erlebte und internalisierte Diskriminierung), sowie die Interaktion dieser sozialen Faktoren, die gemäß intersektionaler Theorie eine neue, spezifische Qualität hervorbringt. Vermittelnde Prozesse durch sozial-emotionale Variablen (Depression, Selbstwertgefühl), Internalisierung von Körpernormen, Körperbildprobleme und Body Surveillance, entsprechen den Ergebnissen des Reviews zufolge dem, was aus der Forschung zu soziokulturellen Modellen bekannt ist.

Mit den Modellannahmen nach Mason et al. (2018) lassen sich zahlreiche Studien, die Pfadmodelle mit unterschiedlichen sozialen und psychischen Faktoren testen, integrieren: Kozee und Tylka (2006) testeten beispielsweise die Annahmen der Objektivierungstheorie und fanden, dass lesbische Frauen ähnliche Level von objektivierenden Erfahrungen und objektiviertem Körperbewusstsein zeigten wie heterosexuelle Frauen, die Zusammenhänge mit gestörtem Essverhalten jedoch anders und komplexer waren. Andere Untersuchungen fanden empirische Bestätigung für kombinierte Einflüsse von Objektivierung, heterosexistischer Diskriminierung und der Internalisierung von Diskriminierung für lesbische und bisexuelle Frauen (Brewster et al., 2014; Watson et al., 2015). Bayer et al. (2017) fanden einen Zusammenhang zwischen internalisierter Homophobie und Binge Eating bei lesbischen und bisexuellen Frauen, der über Schamgefühle vermittelt war, während Bell et al. (2019) bei lesbischen Frauen Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Stigmatisierung und vermindertem Zugehörigkeitsgefühl mit Essstörungssymptomatik feststellten, die über Depression vermittelt waren. Mason et al. (2018) fassen zusammen, dass die Relevanz von Minderheiten-Stress, aber auch allgemeiner Diskriminierung z.B. aufgrund von Gewicht, gut belegt ist, ebenso wie die Relevanz von Objektivierung für gestörtes Essverhalten. Auch die Entsprechung der Persönlichkeit zu traditionellen Konzepten von Weiblichkeit und Männlichkeit scheint insofern relevant, dass höhere Männlichkeit einen Schutzfaktor gegen Körperunzufriedenheit darzustellen scheint. Henrichs-Beck und Szymanski (2017) geben zu bedenken, dass Unterschiede in gegenderten Eigenschaften und Ausdrucksweisen innerhalb der lesbischen und bisexuellen Population für die oftmals unterschiedliche Befunde verschiedener Studien aufschlussreich sein könnte. Einige Studien geben Hinweise auf Unterschiede zwischen lesbischen und bisexuellen Frauen, wobei bisexuelle Frauen möglicherweise besondere Schwierigkeiten erleben (Bayer et al., 2017; Hazzard et al., 2019; Steele et al., 2019). Mason et al. (2018) weisen zudem darauf hin, dass die Untersuchung spezifischer Facetten gestörten Essverhaltens aufschlussreich sein könnte. Dabei könnte z.B. Binge-Purging Verhalten, das Meneguzzo et al. (2018) zufolge in der Symptomatik von lesbischen und bisexuellen Frauen überwiegt, wegen seiner klaren

Verbindung zu Stress und negativer Emotionalität als Coping-Strategie für erlebte Diskriminierung fungieren.

II.4.3. Transgeschlechtliche und nicht-binäre Geschlechtsidentität

Ein systematisches Review zu Körperbild und gestörtem Essverhalten von Jones et al. (2016) ergab, dass Körperunzufriedenheit als zentral für negatives psychisches Erleben von Transpersonen angesehen werden muss. Transpersonen zeigen mehr Körperunzufriedenheit und gestörtes Essverhalten als homo- und heterosexuelle cisgeschlechtliche Personen, wobei gestörtes Essverhalten in den zusammengefassten Studien nicht das Ausmaß klinischer Essstörungen annahm. Es gibt jedoch auch vermehrt Hinweise auf ein erhöhtes Auftreten von klinisch relevanten Essstörungen unter Transpersonen (Connolly et al., 2016; Diemer et al., 2015; Feder et al., 2017). Körperunzufriedenheit bezieht sich dabei in hohem Maß, aber nicht nur, auf Körperteile, die als Geschlechtsmerkmale gelten. Insgesamt scheint das Ausmaß der Körperunzufriedenheit dabei abhängig von der Kongruenz der körperlichen Erscheinung mit der Geschlechtsidentität zu sein und verbessert sich signifikant durch geschlechtsangleichende Maßnahmen wie Hormontherapie und operative Eingriffe (Jones et al., 2016). Gestörtes Essverhalten dient häufig als Strategie der Unterdrückung von Körpermerkmalen, die der Geschlechtsidentität widersprechen, und zur Betonung von Körpermerkmalen, die der Geschlechtsidentität entsprechen (Ålgars et al., 2012; Strandjord et al., 2015). Da eine schlanke Figur als Bestandteil von Weiblichkeit angesehen wird (Ålgars et al., 2012), überlegen Jones et al. (2016), ob vor allem Transfrauen unter Druck geraten, Schlankheitsidealen zu entsprechen. Andere Studien zeigen zwar mehr Schlankheitsstreben bei Transfrauen, jedoch mehr Körperunzufriedenheit und ein höheres Essstörungsrisiko bei Transmännern (Feder et al., 2017; Witcomb et al., 2015). Hier wird weitere Forschung nötig sein, um die komplexen Zusammenhänge mit Geschlecht zu verstehen: Es ist davon auszugehen, dass das bei Geburt zugewiesene Geschlecht und damit verknüpfte Erfahrungen und Anforderungen Einfluss auf die Person haben, ebenso wie die erlebte Geschlechtsidentität und der Erfahrungsraum, der sich nach der Transition durch das Leben in der tatsächlichen Geschlechtsidentität bzw. ohne klare binäre Geschlechtsidentität eröffnet. Konflikte, die aus der erlebten Inkongruenz zwischen von außen zugewiesenem Geschlecht und Geschlechtsidentität entstehen können, sowie der Prozess einer (möglicherweise, aber nicht immer) angestrebten Anpassung an ein Geschlechterbild stellen zudem komplexe Auseinandersetzungsprozesse mit Geschlecht dar, für die der Körper eine zentrale Rolle

einnimmt. Wie bereits an anderer Stelle argumentiert wurde (Springmann, 2018), ist es daher wichtig, Körperunzufriedenheit nicht einfach als Teil von Transgeschlechtlichkeit anzunehmen, sondern im gesellschaftlichen Kontext zu verstehen, innerhalb dessen Geschlechterbilder und die dazugehörenden Körper festgelegt werden. Dementsprechend zeigte eine Untersuchung von Testa et al. (2017) die Relevanz von Gender (Non)Affirmation. Dieses Konstrukt bezieht sich darauf, inwieweit Transpersonen in sozialen Interaktionen entsprechend ihrer Geschlechtsidentität wahrgenommen und behandelt werden, ob sie beispielsweise mit dem richtigen Pronomen benannt werden oder problemlos die Damen- oder Herrentoilette benutzen können. In der Studie zeigte sich, dass die Zusammenhänge zwischen geschlechtsangleichenden Maßnahmen und verbesserter Körperzufriedenheit größtenteils über verringerte Nonaffirmation mediiert waren. Qualitative Studien verdeutlichen die Relevanz dieses Konzeptes für die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Formen von Diskriminierung und Marginalisierung mit gestörtem Essverhalten und Körpermodifikationsstrategien (Gordon et al., 2016; Sevelius, 2013). Eine ebenfalls qualitative Untersuchung von McGuire et al. (2016) zeigte, dass ein positives Körperbild für Transpersonen mit sozialer Akzeptanz und Selbstakzeptanz zusammenhängt, ein negatives hingegen mit sozialen Stress und Selbstkritik. Quantitative Untersuchungen können dieses Bild bestätigen: Stigmatisierung und mangelndes Zugehörigkeitsgefühl zeigten bei Transpersonen einen indirekten Zusammenhang mit Essstörungssymptomatik, der über eine empathische Haltung sich selbst gegenüber (Self-Compassion) vermittelt ist (Bell et al., 2019). Watson et al. (2017) identifizierten Diskriminierung und Belästigung als Risiko für gestörtes Essverhalten, sowie verschiedene Formen sozialer Unterstützung als Schutz. Es kann also davon ausgegangen werden, dass Minderheiten-Stress für gestörtes Essverhalten relevant ist. Ähnlich den Ergebnissen zu lesbischen und bisexuellen Frauen fanden Brewster et al. (2019) einen direkten Effekt von Objektivierung und Diskriminierung auf Internalisierung von Schönheitsnormen und gestörtes Essverhalten bei Transfrauen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass zum einen ein besseres Verständnis der Zusammenhänge zwischen Geschlechtsidentität, Körperbezug und gestörtem Essverhalten in Psychologie und Medizin notwendig ist, aber vor allem gesellschaftliche Akzeptanz und Normalisierung von geschlechtlicher Diversität. Berichte über Schwierigkeiten und negative Erfahrungen von Transpersonen mit Essstörungen in der Behandlung unterstreichen die Notwendigkeit hierfür auch in der klinischen Praxis (Duffy et al., 2019; Wagner & Stevens, 2017).

II.4.4. Diskussion

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Befunde zu Essstörungen bei Personen mit trans- oder nicht-binärer Geschlechtsidentität und homo- oder bisexueller Orientierung darauf hinweisen, dass Auseinandersetzungen mit Geschlechterbildern, geschlechtsspezifische Erfahrungen, sowie Erfahrungen von Diskriminierung und Ausgrenzung aufgrund der Nichtentsprechung normativer Vorstellungen von Geschlechtlichkeit und Sexualität, von entscheidender Bedeutung für negatives Körpererleben und gestörtes Essverhalten sind. Die Zusammenhänge können dabei keineswegs als geklärt angesehen werden und bedürfen weiterer Forschung. Unterschiede im Erleben von homo- und bisexuellen Personen weisen darauf hin, dass eine differenziertere Betrachtung des Spektrums geschlechtlicher Diversität aufschlussreich sein könnte. Beispielsweise sind Intergeschlechtlichkeit oder Asexualität in der Forschung nicht präsent. Empirische Befunde zu ätiologischen Annahmen deuten auf ein Zusammenspiel von sozialen Erfahrungen, intrapsychischer Verarbeitung und Körperbezug hin. Auch hier könnte eine Anwendung der Embodiment Theory aufschlussreich sein, um diese Prozesse in einer entwicklungspsychologischen Perspektive zu integrieren. Der Fortschritt im Verständnis, der in den letzten Jahren erreicht wurde, spricht für die Relevanz von qualitativen Arbeiten wie der von Ålgars et al. (2012) für die Generierung neuer Perspektiven, sowie für die Relevanz eines angemessenen Verständnisses von Geschlecht als komplexes und diverses Konstrukt.

II.5. Fazit und Fragestellung

In diesem Kapitel wurden gängige theoretische und empirische Zugänge zum Verständnis von Essstörungen, sowie feministische Theorien und darauf aufbauende psychologische Modelle vorgestellt. Vieles spricht dafür, dass Geschlecht von großer Relevanz für das Verständnis von Essstörungen ist. Dennoch beschäftigen sich die gängigen Modelle und Forschungslinien selten mit diesem Zusammenhang. Psychologische Modelle, die feministische Theorien aufgreifen und psychologisch ausarbeiten, stellen aufgrund ihres gesellschaftstheoretischen Verständnisses von Geschlecht und Körper eine Bereicherung für soziokulturelle Modelle dar, die sonst in erster Linie auf die Vermittlung von Schönheitsnormen fokussieren. Dennoch werden diese Arbeiten wenig rezipiert und sind in der deutschsprachigen Literatur kaum präsent. Weitere empirische Überprüfung ihrer

Annahmen und Anwendbarkeit ist daher sinnvoll. Die vorgestellten feministischen Theorien beziehen sich auf cisgeschlechtliche Frauen und scheinen implizit von Heterosexualität auszugehen. Der Stand der Forschung zu Essstörungen bei Männern zeigt, dass Geschlecht auch dort von großer Relevanz ist, wenn auch auf andere Weise. Zudem scheinen spezifische soziokulturelle Dynamiken für Menschen mit homo- und bisexueller Orientierung und transgeschlechtlichen Identitäten wirksam zu sein und ein hohes Risiko für Essstörungen hervorzubringen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Essstörungen und Geschlecht und orientiert sich dabei an folgenden Prinzipien:

- Die Perspektiven einer diversen Gruppe von Personen, die ehemals von klinisch relevanter Essstörungssymptomatik betroffenen waren, sollen für die psychologische Forschung sichtbar und nutzbar gemacht werden.
- Es sollen sowohl Erkenntnisse der Psychologie als auch feministischer Theorie und Geschlechterforschung genutzt werden, was sich unter anderem in der Anwendung eines komplexen und diversen, sorgfältig explizierten Modells von Geschlecht zeigt.
- Es sollen geschlechterübergreifende Erkenntnisse erarbeitet werden, die Unterschiede und gemeinsame Prinzipen im Zusammenhang zwischen Essstörungen und Geschlecht bei Menschen mit unterschiedlicher Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung aufzeigen.
- Der Fokus liegt dabei nicht nur auf der Relevanz von Geschlecht für die Ausbildung von Essstörungen, sondern insbesondere auf Auseinandersetzungsprozessen mit Geschlechterbildern und geschlechtsspezifischen Erlebens- und Verhaltensweisen, die für den Prozess der Überwindung bzw. Gesundung von der Essstörung relevant waren. Es wird also eine ressourcen- und lösungsorientierte Perspektive eingenommen.

III. Forschungsprozess und Methoden

III.1. Methodologie und Forschungsdesign

Wie im vorherigen Kapitel herausgearbeitet wurde, sprechen viele Befunde für die Relevanz von Geschlecht für Essstörungen, ohne dass die Zusammenhänge bisher ausreichend verstanden sind. Angesichts des Verbesserungsbedarfs von Behandlungsmethoden stellt sich die Frage, inwiefern Auseinandersetzungen mit geschlechtsspezifischen Erfahrungen oder Vorstellungen von Geschlecht für das Erleben einer Essstörung und den Prozess der Gesundung relevant sind. Um neue theoretische Perspektiven und empirisch begründete Hypothesen über diese Zusammenhänge zu generieren, ist ein qualitatives Forschungsdesign mit Fokus auf Theoriegenerierung notwendig.

Diesem Anliegen entsprechend wurde das Verfahren der Grounded Theory (Corbin & Strauss, 2008; Glaser & Strauss, 1967, 2010) gewählt[6], welches einen Forschungsprozess beschreibt, durch den relevante Kategorien zur Erklärung des untersuchten Gegenstandes und ihre Zusammenhänge induktiv bzw. abduktiv[7] aus systematisch erhobenen Daten herausgearbeitet und zu einem Theoriegefüge integriert werden. Als empirische Daten wurden die Erfahrungen ehemals von Essstörungen betroffener Personen mittels qualitativer Interviews erfasst. Grounded Theory ermöglicht es, die subjektiven Konzepte nachzuvollziehen, welche in den Erzählungen der Befragten relevant sind, gleichzeitig jedoch auch von ihnen zu abstrahieren. Damit entspricht das Verfahren dem Anliegen, die

[6] Die Grounded Theory Methodologie geht auf die gemeinsame Arbeit von Glaser und Strauss (1967) zurück, wurde aber von den beiden Autoren und ihren Kolleg_innen zu jeweils unterschiedlichen Forschungsstilen weiterentwickelt. Diese Arbeit richtet sich nach dem von Corbin und Strauss (2008) beschriebenen Forschungsstil und seinen Methoden. Zum tieferen Verständnis der erkenntnistheoretischen Grundlagen wurde insbesondere Strübing (2008), sowie die konstruktivistische Perspektive nach Charmaz (2006) hinzugezogen. Aus Breuer et al. (2010) wurden zudem Techniken der Selbstreflektion im Forschungsprozess entnommen.

[7] Glaser & Strauss (1967, 2010) betonten ursprünglich den induktiven Charakter der Kategorienentwicklung, da die Kategorien nicht deduktiv aus theoretischen Vorannahmen abgeleitet und ihr Vorkommen dann im Datenmaterial geprüft werden, sondern aus den Daten heraus „emergente Kategorien“ (Glaser & Strauss, 2010, S.54) entwickelt werden sollen. Da der Prozess der Kategorienbildung jedoch auch das Bilden vorläufiger Hypothesen und deren Prüfung am Datenmaterial – und damit deduktive Elemente – umfasst, kann er passender als abduktiver Prozess beschrieben werden, bei dem induktive und deduktive Elemente zyklisch aufeinander bezogen werden (vgl. Strübing, 2008, S.44ff).

Perspektiven ehemaliger Betroffener ernst zu nehmen und für die Psychologie nutzbar zu machen. Erfahrung mit und theoretisches Wissen über den Forschungsgegenstand, die Forschende mitbringen, erleichtern im Sinne einer theoretischen Sensibilität (Glaser & Strauss, 2010, S.62) den Zugang zum und das Verständnis des Gegenstandes, legen jedoch nicht den Rahmen für die Interpretation der Daten fest: „Sensitizing concepts and disciplinary perspectives provide a place to *start*, not to *end*“ (Charmaz, 2006, S.17). Da diese Arbeit durch eine große Bandbreite an bestehenden Theorien informiert ist, ohne in jeweils einer Theorie bereits ein zufriedenstellendes Erklärungskonzept für die Fragestellung gefunden zu haben, bietet Grounded Theory die Möglichkeit, offen für inhaltliche Zusammenhänge zu bleiben, die sich möglicherweise, aber nicht notwendigerweise, in unterschiedlichen Theorien wiederfinden.

Da die Analyse mit Grounded Theory sich stark auf die Ebene inhaltlicher Aussagen bezieht, wurde zur Feinanalyse darüber hinaus das Verfahren des Voice Centered Listening (Brown et al., 1988; Gilligan et al., 2003) hinzugezogen, welches auf die Analyse komplexer psychologischer Prozesse zugeschnitten ist. Diese Kombination lässt sich als Triangulation auf Ebene der Methoden innerhalb der Grounded Theory Methodologie beschreiben und wird an späterer Stelle genauer erläutert.

Da sich Grounded Theory als Methodologie nicht nur auf spezifische Methoden der Datenauswertung, sondern auf den gesamten Forschungsprozess bezieht, wird die Methodologie hier zu Beginn kurz umrissen. Zentrale Konzepte sind dabei die Methode des ständigen Vergleichens sowie das theoretische Sampling, welche gemeinsam den iterativ-zyklischen Forschungsprozess der Grounded Theory auszeichnen:

Der Forschungsprozess baut auf dem Prinzip des ständigen, fortlaufenden Vergleichs von inhaltlichen Konzepten innerhalb und zwischen verschiedenen Fällen oder Vergleichsgruppen auf, welche in dieser Arbeit aus Interviews mit unterschiedlichen Personen bestehen. Durch diese Vergleichsprozesse werden relevante inhaltliche Konzepte herausgearbeitet und zu Kategorien mit bestimmten Eigenschaften und Zusammenhängen untereinander entwickelt. Die Grounded Theory Methodologie sieht ein sogenanntes theoretisches Sampling vor, bei dem theoriegeleitet entschieden wird, welche Daten bzw. Vergleichsfälle als nächstes in die Analyse mit einbezogen werden sollten, um die im Entstehen begriffenen Kategorien weiterzuentwickeln. Sinnvolle Vergleiche ergeben sich theoriegeleitet sowohl aus der Fragestellung und dem Vorwissen heraus, als auch aus dem aktuellen Stand der Auswertung. Dieser Ablauf lässt sich als ein iterativ-zyklischer Forschungsprozess (Strübing, 2008, S.30) beschreiben: Es wird schrittweise neues

Datenmaterial einbezogen, analysiert und mit den bisherigen Daten und den aus ihnen gewonnenen vorläufigen Schlussfolgerungen verglichen. Dadurch ergibt sich eine konstante Überprüfung und Anpassung vorläufiger Schlussfolgerungen, durch die eine in den Daten begründete Theorie entwickelt wird. Die aus dem jeweiligen Vergleichsprozess entstehenden Hypothesen oder Fragen bilden die Grundlage für die Entscheidung, welche neuen Daten im nächsten Schritt einbezogen werden sollen. Durch den zyklischen Ablauf dieses Prozesses wird immer wieder zu verschiedenen Schritten der Kategorienbildung und der Datenerhebung bzw. -auswahl zurückgekehrt. Daher wurden im Forschungsdesign dieser Arbeit mehrere Datenerhebungsphasen geplant und umgesetzt. Mit dem Einbezug immer unterschiedlicherer Fälle im Rahmen des theoretischen Samplings wachsen die inhaltliche Ausgestaltung sowie das Abstraktionsniveau der Kategorien und wird der Geltungsbereich der entstehenden Theorie festgelegt. Im Laufe des Forschungsprozesses wurden in dieser Arbeit Interviews mit 14 Personen geführt, hinsichtlich relevanter Konzepte und Zusammenhänge miteinander verglichen, und ein Gesamtmodell auf der Grundlage gemeinsamer Kategorien erarbeitet.

Hinsichtlich der Validität qualitativer Forschungsverfahren besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass die aus der quantitativen Forschung bekannte Trias aus den aufeinander aufbauenden Gütekriterien von Objektivität, Reliabilität und Validität nicht einfach übertragen werden kann, da den Forschungsrichtungen unterschiedliche erkenntnistheoretische Prinzipien zugrunde liegen (vgl. ausführliche Darlegung bei Strübing, 2008, insbesondere S.79ff). Wie auch die Richtlinie der American Psychological Association (APA) zur Darstellung qualitativer Forschungsarbeiten anerkennt, liegt die Validität qualitativer Forschung vielmehr im iterativen Prozess der qualitativen Analyse (APA, 2020, S.3), bei dem vorläufige Schlussfolgerungen immer wieder am Datenmaterial geprüft werden. Laut Strübing (2008) ist die detaillierte Dokumentation dieses Prozesses daher als externe Güteprüfung wichtig, weshalb das methodische Vorgehen in diesem Kapitel ausführlich dargelegt wird und auch bei der Ergebnisdarstellung zum Teil auf den Entstehungsprozess der Kategorien Bezug genommen wird. Maxwell (2013) verweist auf die Wichtigkeit, schon bei der Planung des Forschungsprozesses sogenannte „validity threats“ (Maxwell, 2013, S.123), also Hindernisse für die Validität der aus der Forschung abgeleiteten Schlussfolgerungen (wie z.B. Vorannahmen der Forschenden oder die Beeinflussung der Teilnehmenden) zu antizipieren und ihnen mit bestimmten Strategien zu begegnen. Anstatt an dieser Stelle empfohlene Strategien aufzulisten, wird im Verlauf dieses Kapitels immer wieder mit eingerahmten Textstellen kenntlich gemacht, an welchen Stellen im Forschungsprozess Maßnahmen zur Sicherung der Validität vorgenommen wurden. Dabei wird sich auf die APA-

Richtlinie (APA, 2020), sowie die Ausführungen zu Validität in qualitativen Forschungsdesigns von Maxwell (2013) und, mit speziellem Bezug auf Grounded Theory, von Strübing (2008) bezogen. Hinsichtlich selbstreflexiver Techniken in der Grounded Theory wird zudem auf Breuer et al. (2010) verwiesen.

III.2. Sample

Für die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Essstörungen und Geschlecht liegt es nahe, im Sinne des theoretischen Samplings die Perspektiven von Personen mit unterschiedlichem Geschlecht zu vergleichen, sowie mit unterschiedlicher sexueller Orientierung, da der Stand der Forschung nahelegt, dass sexuelle Orientierung hier relevant ist. Theoretisches Sampling meint zum einen die Erhebung neuen Datenmaterials, also das Führen eines neuen Interviews, wenn auf Grundlage bereits ausgewerteter Interviews entschieden wird, dass eine bestimmte Perspektive als Vergleich benötigt wird. Zum anderen bezieht sich theoretisches Sampling auf die Entscheidung, zu welchem Zeitpunkt welche Daten in die Analyse mit einbezogen werden. Dadurch wird es möglich, bei der Datenerhebung pragmatisch vorzugehen und Interviews zu führen wenn sich die Möglichkeit dazu bietet, und später zu entscheiden, ob und wann diese Daten gebraucht werden. Gleichzeitig wurden von Anfang an mehrere Erhebungsphasen im Laufe des Forschungsprozesses geplant, um die Möglichkeit zu haben, gezielt bestimmte Perspektiven zu erheben, die sich im Forschungsprozess als wichtig herausstellen.

Der Forschungsfrage entsprechend wurde eine sehr spezifische aber gleichzeitig möglichst diverse Gruppe von Teilnehmenden angestrebt, was einen sehr aufwändigen und schwierigen Prozess nötig machte, wie im Abschnitt III.2. genauer ausgeführt wird.

Dies entspricht dem Valditätskriterium der „rich data“ (Maxwell, 2013, S.126) bzw. „*adequacy* of the data in terms of its ability to capture forms of diversity most relevant to the question, research goals, and inquiry approach“ (APA, 2020, S.3).

Teilnahmekriterien

Das Hauptkriterium für die Teilnahme stellte eine in der Vergangenheit vorhanden gewesene, klinisch relevante Symptomatik entsprechend der diagnostischen Kriterien für Anorexie oder Bulimie dar (siehe Theoriekapitel I.1.). Teilnehmende sollten jedoch zum Zeitpunkt des Interviews nicht mehr akut betroffen sein, sodass sie in der Lage waren, die Essstörung als etwas in der Vergangenheit Liegendes zu betrachten, über das sie mit einer gewissen Distanz berichten können. Dieses Kriterium wurde aus folgenden ethischen und pragmatischen Gründen etabliert: In die tiefe gehende Gespräche über das eigene Erleben bezüglich der Essstörung und der damit zusammenhängenden Entwicklungsgeschichte können aufwühlend und belastend sein. Gleichzeitig bietet der Forschungskontext kaum Möglichkeiten, bei den Interviewten entstandene Belastungen aufzufangen. Es sollte nicht das Risiko eingegangen werden, zu einer Verschlimmerung einer noch bestehenden Essstörungssymptomatik beizutragen. Zudem liegt der Fokus der Fragestellung auf dem Prozess der Gesundung bzw. Überwindung der Essstörung, sodass Interviewte diesen bereits weitgehend durchlebt haben sollten, um darüber berichten zu können.

Beim Führen der ersten Interviews zeigte sich, dass Beschreibungen der Essstörungssymptomatik nur bedingt zielführend waren, um das Kriterium der ehemals vorhanden gewesenen, nun aber nicht mehr akut vorliegenden Essstörungssymptomatik zu bestätigen. Beschreibungen der konkreten Symptomatik (z.B. welche Lebensmittel waren tabu, wie genau sah ein Essanfall aus) können unter Umständen im Interview viel Zeit einnehmen, ohne für die Fragestellung wichtige Informationen zu enthalten. Daher wurde die deutsche Version des Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q; (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006) als quantitatives Verfahren hinzugenommen, um Kennwerte zu erfassen, die eine objektivere Einschätzung und einen Vergleich der Schwere der Symptomatik ermöglichen.[8] Der EDE-Q eignet sich als Screeningverfahren für Essstörungssymptomatik und wurde von den Teilnehmenden jeweils retrospektiv für die akute Zeit ihrer Essstörung und für die aktuelle Situation ausgefüllt. Zusätzlich zu einem Kennwert zur Einschätzung der Schwere der Essstörungssymptomatik erfasst der EDE-Q auch Angaben zu Binge-Purging-Symptomatik und Gewicht.

Da die Notwendigkeit für dieses Zusatzverfahren erst im Laufe des Forschungsprozesses deutlich wurde, liegen die EDE-Q Werte für 10 von 14 Fällen vor. In

[8]Der Abgleich bzw. die Triangulation von unterschiedlichen Datenquellen wird als Strategie zur Erhöhung der Validität angesehen, ebenso wie das Offenlegen von im Forschungsprozess begründeten Veränderungen in Datenerhebungsstrategien. Jedoch handelt es sich hier nicht um Daten, die wesentlich für die Ergebnisse der Arbeit sind, sondern um Daten, welche die Voraussetzungen, von denen im Untersuchungsdesign ausgegangen wird, sicherstellen.

diesen 10 Fällen lag der retrospektive EDE-Q Gesamtwert zwischen 3.28 und 5.73, mit einem Mittelwert von *M* = 4.60 (*SD* = 0,78). Der aktuelle EDE-Q Gesamtwert lag zwischen 0.05 und 1.33, mit einem Mittelwert von *M* = 0.64 (*SD* = 0.40). Hierfür stehen in der deutschen Version des EDE-Q Vergleichswerte zur Verfügung: Hilbert und Tuschen-Caffier (2006) berichten als Vergleichswerte eines Samples mit Anorexie (*N* = 105) einen Gesamtmittelwert von *M* = 3.81 (*SD* = 1.43), eines Samples mit Bulimie (*N* = 55) einen Gesamtmittelwert von *M* = 3.18 (*SD* = 1.57) und eines Samples ohne Essstörung (*N* = 409) einen Gesamtmittelwert von *M* = 1.44 (*SD* = 1.22). Die Interviewten beschrieben also ihre Essstörungssymptomatik retrospektiv als stärker ausgeprägt als die Vergleichsgruppen mit anorektischer und bulimischer Symptomatik des EDE-Q. Die aktuelle Symptomatik beschrieben sie hingegen als noch weniger stark ausgeprägt als die gesunde Vergleichsgruppe des EDE-Q. In allen Fällen war der retrospektive Gesamtwert größer als der aktuelle Gesamtwert, wobei die Differenz dieser Werte in den einzelnen Fällen mindestens 3 betrug. Keine der Interviewten berichtete zum aktuellen Zeitpunkt klinisch relevante Binge-Purging-Symptomatik oder Untergewicht (BMI < 18.5). Retrospektiv wurde in 5 von 10 Fällen klinische relevante Binge-Purging-Symptomatik und in 8 von 10 Fällen Untergewicht berichtet. Somit kann das Kriterium der in der Vergangenheit vorhanden gewesenen, klinische relevanten Essstörungssymptomatik, die aktuell jedoch nicht mehr vorliegen soll, durch die Ergebnisse des EDE-Q bestätigt werden.

Selbstverständlich ist eine retrospektive Erfassung solcher Kennwerte nicht unproblematisch. Es wäre denkbar, dass die Interviewten die Symptomatik retrospektiv stärker bewerten. Hinsichtlich der sehr niedrigen Werte für die aktuelle Symptomatik wäre es denkbar, dass die Interviewsituation einen Effekt sozialer Erwünschtheit produziert hat, da erwartet wurde, dass die Interviewten aus der Position einer Person heraus berichten, die ihre Essstörung überwunden hat. Alternativ wäre auch denkbar, dass die Personen, die an dieser Studie teilgenommen haben, sich aufgrund ihrer früheren Schwierigkeiten mehr mit ihrem Essverhalten und ihrem Körperbild beschäftigt haben und daher nun niedrigere Werte berichten als Personen aus einer Kontrollgruppe ohne Essstörungen.

Ob die Essstörung diagnostiziert und behandelt wurde, stellte kein Kriterium dar, weil eine möglichst große Offenheit bezüglich Erfahrungen und Umgangsformen mit Essstörungen angestrebt wurde. Teilnehmende sollten mindestens volljährig (18 Jahre) sein und das Interview auf Deutsch führen können. Hinsichtlich Geschlecht und sexueller Orientierung wurde ein möglichst diverses Sample angestrebt. Im Rahmen des theoretischen Samplings wurden auf Grundlage des Geschlechts und der sexuellen Orientierung der zu einem

bestimmten Zeitpunkt bereits interviewten Personen gezielt nach Personen mit anderen Identitäten gesucht. Dieser Prozess wird im folgenden Abschnitt näher beschrieben.

Kontaktaufnahme und Fallauswahl

Teilnehmende wurden über einen schriftlichen Aufruf angesprochen, in dem das wissenschaftliche Anliegen des Projektes kurz vorgestellt wurde, um zur Teilnahme zu motivieren, sowie die Teilnahmebedingungen. Der Aufruf wurde im deutschsprachigen Raum über verschiedene Kanäle geteilt, z.B. über verschiedene Mailinglisten, Aushänge an Hochschulen, z.T. auch über private Postings in sozialen Medien. Interessierte konnten sich per E-Mail melden um Fragen zu klären und einen Interviewtermin zu vereinbaren.

Aus der ersten Verbreitung des Aufrufs entstanden neun Interviewkontakte. Alle Teilnehmenden der ersten Interviewphase waren cisgeschlechtliche Frauen, die ihre wichtigen romantischen Beziehungen mit Männern führten, jedoch zum Teil auch bisexuell orientiert waren bzw. sexuelles Interesse an Frauen hatten.

Um mehr Diversität herstellen zu können, wurden in einem nächsten Schritt gezielt Vereinigungen und Initiativen für queere bzw. transgeschlechtliche Menschen kontaktiert und um Unterstützung für das Projekt gebeten. Leider existiert eine zum Teil noch fortdauernde Geschichte medizinischer und psychologischer Pathologisierung von Personen, die nicht der zweigeschlechtlichen und heterosexuellen Normvorstellung entsprechen. Negative Erfahrungen im Kontakt mit Ärzt_innen oder Psycholog_innen sind keine Seltenheit. Bei den Kontaktaufnahmen wurde wiederholt rückgemeldet, dass dementsprechend in großen Teilen der Communities Misstrauen bzw. ein Motiv zum Selbstschutz gegenüber Forschenden aus diesen Fachbereichen besteht, vor allem wenn sie nicht selbst der angefragten Personengruppe angehören und diesen Erfahrungshintergrund daher nicht teilen. Aus diesem Grund wurde in den Anfragen viel Wert darauf gelegt, Anliegen und Vorgehen des Projektes sehr transparent zu machen und eine große Offenheit bezüglich der Person der Forschenden und ihrer Positionierung bezüglich geschlechtlicher Diversität an den Tag zu legen. Obgleich einige der angeschriebenen Initiativen Offenheit gegenüber dem Projekt ausdrückten, entstanden auf diesem Weg keine neuen Interviewkontakte, und viele reagierten gar nicht auf die Anfrage. Das Projekt erhielt jedoch Unterstützung vom Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP*[9]). Daraus ergab sich ein weiterer Interviewkontakt.

Um (cis-)männliche Teilnehmer zu erreichen wurde der Aufruf durch die Fachschaft einer Universität der Künste verbreitet, an der auch Fächer wie Tanz oder Schauspiel

[9]https://vlsp.de/

unterrichtet werden, in denen aufgrund der Körperbetontheit auch Männer einem relativ hohen Risiko, Essstörungen zu entwickeln, ausgesetzt sind (siehe Theoriekapitel II.3.). Daraus ergaben sich fünf neue Interviewkontakte, jedoch keine mit männlichen Personen.

Im nächsten Schritt wurde der Aufruf nicht mehr nur in spezifischen Kontexten verbreitet, sondern auch der Aufruftext so angepasst, dass nur noch männliche Teilnehmer sowie Teilnehmende aus dem LGBTIQ Spektrum angesprochen wurden mit dem Hinweis darauf, dass schon viele Interviews mit cisgeschlechtlichen und heterosexuellen Frauen geführt wurden. Durch die Verbreitung über eine große deutschsprachige Mailingliste mit mehreren Tausend Mitgliedern konnten zwei Interviewkontakte hergestellt werden. Weitere Aushänge der spezifizierten Aufrufe an Hochschulen brachten keine neuen Kontakte.

Aufgrund der Schwierigkeiten wurde eine online-Präsenz für das Forschungsprojekt erarbeitet, auf der ausführlich über das Projekt und die Teilnahme informiert wurde. Es wurden Annoncen in Zeitungen aufgegeben, die für Teilnahme warben und auf die Homepage verwiesen, die eine niedrigschwellige Möglichkeit bot, sich bei Interesse weiter zu informieren und Kontakt aufzunehmen. Zudem wurde noch einmal über die bereits erwähnte Mailingliste auf das Projekt aufmerksam gemacht. Auch in diesem Schritt wurden speziell männliche Personen und Menschen aus dem LGBTIQ Spektrum angesprochen. Es ergaben sich Kontakte zu fünf Personen.

Zudem wurden gezielt zwei große Therapiezentren angeschrieben, woraus sich jedoch keine neuen Kontakt ergaben.

Bei den beschriebenen Interviewkontakten gab es insgesamt acht Fälle, in denen kein Interview geführt wurde: Ein Interview kam aufgrund sehr schwieriger Terminfindung und weit entfernten Wohnortes der Person nicht zu Stande, ein weiteres wurde nicht geführt, nachdem sich herausstellte, dass es Überschneidungen im persönlichen Umfeld von Teilnehmerin und Forscherin gab. Bei zwei Personen brach der Kontakt wieder ab, bevor ein Interview geführt wurde. Zwei Interviews wurden nicht geführt, da die Interessierten noch akut von ihrer Essstörung betroffen waren und in zwei Fällen entsprachen die Interessierten nicht den Kriterien für Geschlecht und sexuelle Orientierung, die im Verlauf der Suche spezifiziert wurden.

Beschreibung des Samples

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Personen, mit denen Interviews geführt wurden. Die sehr unterschiedlichen Bezeichnungen zur sexuellen Orientierung spiegeln sowohl die Diversität des Samples als auch die Tatsache wieder, dass Teilnehmende sich oft selbst keinem klaren Label zugeordnet haben. Es wurde daher versucht, die

Beschreibungen der Person über ihre sexuelle Orientierung so gut wie möglich wiederzugeben. Hinsichtlich der Geschlechtsidentität konnte leider nur eine eingeschränkte Diversität erreicht werden. Trotz der oben beschriebenen Bemühungen konnte kein Interview mit einem männlichen Teilnehmer geführt werden und nur jeweils ein Interview mit einer trans-weiblichen und mit einer nicht-binären Person. Der Großteil der Teilnehmenden lässt sich also als cis-weiblich beschreiben, wobei manche dieser Teilnehmenden auch beschreiben, das Label „Frau“ für sich zwar in Ordnung oder am ehesten passend zu finden, aber auch Auseinandersetzungprozesse damit zu haben.

Übersicht Teilnehmende

Deckname	**Alter**	**Geschlechtsidentität**	**Sexuelle Orientierung**
Johanna	29	cis-weiblich	heterosexuell
Susanne	20	cis-weiblich	queer/bisexuell
Henrietta	21	cis-weiblich	heterosexuell
Sarah	31	cis-weiblich	Beziehungen mit Männern, seltenes sexuelles Interesse an Frauen
Mira	20	cis-weiblich	heterosexuell, auch sexuelle Erfahrungen mit Frauen
Blanca	49	cis-weiblich	Beziehungen mit Männern
Maxi	23	cis-weiblich (aber Auseinandersetzungs-prozess damit)	Früher auf Männer bezogen, aber auch Interesse an Personen mit anderen Geschlechtern
Hanna	33	cis-weiblich	heterosexuell lebend, aber auch andere Erfahrungen
Amy	38	trans-weiblich	Beziehungen mit Frauen
Estelle	32	nicht-binär	vorwiegendes Interesse an Frauen
Eva	21	cis-weiblich	kein romantisches oder sexuelles Interesse / asexuell
Daria	28	cis-weiblich	heterosexuell
Kim	26	cis-weiblich (als pragmatisches Label)	lesbisch/queer
Charlie	29	cis-weiblich	lesbisch/queer

Alle Teilnehmenden haben eine angefangene oder abgeschlossene Hochschulausbildung. Bei den meisten hat mindestens ein Elternteil ebenfalls studiert, zwei Teilnehmerinnen berichten jedoch auch, als erste in der Familie Abitur gemacht und studiert zu haben. 9 der 14 Teilnehmer_innen äußerten entweder ein explizites Interesse an dem Zusammenhang zwischen Essstörungen und Geschlecht, welches sie zur Teilnahme motiviert hat, und/oder eine eigene Beschäftigung mit dem Themenbereich Geschlecht und Sexualität im Studium oder aus persönlichem Interesse. Dies ist insofern nicht verwunderlich, dass gezielt nach Personen aus dem LGBTIQ Spektrum gesucht wurde und eine Selbstverortung als LGBTIQ meist auch mit einer gewissen Auseinandersetzung mit Geschlecht und Sexualität einhergeht. Es wurde sich um einen möglichst freundlichen, vertrauens- und respektvollen Umgang mit den Teilnehmer_innen bemüht, um eine gute Grundlage für das Interview zu schaffen. Die Teilnehmenden bekamen keinerlei Vergütung oder Entschädigung für die Teilnahme. Viele Teilnehmende meldeten im Nachhinein rück, das Interview als gute Erfahrung erlebt zu haben.

III.3. Interviews

Ablauf narrativer Interviews

Um den Teilnehmenden möglichst uneingeschränkten Raum zur Darlegung ihrer Perspektiven zu geben, wurde mit narrativer Interviewtechnik nach Glinka (2016) gearbeitet. Narrative Interviews zeichnen sich dadurch aus, dass ein möglichst offenes Erzählen angeregt werden soll: Die interviewte Person kann (und muss) demnach selbst entscheiden, was hinsichtlich der Fragestellung zentral und wichtig ist und ihre eigenen Erlebensweisen und Deutungsmuster einbringen.

Narrative Interviews bestehen aus mehreren Phasen (Glinka, 2016, S.12ff). Vorab erfolgt die sogenannte Aushandlungsphase, in der sowohl der Ablauf des Interviews als auch der Sinn und Zweck des Interviews bzw. der Untersuchung im Ganzen besprochen werden. Auch Informationen zu Vertraulichkeit und Verwendung der Daten wurden dabei ausführlich erläutert. Im Gegensatz zu experimentellen Untersuchungen ist es hier nicht sinnvoll die Teilnehmenden über den Zweck der Studie im Unklaren zu lassen oder gar zu desinformieren. Zu wissen, welchen Zweck die Studie verfolgt, ist oftmals eine wichtige Motivation für die Teilnahme, sowie wichtig für den Aufbau einer offenen und vertrauensvollen Basis zwischen

Forschenden und Befragten. Diese Basis wiederum ist eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass Befragte sich öffnen und möglichst frei ausdrücken können.

Als Einstieg in die Phase der Haupterzählung dient eine einleitende Frage, der sogenannte Erzählstimulus, die durch eine offene Formulierung einen Erzählfluss anregen soll. Diese wurde, nachdem die Wichtigkeit der Perspektiven ehemaliger Betroffener für die Fragestellung des Projekts kurz dargelegt wurde, nach folgender Vorlage gestellt: „Dann bitte ich dich, dich in der Zeit zurückzuversetzen und mir zu erzählen, wie du deine Essstörung erlebt hast und was dabei wichtig war.“ Daraufhin ergab sich in allen Fällen eine recht ausführliche Erzählung, die in der Regel beim Beginn der Essstörung in der Jugend anfängt und mit Einschüben zur Kindheit und Familiensituation den Prozess bis zum aktuellen Zustand beschreibt.

Erst nach dem Ende der Haupterzählung beginnt der Nachfrageteil. Dabei werden zunächst Nachfragen gestellt, die sich auf das Verständnis des Erzählten beziehen oder noch genauere Ausführungen zu bestimmten Stellen und Themen erbitten. Fragen, die sich bereits auf eine Interpretation des Gesagten beziehen oder ganz neue Themen einbringen werden erst am Ende eingebracht, um die Interviewten nicht im Fokus ihrer Erzählungen durch eigene Annahmen zu beeinflussen. Im Nachfrageteil wurde in dieser Arbeit zum einen darauf geachtet, ein schlüssiges Gesamtverständnis der Geschichte der interviewten Person zu erhalten, und zum anderen darauf, dass folgende Themenbereiche besprochen wurden, die für die Fragestellung besonders relevant sind: Erleben des eigenen Körpers und Veränderungsprozesse diesbezüglich, Erleben von Essen und Veränderungsprozesse diesbezüglich, erlebte Relevanz des eigenen Geschlechts, erlebte Relevanz von Sexualität, sowie wenn zutreffend Erleben von therapeutischer Behandlung und Erklärungskonzepten. In der Regel wurden alle diese Bereiche von selbst thematisiert, sodass meist nur Nachfragen nötig waren. Wenn ein Bereich ganz gefehlt hatte, wurde dieser zum Ende des Interviews hin von der Interviewerin angesprochen. Häufige Nachfragen waren beispielsweise: „Du hast folgende Erlebnisse/Prozesse als wichtig beschrieben … Glaubst du, das wäre anders gewesen, wenn du als Junge und nicht als Mädchen (je nach Geschlecht der interviewten Person) aufgewachsen wärst?“ Oder: „Kannst du genauer beschreiben, was es war, das in der Therapie hilfreich für dich war?“.

Geführt wurden die Interviews entweder an einem öffentlichen, aber ruhigen Ort wie z.B. einem Park, in den Räumlichkeiten von Hochschulen oder bei den Interviewten zu Hause. Diese Entscheidung richtete sich nach den Präferenzen der Teilnehmenden, da diese sich möglichst wohl und frei fühlen sollten, um von ihren Erfahrungen zu berichten.

Dieses Vorgehen erfüllt weitere Standards, welche die Qualität der Arbeit und die Validität der Schlussfolgerungen sicherstellen sollen: Die vertrauensvolle Basis und der große Zeitaufwand beim Führen der Interviews trägt zum Gewinn reichhaltiger und adäquater Daten (vgl. APA, 2020, S.3) bei. Die Technik des offenen Fragens zu Beginn und spezifischeren Fragens zum Ende des Interviews soll eine Beeinflussung der Interviewten in ihrem Erzählfokus vermeiden (vgl. Maxwell, 2013, S.124f). Die Interviewten wurden zwar über das Erkenntnisinteresse der Studie (Zusammenhang zwischen Essstörungen und Geschlecht) aufgeklärt, gleichzeitig wurde die Einstiegsfrage jedoch nicht mit einem thematischen Bezug zu Geschlecht gestellt und betont, dass die persönliche Erfahrung der Interviewten und ihre eigene Bewertung dessen, was dabei wichtig war, für die Ergebnisse der Arbeit wichtig sind.

Dokumentation und Transkription

Vor und nach dem Führen eines Interviews wurden Prä- bzw. Postskripte angefertigt (vgl. Breuer et al., 2010). In einem Präskript wird festgehalten, welche Erwartungen und Vorstellung der_die Interviewer_in bezüglich der interviewten Person hat und in welcher Verfassung er_sie selbst in die Interviewsituation geht, da diese die Interviewsituation beeinflussen können. Diese möglichen Einflüsse explizit zu machen ermöglicht einen reflektierteren Umgang mit subjektiven Faktoren. Im Postskript werden Informationen aus der Interviewsituation festgehalten, die von der Tonaufnahme nicht wiedergegeben werden, wie z.B. Körperhaltung oder Mimik der interviewten Person, sowie Hypothesen oder Fragen, die sich in der unmittelbaren Reflexion des Gesprächs auftun und in der späteren Auswertung geprüft werden sollen.

Strukturierte Methoden der Selbstreflexion (APA, 2020) werden zur Qualitätssicherung empfohlen, da die Subjektivität der Forschenden in qualitativen Verfahren nicht eliminiert werden kann, ihr Einfluss jedoch dokumentiert und reflektiert werden sollte (Breuer et al., 2010; Maxwell, 2013). Wird z.B. eine bestimmte Erwartungshaltung der Forscherin gegenüber der interviewten Person festgestellt, kann später das Interviewtranskript auf Stellen geprüft werden, wo diese Erwartungshaltung einflussreich gewesen sein könnte und an ob sich Hinweise auf Inhalte finden, die dieser Erwartung widersprechen, aber möglicherweise aufgrund der Erwartungshaltung weniger beachtet wurden.

Die Interviews wurden als Audiodatei aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Länge der Interviews bewegt sich zwischen 73 und 136 Minuten, mit einem Durchschnitt von 107 Minuten. Die Transkription erfolgt mit dem Programm f4 Transkript[10], welches die

[10]https://www.audiotranskription.de

Transkription durch eine Benutzer_innoberfläche erleichtert, in der Audiodatei und Textdatei integriert sind und das Abspielen der Audiodatei mit verschiedenen Tastenkombinationen modifiziert werden kann.

Die Transkription orientierte sich an den Empfehlungen in Glinka (2016, S.21ff). Um das Lesen der Zitate im Ergebnis- und Interpretationsteil zu erleichtern, werden hier die wichtigsten Zeichen erläutert.

Hinweise zur Transkription

Zeichen	Bedeutung	Beispiel
(.)	kurze Unterbrechung im Redefluss	„und das war schon (.) schwierig.“
(3)	Pause mit Sekundenanzahl	„Ich denke schon, (2) ja.“
/	Bruch im Redefluss bzw. Satzbau	„und das war /ja, für mich war das gut.“
Wort	Betonung	„und das war besonders schwierig“
(Wort)	Anmerkung über Verhalten oder Ton	„… so war das (lacht)“.
(Wort*)… (*)	Anmerkung bezieht sich auf den Abschnitt der mit * markiert wird.	„Und ja, (leiser*) so war das (*).“
((Wort))	Anmerkung mit interpretativem Charakter	„… so war das (lacht ((verlegen))).“

III.4. Auswertung

Im folgenden Unterkapitel wird die Auswertung der Interviews dargelegt. Dafür wurden Methoden der Grounded Theory mit Methoden des Voice Centered Listenings ergänzt.

III.4.1. Methoden der Grounded Theory

Der Auswertungsprozess nach Grounded Theory Methodologie erfolgte nach den Methoden, die von Corbin und Strauss (2008) in ihrer Weiterentwicklung der ursprünglichen Arbeit von Glaser und Strauss (1967) dargelegt wurden. Wie bereits beschrieben zielt die Grounded Theory Methodologie auf die abduktive Herausbildung relevanter Kategorien und

Zusammenhänge durch die Methode des ständigen Vergleiches ab. Mit Kategorien sind hier inhaltliche Konzepte gemeint, die im Auswertungsprozess aus Codes heraus erarbeitet wurden und ein höheres Maß an inhaltlicher Ausdifferenzierung und Abstraktion besitzen als die ursprünglichen Codes. Die konkreten Methoden der vergleichende Analyse bestehen aus verschiedenen Kodier- und Vergleichsprozessen unter schrittweiser Hinzunahme neuen Datenmaterials, die in den nächsten Abschnitten anschaulich erläutert werden. Hinzu kommen das Schreiben von Memos und das Erstellen von Diagrammen, welche über den gesamten Prozess hinweg der Verschriftlichung und Darstellung von Überlegungen und erarbeiteten Zusammenhängen dienen. In der Ergebnisdarstellung im nächsten Kapitel werden Ausschnitte aus Memos zu bestimmten Fällen oder Fallvergleichen einbezogen, da sie den Prozess der Kategorienbildung veranschaulichen. Diagramme wurden sowohl genutzt, um offene Codes zu Kategorien zu verdichten, als auch um die Beziehungen zwischen Kategorien herauszuarbeiten. Das Gesamtmodell, wie es im nächsten Kapitel vorgestellt wird, kann als Endprodukt einer Vielzahl an Diagrammen angesehen werden, die sowohl für einzelne Fälle als auch fallübergreifend erstellt wurden.

Die fortlaufende Verschriftlichung des Analyseprozesses durch Memos und graphische Darstellung von (vorläufig) erarbeiteten Zusammenhängen werden bei Strübing (2008, S.88) als wichtig für die Qualität der Arbeit und die Validität der Schlussfolgerungen benannt. In der Richtlinien der APA für die Darstellung qualitativer Forschungsarbeiten wird empfohlen, darzustellen „that findings are grounded in the evidence“ (APA, 2020, S.3) indem Verschriftlichungen des Forschungsprozesses und Zitate angeführt werden, wie es in der Ergebnisdarstellung im folgenden Kapitel umgesetzt wurde.

Kodierprozesse

Für die Kodierprozesse wurde zum Teil mit dem Computerprogramm Maxqda[11] gearbeitet. Dieses bietet eine Benutzer_innenoberfläche, die das Zuordnen von Codes zum Interviewtext sowie das Ordnen erstellter Codes erleichtert. Um die konkreten Arbeitsschritte zu veranschaulichen und nachvollziehbar zu machen, werden im Folgenden sowohl die Kodierprozesse als auch das theoretische Sampling mit Hilfe konkreter Beispiele beschrieben.

Offenes Kodieren

Der erste Schritt in der Arbeit mit dem Datenmaterial besteht im Prozess des offenen Kodierens: Der transkribierte Text wird kleinschrittig durchgegangen und mit Codes

[11]https://www.maxqda.de/qda-software

versehen, die wiedergeben, worum es in einem Satz oder einer Textpassage geht, d.h. welches inhaltliche Konzept dort verhandelt wird. Dabei gilt es, möglichst offen zu bleiben für die Vielzahl an Inhalten, Themen und deren Auslegungen, die im Text enthalten sein können. Dementsprechend können auch mehrere Codes für eine Stelle vergeben werden.

Im Interview mit Sarah beschreibt diese beispielsweise, während ihrer Pubertät habe ihre Mutter einen sehr „kritischen Blick“ auf sie und ihren Körper entwickelt. Es geht hier um die Erfahrung körperlicher Bewertung, die im Kontext sowohl der Beziehung zur Mutter als auch des Erlebens der Pubertät steht, und daher für unterschiedliche Fragen relevant werden könnte. Entsprechend der Empfehlungen von Charmaz (2006) wird hier der relevante Prozess kodiert, also kritisch bewertet zu werden, und nicht nur Themen wie z.B. Körper oder Pubertät, da diese weniger spezifische Informationen enthalten. Die Bezeichnung „kritischer Blick“ wurde zunächst als sogenannter in-vivo-Code, eine direkt aus dem Text übernommene Code-Bezeichnung, verwendet, da er Sarahs Erleben des bewertet Werdens sehr eindrücklich beschreibt. Durch Vergleiche verschiedener Textpassagen ließ sich feststellen, dass solche Bewertungsprozesse an verschiedenen Stellen des Interviews immer wieder auftauchen und ein wichtiges Thema bilden.

Bereits in der Phase des offenen Kodierens finden Vergleichsprozesse zwischen verschiedenen Textstellen statt, wie im oben stehenden Beispiel zwischen Stellen die ein ähnliches Thema behandeln und für die dann ein passender Code vergeben wird. Vergleichsprozesse können jedoch auch zu einer Ausdifferenzierung von Codes führen, wenn im ersten Schritt ein eher breit gefasster Code für verschiedene Stellen vergeben wurde.

Beispielsweise fielen im Interview mit Eva immer wieder Textstellen auf, die davon handelten, keine Vertrauenspersonen zu haben, mit der sie über ihre Belastungen hätte sprechen können, die mit einem vorläufigen Code „Mangel an Beziehung“ versehen wurden. In Vergleichsprozessen wurde deutlich, dass dieses Thema verschiedene Facetten hatte, z.B. „keine Belastung für Andere sein“ oder „gesehen/gehört werden“. Es wurden also differenziertere, stärker Prozesse beschreibende, offene Codes vergeben, die sich im Laufe der weiteren Auswertung als unterschiedlich relevant herausstellten.

Axiales Kodieren innerhalb eines Falles

Wenn durch den Prozess des offenen Kodierens eine Vielzahl an Codes für inhaltliche Themen und Konzepte des Interviews entwickelt wurden, müssen diese miteinander verglichen werden, um ihre Beziehungen zueinander und ihre Eigenschaften zu untersuchen.

Beispielsweise ist der Code „Kritischer Blick“ im Interview mit Sarah Bestandteil der Beziehung zur Mutter, hat jedoch auch große Ähnlichkeit zu sehr ambivalent empfundenen

Bewertungsprozessen durch fremde Männer, die mit dem in-vivo-Code „Sexualisierung“ gekennzeichnet wurden. Beide kennzeichnen Prozesse der Bewertung von Sarahs Person anhand ihres Körpers. Beide werden von Sarah in einen geschlechtsspezifischen Kontext gerückt, indem sie als frauenspezifisches Erleben und als verknüpft mit bestimmten Vorstellungen von Weiblichkeit verhandelt werden. Beide stellt Sarah zudem in klaren Zusammenhang mit ihrem eigenen negativen Körpererleben und der Kontrolle ihres Essverhaltens. „Sexualisierung“ und „Kritischer Blick“ teilen also Verbindungen zu den Themen Geschlecht und Essstörungssymptomatik und könnten unter „körperliche Bewertung“ zusammengefasst werden. Sie gehören jedoch zu unterschiedlichen sozialen Kontexten und unterscheiden sich in der Art ihres Erlebens. Sie werden daher nicht einfach zusammengefasst, sondern als verschiedene Dimensionen einer vorläufigen, fallspezifischen Kategorie „körperliche Bewertung“ festgehalten. Geteilte Eigenschaften werden zu Eigenschaften der Kategorie, die jedoch unterschiedliche Facetten in unterschiedlichen sozialen Kontexten aufweist.

Durch diese Vergleichsprozesse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden treten also die Eigenschaften der einzelnen Codes deutlicher zu Tage, sodass sie inhaltlich ausdifferenziert werden können. Zudem werden Codes in inhaltliche Beziehungen zueinander gesetzt und wenn sinnvoll zusammengefasst oder hierarchisch geordnet, wodurch Kategorien mit höherem Abstraktionsniveau und ausdifferenzierter inhaltlicher Tragweite entstehen.

Auf diese Art wurden zu Anfang des Auswertungsprozesses jeweils vorläufige Modelle für einzelne Interviews erstellt, die meist aus mehreren Stufen bestanden, da ein Entwicklungsprozess von der Situation zur Zeit der Essstörung zum Jetzt-Zustand nachgezeichnet wurde. Mit fortschreitendem Forschungsprozess und bereits entwickelten zentralen Kategorien (siehe folgender Abschnitt) wurde mehr Fokus auf die Validierung und Ausarbeitung der bestehenden Kategorien durch die Hinzunahme neuer Perspektiven gelegt und weniger auf die Erarbeitung von Einzelfallmodellen.

Die Entwicklung von Modellen, die einen einzelnen Fall in seiner Komplexität widerspiegeln, war hilfreich, um gerade in den ersten Fällen die Offenheit für alle relevanten Kategorien zu behalten und nicht vorschnell auf Textstellen und Codes zu fokussieren, die für die Frage nach der Relevanz von Geschlecht aufschlussreich schienen. Dies entspricht dem Umgang mit einem möglichen „researcher bias“ nach Maxwell (2013, S.124f).

Axiales Kodieren mit verschiedenen Fällen

Der Prozess des Vergleichens von Codes oder vorläufigen Kategorien fand im nächsten Schritt mit dem Datenmaterial mehrerer Interviews, die zuvor für sich kodiert wurden, statt.

So zeigte sich z.B. über verschiedene Interviews hinweg, dass die Befragten verschiedene Arten körperlicher Bewertung bzw. der Bewertung ihrer Person über ihren Körper als relevant herausstellten, die zudem mit Grenzüberschreitungen und Abwertungen unterschiedlicher Art verbunden waren. Daraus wurde die Kategorie „Objektivierung“ abgeleitet, die im Beispiel von Sarah nun die Kategorie „körperliche Bewertung“ mit den untergeordneten Codes „Kritischen Blick“ und „Sexualisierung“ auf einem noch höheren Abstraktionsniveau repräsentiert. Für die Kategorie „Objektivierung“ wurden verschiedene Facetten und Eigenschaften herausgearbeitet, z.B. verschiedene Kontexte in denen Objektivierung erlebt werden kann, deren Übernahme in Form von „Selbstobjektivierung“ und der daraus resultierende „objektivierte Körperbezug“.

Es ergeben sich also über den Vergleich mit mehreren Fällen Kategorien mit einem höheren Abstraktionsgrad und ausdifferenzierten Eigenschaften. Sowohl die ganze Kategorie als auch ihre einzelnen Facetten stehen wiederum in Zusammenhang mit anderen Kategorien, welche sich über verschiedene Interviews hinweg als relevant erwiesen haben. Gleichzeitig werden andere Kategorien fallengelassen, die sich z.B. nur in einem oder wenigen Fällen als relevant herausstellen oder keine wichtigen Beziehungen mit anderen relevanten Kategorien aufweisen. Aus den Beziehungen der Kategorien werden übergreifende Modelle erstellt, aus denen sich die Theorie entwickelt.

Selektives Kodieren

Selektives Kodieren dient der deduktiven Überprüfung und Ausarbeitung von induktiv erarbeiteten Konzepten und Zusammenhängen, indem zurück zum Datenmaterial gegangen wird und gezielt nach relevanten Textstellen gesucht wird. Dies kann z.B. auf Ebene eines Falles geschehen, wenn ein bestimmtes Konzept als relevant erarbeitet wird und dann noch einmal gezielt im Text nach weiteren Textstellen gesucht wird, in denen das betreffende Konzept in unterschiedlichen Zusammenhängen vorkommt, aber auch auf der Ebene mehrerer Fälle, bei denen angenommene Zusammenhänge zwischen Kategorien geprüft werden.

Beim Bilden der übergeordneten Kategorie „Objektivierung“ fiel beispielsweise auf, dass diese in Henriettas Fall über den Code „Mädchen Sein“ mit einem bestimmten subjektiven Konzept von Weiblichkeit in Zusammenhang steht bzw. sogar in eins fällt. Auch in Sarahs Fall war aus dem Erzählkontext deutlich, dass die Codes „kritischer Blick“ und

„Sexualisierung“ mit Geschlecht verknüpft sind, aber ein subjektives Konzept von Weiblichkeit war bisher nicht explizit herausgearbeitet worden. Um dies herauszufinden, wurden Textstellen mit Codes der Kategorie „Objektivierung“ und mit Bezügen zum Thema Geschlecht gezielt gesucht und auf ein mit „Objektivierung“ verknüpftes Konzept von Weiblichkeit hin geprüft.

Je weiter der Auswertungsprozess vorangeschritten ist und je klarer sich die zentralen Kategorien abzeichnen, desto mehr gewinnt der Prozess des selektiven Kodierens an Bedeutung. Die Hinzunahme neuer Fälle kann jedoch auch neue relevante Codes hervorbringen, die dann gegebenenfalls am bereits kodierten Datenmaterial noch einmal geprüft werden.

Theoretisches Sampling

Den Grundsätzen des theoretischen Samplings entsprechend werden Vergleichsfälle sowohl nach dem Prinzip des minimalen als auch des maximalen Kontrastes ausgewählt. In dieser Arbeit wurde mit dem Interview einer cisgeschlechtlichen, heterosexuellen Frau begonnen. Geschlecht und Sexualität waren für diesem Fall wichtige Themen. Vergleichsfälle wurden zunächst nach den Kriterien des minimalen Kontrastes ausgewählt, d.h. Fälle mit einer hohen Ähnlichkeit, um die entstandenen Kategorien zu erweitern und zu validieren. Dementsprechend wurde das Interview mit zwei weiteren Interviews cisgeschlechtlicher Frauen verglichen, die ebenfalls Beziehungen mit Männern führten und Geschlecht und Sexualität häufig thematisierten. Im nächsten Schritt wurden Vergleichsfälle nach den Kriterien maximalen Kontrastes ausgewählt, um zu prüfen, ob die Kategorien auch hier noch relevant sind, verändert werden müssen oder ob ganz neue relevante Kategorien gefunden werden. Als maximaler Kontrast wurde zunächst ein Interview mit einer ebenfalls cisgeschlechtlichen Frau ausgewählt, für die Sexualität jedoch wenig relevant war, da sie daran kein Interesse hatte, und Geschlecht ebenfalls kein inhaltlich präsentes Thema war. Danach wurden diese Perspektiven mit der Perspektive einer transgeschlechtlichen Frau verglichen, deren Auseinandersetzung mit den Thema Geschlecht und Sexualität eine ganz andere war. Auf diese Weise wurde der Prozess des theoretischen Samplings fortgesetzt und Kategorien herausgearbeitet, die auf einem hohen Abstraktionsniveau die Gemeinsamkeiten der Erfahrungen unterschiedlicher Personen integrierten und Unterschiedlichkeit der Fälle gleichzeitig durch inhaltliche Ausdifferenzierung der Kategorien repräsentieren konnten.

Die Auswahl von Teilnehmenden auf diese Art zielt auf eine „konzeptuelle Repräsentativität“ (Strübing, 2008, S.34) ab, das heißt die Erarbeitung von theoretischen Konzepten durch den Einbezug und die theoretische Integration unterschiedlicher Fälle, die

unterschiedliche Varianten eines Phänomens bzw. unterschiedliche Perspektiven darauf enthalten. Dies muss abgegrenzt werden von statistischer Repräsentativität im Sinne der quantitativen Forschungslogik, bei der eine möglichst große und (soweit möglich) zufällig ausgewählte Gruppe an Teilnehmenden angestrebt wird, um die Grundgesamtheit der Personengruppe, auf die sich die Forschung bezieht, möglichst gut zu repräsentieren.

Welche und wie viele neue Fälle einbezogen werden richtet sich nach dem Kriterium der theoretischen Sättigung. Dies bedeutet, dass die zentralen Kategorien inhaltlich ausdifferenziert sind und eine für die Fragestellung angemessene theoretische Tragweite besitzen. Erst wenn durch den Einbezug neuer Fälle kein Erkenntniszuwachs mehr zu erwarten ist, kann von theoretischer Sättigung ausgegangen werden. Beispielsweise zeigte sich in den ersten Interviews, dass die Essstörung unter anderem als funktional erlebt wurde, um die Zuschreibung einer objektifizierten Vorstellung von Weiblichkeit zu verhandeln. In anderen Interviews, die im Laufe des theoretischen Samplings hinzugezogen wurden, wurde die Essstörung ebenfalls als funktional erlebt um geschlechtliche Zuschreibungen zu verhandeln, jedoch auf andere Arten bzw. mit anderen Inhalten. Durch die Vergleiche entstanden verschiedene Unterkategorien, die als Facetten der Kategorie „soziales Verhandeln von Geschlecht“ zugeordnet wurden, bis die Hinzunahme neuer Fälle keine neuen Facetten mehr aufzeigte, sondern ihre fallspezifischen Codes sich gut in die bereits bestehenden Unterkategorien einordnen ließen. Die Überkategorie „soziales Verhandeln von Geschlecht“ wurde daher als theoretisch gesättigt angesehen.

Der Einbezug unterschiedlicher, und vor allem auch negativer Fälle (in dem Sinne, dass sie den vorläufig gebildeten Hypothesen widersprechen) wird von Maxwell (2013) als Kernelement der Validitätsprüfung angeführt, da sie die Forschenden dazu nötigen, die bisherigen Hypothesen in Frage zu stellen und alternative Hypothesen in Betracht zu ziehen. Dies wurde über die Herangehensweise im theoretischen Sampling sichergestellt (vgl. auch Strübing, 2008, S.87f), in dessen Zuge auch gezielt Fälle ausgewählt wurden, bei denen die Interviewten den Themen Geschlecht und Sexualität keine besondere Relevanz zugemessen hatten. Diesen Fällen und ihrer Integration in das entwickelte Modell wird im Ergebnis- sowie im Diskussionsteil besondere Aufmerksamkeit gewidmet, wie es auch in den Richtlinien der APA empfohlen wird (APA, 2020, S.3).

Modellbildung und Validierung

Der Prozess der Auswertung führt über das Verfassen von Memos und Darstellung von vorläufigen Zusammenhängen und Modellen in Diagrammen zur Generierung einer

Theorie bestehend aus den zentralen Kategorien und ihren Zusammenhängen. Corbin und Strauss (2008) entsprechend wurde dieses Modell auf seine logische Stringenz, die ausreichende Ausdifferenzierung aller Kategorien, seine Anwendbarkeit auf alle einbezogenen Fälle und seine Fähigkeit zur Integration oder Erklärung von Ausnahmen und Extremfällen hin geprüft. Jeder dieser Schritte kann eine Rückkehr zu vorherigen Auswertungsschritten notwendig machen, z.B. wenn festgestellt wird, dass eine Kategorie nur oberflächlich erarbeitet wurde oder ein Zusammenhang nicht ganz klar gefasst ist. Das hier entstandene Gesamtmodell gibt mit einen dreiteiligen Aufbau den Entwicklungsprozess von der Entstehung der Essstörung, über das Erleben der Essstörung in der akuten Phase, bis zu den Veränderungsprozessen für die Überwindung der Essstörung wieder. Dabei weisen die Kategorien jedes Abschnittes logisch nachvollziehbare Bezüge sowohl untereinander, als auch zu den Kategorien der anderen Modellabschnitte, auf. Es können nicht alle Kategorien auf alle Fälle angewendet werden, jedoch wird auf diese Fälle in der Ergebnisdarstellung gesondert eingegangen und mögliche Gründe für die Unterschiede werden im Diskussionsteil dargelegt.

Die Modellbildung geschah in dieser Arbeit zunächst auf Grundlage von 11 Fällen. Es blieben 3 Interviews übrig, die nicht im Rahmen des theoretischen Samplings als Fallvergleiche herangezogen wurden. Daher wurden diese Fälle für eine zusätzliche Modellvalidierung genutzt: Die Interviews wurden offen kodiert und dann auf ihre Übereinstimmung mit den Kategorien des bestehenden Modells hin geprüft. Es zeigte sich, dass auch die 3 verbleibenden Fälle gut durch das entwickelte Modell repräsentiert wurden und keine neuen zentralen Kategorien gefunden wurden.

III.4.2. Voice Centered Listening

Vorstellung und Anwendung

Voice Centered Listening wurde durch eine Arbeitsgruppe um Carol Gilligan an der Harvard Universität entwickelt (Brown et al., 1988; Gilligan, 2015; Gilligan et al., 2003) und versteht sich als Verfahren, welches die Komplexität psychischer Prozesse sichtbar machen kann. Es unterscheidet sich von anderen qualitativen Verfahren durch einen Fokus auf die Art und Weise, wie Befragte über sich selbst und ihr Erleben in sozialen Kontexten sprechen. ‚Voices‘ oder ‚Stimmen‘ werden als Ausdruck des Selbst und des psychischen Erlebens verstanden, verankert in einem kulturellen und sozialen Rahmen, der über Sprache innerhalb

einer Beziehung zwischen Sprecher_in und Zuhörer_in stattfindet. Innerhalb einer Person können verschiedene Stimmen zum Tragen kommen, die beispielsweise unterschiedlich emotional oder rational sind, sich auf unterschiedliche Erfahrungs- und Bezugsrahmen beziehen, und unterschiedlich offen aussprechbar bzw. tabuisiert oder schambehaftet sind. Die Aufmerksamkeit auf diese verschiedenen Stimmen und ihre Beziehungen untereinander zu lenken, ermöglicht es, psychische Prozesse herauszuarbeiten, die nicht zwangsläufig Teil des offen kommunizierten Inhaltes sind. Das im Theoriekapitel im Zusammenhang mit durch feministische Theorie informierter psychologischer Forschung zu Essstörungen vorgestellte Konzept des Self-Silencings wurde beispielsweise mit dieser Methode entwickelt und später durch die Entwicklung eines spezifischen Fragebogens für die quantitative Forschung nutzbar gemacht (Jack & Ali, 2010; Jack & Dill, 1992):

> „Dana Jack heard two distinct voices: a voice that spoke in first person and used active verbs (*I want, I know, I believe*) which she called ‚the voice of the I‘ and a voice that spoke in second or third person and used moral language (*you should, one ought*), which she called ‚the voice of the Over-Eye.‘ Jack noted how the voice of the I was regularly followed by the voice of the Over-Eye, which observed, judged, condemned, and silenced the self“ (Gilligan, 2015).

In dieser Arbeit wurde Voice Centered Listening als zusätzliche Methode an Interviewstellen angewandt, die über der Rekonstruktion dessen, was inhaltlich gesagt wurde, hinaus besonders interessant für das Verständnis des Erlebens der interviewten Person erschienen. Voice Centered Listening bietet hier eine systematische und nachvollziehbare Methode, solchen Eindrücken nachzugehen, die sonst oftmals sehr schwammig bleiben. Hilfreich erwiesen sich die Methoden des Voice Centered Listenings auch im Umgang mit Interviews, in denen häufig inhaltlich widersprüchliche Aussagen getroffen wurden und die interviewte Person bestimmte Erlebensweisen oder Zusammenhänge selbst nicht klar einordnen konnte. Das Herausarbeiten verschiedener ‚Stimmen‘, welches zumeist im Rahmen von Workshops oder in Kooperation mit einzelnen anderen Forschenden stattfand, führte häufig zu hilfreichen Hypothesen, die in den Prozess des ständigen Vergleichens nach Grounded Theory eingebracht wurden und damit die Kategorienentwicklung voran brachten. In diesem Sinne kann von einer Triangulation zwischen Methoden des Voice Centered Listening und Methoden der Grounded Theory gesprochen werden, die sich innerhalb des Rahmens der Grounded Theory als übergeordneter Methodologie bewegt.

Als eindrückliches Beispiel für eine Stimme, die fallübergreifend immer wieder auffiel, kann eine als „du musst“-Stimme bezeichnete Sprechhaltung genannt werden. Es

Triangulation von Methoden oder Datenquellen wird als Strategie der Validierung angeführt (APA, 2020; Maxwell, 2013). In diesem Fall muss angemerkt werden, dass die Methoden auf die gleiche Datenquelle (Interviewtranskripte) zurückgreifen und durch die gleichen potentiellen Biases auf Seiten der Forscherin beeinflusst werden können. Dennoch förderte diese zusätzliche Methode eine andere Perspektive auf die Daten.

handelt sich dabei um eine selbstabwertende Stimme in der du-Form, mit der die Interviewten zu sich selbst sprechen, sie zum Teil aber gleichzeitig als fremd erleben. Diese Stimme motiviert zu gestörtem Essverhalten oder fordert dies sogar ein: „Jetzt bist du selbst schuld daran, du hast es gegessen, jetzt musst du auch was machen, dass du‘s wieder los wirst“ (Henrietta, Z. 1346ff). Diese Stimme war für die Entwicklung verschiedener Kategorien hilfreich, die sich um einen negativen Bezug zu sich selbst und den eigenen Körper drehen.

Analyseschritte des Voice Centered Listening

Die Datenanalyse wird in mehreren Schritten vollzogen, die mit einem mehrfachen Lesen des Textes einhergehen. 1) Reading for Plot: Im ersten Schritt wird auf die inhaltlichen Antworten und die Abfolge des Erzählten fokussiert. 2) Reader‘s Response: Es folgt eine Beobachtung und Explikation der eigenen Reaktionen auf das Erzählte: An welchen Stellen läuft der_die Forschende in Gefahr, sich bei der Interpretation des Erzählten durch eigene Emotionen oder Erfahrungen auf eine Art beeinflussen zu lassen, die eine offene Herangehensweise und damit das Verständnis des Erlebens der interviewten Person beeinträchtigen kann? Welche Ad-hoc-Hypothesen oder Erklärungsmuster werden präsent?

Dieser Schritt systematisiert die Selbstreflektion zum Umgang mit eigenen subjektiven Einflüssen der Forschenden (vgl. Empfehlungen bei APA, 2020; Breuer et al., 2010; Maxwell, 2013). Er wurde in dieser Arbeit in den ersten vier Fällen ausführlich für das gesamte Interviewtranskript vorgenommen und für die späteren Fälle an Stellen, die in besonderer Weise emotionale Reaktionen hervorriefen und/oder die weiter mit Voice Centered Listening bearbeitet wurden.

3) Reading for Self: Im nächsten Durchgang wird auf Stellen fokussiert, die eine Aussage über das Selbst enthalten: Neben Ich-Formulierungen können dies auch Formulierungen mit wir, man, du, etc. sein. Besonderes Augenmerk gilt dabei Veränderungen in der Sprechweise. 4) Reading for social Context: In einer Erweiterung der ursprünglichen Methode durch Kiegelmann (2000) wurde ein weiterer Durchgang mit Aufmerksamkeit auf Hinweise zur sozialen Situation und Stellung der Person sowie ihre eigene Auseinandersetzung mit ihrem sozialen Kontext eingeführt. Diese Information hilft, Aussagen

oder ‚Stimmen' innerhalb sozialer Bezüge zu verstehen. 5) Reading for contrapuntal Voices: Erst in diesem Schritt wird nach unterschiedlichen Stimmen und ihren Beziehungen gesucht. Kiegelmann (2000) empfiehlt hier die Aufmerksamkeit auf unterschiedliche Aspekte psychischen Erlebens, Identitätskonzepte, Umgang mit Tabuthemen und Affekte zu lenken.

III.4.3. Begleitung durch Forschungswerkstätten

Die Umsetzung der beschriebenen Methoden wurde durch regelmäßigen Austausch mit anderen Forschenden begleitet. Dies geschah im Rahmen eines regelmäßig stattfindenden Grounded Theory Workshops an der PH Karlsruhe, mehrmaligen Workshops zur Methode des Voice Centered Listenings ebenfalls an der PH Karlsruhe, sowie zahlreichen Arbeitstreffen mit Kolleg_innen, die mit unterschiedlichen qualitativen Methoden arbeiten. Der Austausch umfasste sowohl gemeinsames Kodieren von Datenmaterial mit dem Ziel, die eigenen Kodierungen am Vorgehen der anderen Forschenden zu prüfen, als auch das Vorstellen und gemeinsame Diskutieren von erarbeiteten Zusammenhängen, vorläufigen Kategorien oder Modellen. Die Perspektiven anderer Forschender stellen dabei ein Korrektiv hinsichtlich des Bezugs der Schlussfolgerungen zu den Daten, der Plausibilität möglicher Alternativhypothesen und der logischen Stringenz von abgeleiteten Modellen dar. Zudem wurde der Forschungsprozess durch einen regelmäßigen Austausch mit den Betreuenden dieser Dissertationsarbeit begleitet.

Der Wert von Forschungswerkstätten für die Validität der Ergebnisse wird insbesondere von Strübing (2008) und Breuer et al. (2010) hervorgehoben. Auch nach den Richtlinien der APA dient ein „consensus or auditing process" (APA, 2020, S.3) als zusätzliche Überprüfung der Schlussfolgerungen.

IV. Ergebnisse

IV.1. Überblick

In diesem Abschnitt wird das aus der Integration von 14 Fällen entwickelte Gesamtmodell in seinem Aufbau vorgestellt und ein Überblick über die Kategorien gegeben (siehe Abbildung 2). Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werden die einzelnen Abschnitte des Modells und deren Kategorien inhaltlich erläutert. Das Modell gliedert sich in drei Teile, die einen Entwicklungsprozess im zeitlichen Verlauf widerspiegeln: 1. Die psychosozialen Bedingungen in Kindheit und Jugend, in deren Kontext die Essstörung entwickelt wurde, 2. das Erleben der Essstörung selbst und 3. Veränderungsprozesse, die für die Überwindung der Essstörung als ausschlaggebend geschildert wurden. Da das Modell in seiner Gesamtheit komplex ist und sich die Kategorien der drei Abschnitte inhaltlich häufig aufeinander beziehen, soll dieser Überblick helfen, beim Lesen der inhaltlichen Beschreibungen einzelner Kategorien deren Position im Gesamtmodell präsent zu behalten.

Ein Teil der hier vorgestellten Ergebnisse wurden in stark komprimierter Form auch in dem Beitrag „A qualitative study of gendered psychosocial processes in eating disorder development“ (Springmann et al., 2022) im International Journal of Eating Disorders veröffentlicht.

IV.2. Psychosoziale Bedingungen

soziales Erleben	*psychisches Erleben*
mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle	internalisierende und repressive Selbstregulation
Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung	Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung

IV.3. Erleben der Essstörung als funktional zur Herstellung von Subjektivität

sozial-emotionale Regulation			
Härte gegen sich selbst als Schutz	Funktionieren können und Erwartungen erfüllen	Erleben und Verkörpern von Kontrolle	Herstellen von Freiheit und Autonomie

Anpassung ◄ - ► Autonomie

soziales Verhandeln von Geschlecht			
Selbstwert durch begehrt werden	Weiblichkeits-normen entsprechen	Verkörperung der eigenen Geschlechts-identität	Objektivierung vermeiden

IV.4. Veränderungsprozesse: Entwicklung von Subjektivität durch Selbstakzeptanz und Selbstbestimmung

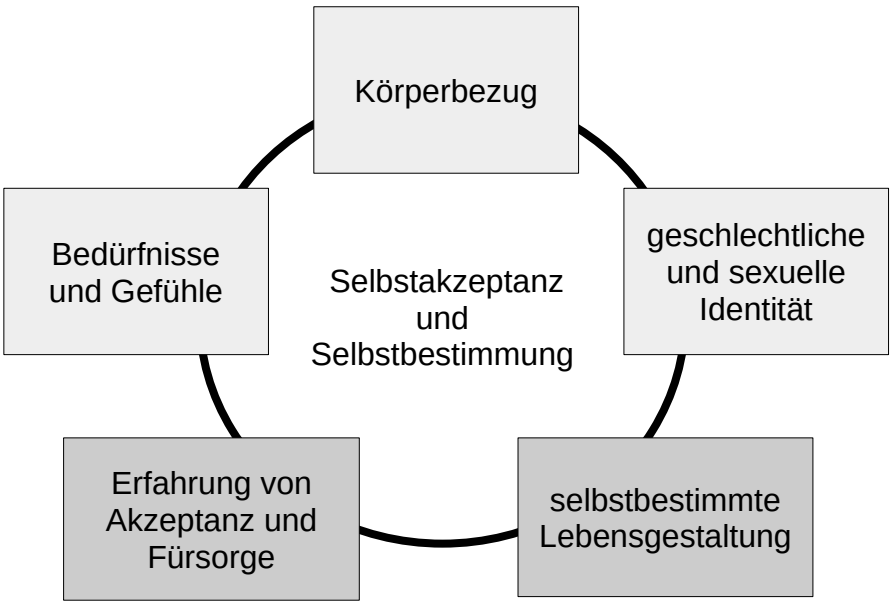

Abbildung 2: Dreiteiliges Gesamtmodell

In den psychosozialen Bedingungen (Kapitel IV.2.) gibt es zwei Kategorien, die sich auf das Erleben des sozialen Kontextes beziehen, und zwei Kategorien, die sich auf das psychische Erleben der Interviewten beziehen. Inhaltlich zeichnet sich das Erleben des familiären Kontextes durch das Empfinden aus, *mangelnden Raum für die eigenen Bedürfnisse und Gefühle* zu haben. Auf Ebene des psychischen Erlebens zeigt sich dementsprechend eine *internalisierende und repressive Regulation* eigener Bedürfnisse und Gefühle. Hinzu kommen in vielen, jedoch nicht in allen Fällen, *Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung oder Objektivierung*, die sowohl im familiären als auch außerfamiliären sozialen Kontext stattfanden. Diese Erfahrungen erscheinen negativ mit dem Selbsterleben der Interviewten verknüpft: Auf der psychischen Ebene zeigt sich eine *Verunsicherung* über den eigenen persönlichen Wert, eine s*elbstabwertende* oder *selbstobjektivierende* Haltung. Jede der genannten vier Kategorien besitzt Unterkategorien, die verschiedenen inhaltliche Ausprägungen oder Facetten der Kategorie widerspiegeln und an späterer Stelle erläutert werden. Vor allem in den Unterkategorien der abwertenden Erfahrungen zeigt sich ein deutlicher Bezug zu den Themen Geschlecht und Sexualität. Diese Erfahrungen prägen auf besondere Weise den Körperbezug der Interviewten.

Die Essstörung selbst (Kapitel IV.3.) wird als etwas erlebt, das innerhalb dieser sozial-emotionalen Dynamik funktional erscheint, um handlungsfähig zu bleiben und den eigenen Wert als Person zu schützen. Dies wurde unter dem Begriff von Subjektivität zusammengefasst. Die Essstörung wird als Möglichkeit der Herstellung von Subjektivität erlebt, die jedoch immer selbstschädigend und prekär bleibt. Dabei gibt es zwei Überkategorien: Gestörtes Essverhalten erscheint zum einen als Mittel der *sozial-emotionalen Regulation*. Hier wird in vier Unterkategorien dargelegt, auf welche Weise gestörtes Essverhalten funktional für den Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Gefühlen innerhalb sozialer Beziehungen erlebt wurde. Zum anderen erscheint gestörtes Essverhalten als Mittel, um Zuschreibungen im Zusammenhang mit *Geschlecht zu verhandeln*. Da die Zuschreibung von Geschlecht über die körperliche Erscheinung funktioniert, kann die Beeinflussung der eigenen körperlichen Erscheinung einer Person die Möglichkeit verschaffen zu beeinflussen, wie sie von Anderen wahrgenommen und behandelt wird. Hier werden unterschiedliche Strategien deutlich, die in vier Unterkategorien erläutert werden. In beiden Überkategorien, sozial-emotionale Regulation und soziales Verhandeln von Geschlecht, zeichnet sich über die jeweiligen Unterkategorien hinweg ein *Spannungsfeld zwischen Anpassung und Autonomie* ab: Subjektivität kann durch die Anpassung an und Erfüllung der Erwartungen und Bedürfnisse Anderer hergestellt werden oder durch den Versuch, sich sowohl den

Erwartungen Anderer als auch den eigenen Bedürfnissen zu entziehen und dadurch ein Gefühl von Autonomie[12] zu erleben. Dieses Spannungsfeld zieht sich grundsätzlich durch alle Unterkategorien, wobei in verschiedenen Unterkategorien die Pole der Anpassung und der Autonomie unterschiedlich stark im Vordergrund stehen. Die Anordnung der Unterkategorien im Modell gibt dabei eine Tendenz wieder, welcher Pol stärker im Vordergrund steht, sie sollte aber nicht als Rangfolge oder ähnliches interpretiert werden. Wie schon oben beschrieben, bleiben diese Strategien immer selbstschädigend, da sie auf einer Unterdrückung eigener grundlegender Bedürfnisse beruhen.

Die Veränderungsprozesse (Kapitel IV.4.) im Laufe der Überwindung der Essstörung drehen sich ebenfalls um die Entwicklung von Subjektivität, welche jedoch nicht auf eine selbstschädigende, sondern auf eine das Selbst stärkende Weise entwickelt wird: Der Bezug zu sich selbst ist dabei zunehmend durch Selbstakzeptanz und das eigene Verhalten durch Selbstbestimmung gekennzeichnet. Dieser Abschnitt des Modells besteht aus fünf inhaltlichen Kategorien, die in starker Wechselwirkung miteinander stehen. Die Kategorie *Erfahren von Akzeptanz und Fürsorge* bezieht sich auf Veränderungen im Erleben zwischenmenschlicher Beziehungen, die Kategorie *selbstbestimmte Lebensführung* auf Veränderungen der konkreten Lebensumstände, die mit mehr Freiheit und Eigenverantwortung verbunden sind. Diese beiden Kategorien beschreiben also Veränderungen im außen, in deren Kontext Veränderungen im inneren Erleben stattfinden. Die Kategorien *Gefühle und Bedürfnisse*, *Körperbezug* und *geschlechtliche und sexuelle Identität* unterscheiden drei inhaltliche Bereiche, in denen Veränderungen auf der intrapsychischen Ebene stattfinden. Die Veränderungen des Selbsterlebens hin zu mehr Selbstakzeptanz und des Verhaltens hin zu mehr Selbstbestimmung sind über diese drei inhaltlichen Bereiche stark miteinander verknüpft, wie anhand von Fallbeispielen ausführlich dargelegt werden wird.

Grundsätzlich lässt sich jeder einzelne Fall in das Gesamtmodell einordnen bzw. das Gesamtmodell eignet sich zur Anwendung auf jeden einzelnen Fall. Dennoch sind nicht alle Kategorien auf alle Fälle anwendbar. Bei Kategorien die nicht allgemein anwendbar sind, wird daher explizit auch auf die Fälle eingegangen, auf welche die Kategorie nicht zutrifft, um eine Übergeneralisierung zu vermeiden. Unterkategorien sind als Ausdifferenzierung der Kategorien zu verstehen und spiegeln verschiedene Arten oder Facetten der Kategorie wieder.

[12]Der Begriff der Autonomie ist häufig sehr positiv konnotiert, kann jedoch auch sehr kritisch betrachtet werden, wie im Diskussionsteil noch genauer ausgeführt werden wird. In diesem Kontext ist Autonomie als Begriff passend, da es um eine gefühlte Unabhängigkeit und Handlungsfähigkeit geht, die im Widerspruch zum Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit stehen, wobei die sozialen Bedürfnisse dabei verleugnet oder abgewertet werden.

Daher treffen auf einzelne Fälle in der Regel nicht alle Unterkategorien einer Überkategorie zu, jedoch mindestens eine.

Viele der Kategorien sind Bestandteilen aus etablierten Modellen zur Erklärung von Essstörungen, wie sie im Theoriekapitel dargelegt wurden, ähnlich: So ist beispielsweise bekannt, dass Probleme mit dem Selbstwert oder der Emotionsregulation für Essstörungen bedeutsam sind. Dennoch wird in diesem Teil der Arbeit noch nicht auf Bezüge zu bestehenden Theorien eingegangen. Das erarbeitete Modell soll zunächst so vorgestellt werden, wie es aus den Daten dieser Studie hervorgebracht wurde. Welche Parallelen, Widersprüche oder Ergänzungen sich daraus zu bestehenden Modellen ergeben, wird im Diskussionsteil ausgeführt.

IV.2. Psychosoziale Bedingungen

In allen Fällen wird das Erleben des sozialen Mikrokontextes in der Kindheit und Jugend beschrieben und auf unterschiedliche Weisen mit der Entwicklung der Essstörung verknüpft. Über die Fälle hinweg wurden zwei Kategorien herausgearbeitet, die relevante Erfahrungen im sozialen Mikrokontext (Familie, Kindergarten und Schule, sowie Freund_innen und Freizeit) beschreiben, sowie zwei Kategorien, die ein generelles psychisches Erleben beschreiben, das mit diesen Erfahrungen verknüpft wird. Diese Kategorien werden im Folgenden inhaltlich beschrieben. Inwieweit diese Erfahrungen im sozialen Mikrokontext auch im größeren Rahmen soziokultureller Strukturen und Diskurse zu verorten sind, wird zum Teil zwar schon in den Schilderungen selbst deutlich, wird aber darüber hinaus im späteren Diskussionsteil gesondert aufgegriffen.

IV.2.1. Mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle

Das Erleben, innerhalb der Familie zu wenig Raum für eigene Bedürfnisse, Gefühle und Probleme gehabt zu haben, wurde in allen Fällen geschildert. Die Kategorie wurde aus verschiedenen Codes entwickelt, die über die einzelnen Fälle hinweg immer wieder relevant waren: keinen Raum haben, keine Belastung sein, Mangel an Halt und Fürsorge, Mangel an Vertrauen. Durch Fallvergleiche wurde deutlich, dass ein Mangel an Raum für eigene Bedürfnisse und Gefühle dabei eine übergeordnete Funktion einnimmt, während die anderen

Codes verschiedene Arten des Erlebens der familiären Dynamik beschreiben, die jeweils zu diesem Mangel an Raum führen. Daher nehmen diese Codes die Funktion von Unterkategorien ein, welche verschiedene Facetten der Kategorie beschreiben.

<table>
<tr><th colspan="4">Psychosoziale Bedingungen</th></tr>
<tr><th colspan="3">soziales Erleben</th><th>psychisches Erleben</th></tr>
<tr><td colspan="3">mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle</td><td rowspan="2">internalisierende und repressive Selbstregulation</td></tr>
<tr><td>keine Belastung sein</td><td>Mangel an Halt und Fürsorge</td><td>Mangel an Vertrauen in Beziehung</td></tr>
<tr><td colspan="3">Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung</td><td>Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung</td></tr>
</table>

Abbildung 3: Unterkategorien mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle

Keine Belastung sein

Häufig wird das Erleben, zu wenig Raum für eigene Bedürfnisse zu haben, in den Zusammenhang mit einer allgemeinen familiären Überlastung gestellt, z.B. durch psychische oder körperliche Krankheit anderer Familienmitglieder oder schwierige Lebensumstände. Häufig gibt es ein Geschwisterkind, meist der Bruder der Interviewten, das bereits die Rolle des Problemkindes inne hat und viel Aufmerksamkeit beansprucht, und/oder die Mutter der Interviewten wird als psychisch belastet beschrieben. In diesem Kontext wird zum Teil sehr deutlich das Empfinden geschildert, selbst keine weitere Belastung darstellen zu dürfen oder zu können und aus Rücksichtnahme auf die Überlastung der Eltern die eigenen Probleme und Bedürfnisse für sich zu behalten. Ein Zitat von Eva, in dem sie über die Entwicklung ihrer Essstörung spricht, verdeutlicht dies:

> *„(…) das war halt die Zeit wo mein Bruder echt suizidal war, und der hatte ne Freundin, die /der ging‘s ebenfalls (.) echt schlecht. Die haben halt sich in der Klinik kennengelernt, das heißt die* [Eltern] *hatten quasi zwei Kinder, wo die ständig Angst hatten, dass sie sich bald umbringen. (…) Also es*

war ne richtig miese Zeit für meine Eltern auch. Und deswegen bin ich auch glaub ich nicht zu denen gegangen, als ich selbst Probleme hatte. Weil ich dachte, denen jetzt noch mehr aufzubürden wär (Stimme hoch gehend) noch schlimmer(*).“* (Eva, Z. 112ff)

Mangel an Halt und Fürsorge

Die erlebte Dynamik zeichnet sich dabei zum Teil durch ein Zurückhalten der eigenen Sorgen durch die Interviewten selbst aus, gleichzeitig aber auch durch einen Mangel an Aufmerksamkeit der Eltern für die kindlichen Bedürfnisse. Dieser Mangel wird häufig besonders deutlich für die Zeit der Essstörung beschrieben, während der die Interviewten im Nachhinein ein stärkeres Eingreifen der Eltern als notwendig empfunden hätten, aber häufig auch als kennzeichnend für die Zeit vor Entwicklung der Essstörung. Charlie beispielsweise berichtet, ihre Eltern hätten einer Klinikbehandlung zunächst ablehnend gegenübergestanden, da die familiären Probleme dadurch nach außen sichtbar geworden wären und dies dem Ansehen des Vaters, der beruflich eine öffentlich wichtige Position inne hielt, hätte schaden können. Zum Teil wird durch die als schwierig empfundenen familiären Umstände ein genereller Mangel an Halt und an emotionaler Zuwendung beschrieben. Dies zeigt sich im folgenden Zitat von Sarah, die ihr Familienleben durch die Berufstätigkeit ihrer Mutter als „chaotisch“ (Sarah, Z.798) erlebte:

„Und, bei allen Familien die ich kannte war‘s halt immer super ordentlich, die Mutter hat nicht gearbeitet, dann hat sie halt immer, so, /weiß ich nicht, Kekse gebracht, wenn man gespielt hat irgendwo. Meine Mutter hätte das halt <u>niemals</u> gemacht, die hatte auch ständig irgendwelche Konferenzen nachmittags, ich wurde quasi von der Haushälterin großgezogen, die /ähm, (1) von der ich noch nichtmal n Vornamen kannte, (…) Oder auch so, dann wurd ich vergessen oder so im Kindergarten, das ist natürlich den anderen Müttern nie passiert.“ (Sarah, Z. 786ff)

Dabei fällt eine starke, an Geschlecht geknüpfte Rollenteilung zwischen den Elternteilen[13] auf: Zumeist ist die Mutter diejenige, die als involviert in das Leben anderer Familienmitglieder aber damit überfordert geschildert wird, während der Vater häufig als

[13] Alle Interviewten hatten heterosexuelle Elternpaare, also einen Vater und eine Mutter.

emotional und/oder physisch abwesend beschrieben wird. Im Interview mit Blanca wurde dies recht deutlich benannt:

> *„/Ähm, meine Mutter spielte ne viel größere Rolle im Alltag als mein Vater, weil mein Vater im /auswärts gearbeitet hat, das war auch sehr schlimm für mich. Eigentlich in unterschiedlichen Phasen schlimm, als Kind schlimm, als Jugendliche schlimm, weil er halt oft nur am Wochenende da war und dann sonntagnachmittags wieder weggefahren ist.“* (Blanca, Z. 432ff)

In vielen anderen Interviews drehen sich spontane Beschreibungen der Beziehung zu den Eltern um die Beziehung zur Mutter, während der Vater oft gar keine große Rolle spielt und erst auf Nachfrage als wenig anwesend und involviert beschrieben wird. Dementsprechend rücken auch die Probleme mit der Mutter mehr in den Vordergrund, während ein Leiden unter der emotionalen oder physischen Abwesenheit des Vaters oft nur indirekt benannt wird.

Für das Erleben eines Mangels an Halt und Fürsorge ist jedoch nicht immer nur der familiäre Kontext entscheidend. Auch Freundschaften werden häufig als wichtig beschrieben. Dies geschieht sowohl im positiven Sinne, dass Freundschaften eine emotionale Stütze darstellen, als auch im negativen Sinne. Bei Eva beispielsweise habe es sowohl in der Familie als auch im Freundeskreis viele andere Probleme gegeben, sodass sie auch hier wenig Unterstützung habe finden können. Andere Interviewte berichten z.B., unter Gleichaltrigen eher eine Außenseiterposition inne gehabt zu haben, oder zwar Freundschaften gehabt zu haben, aber sich auch in diesen Freundschaften nicht mit wichtigen Dingen anvertrauen haben zu können.

Mangel an Vertrauen in die Beziehung

Sich mit den eigenen Sorgen oder Bedürfnissen gegenüber den Eltern nicht offen zeigen zu können, wird in einigen Fällen auch mit einem Mangel an Vertrauen in die Beziehung zu den Eltern begründet. Zum Teil in dem Sinne, dass den Eltern nicht zugetraut wird, hilfreich und unterstützend zu sein, wie z.B. bei Amy, die ihren Eltern verschwieg, dass sie in der Schule Mobbing und körperlicher Gewalt ausgesetzt war:

> *„(…) gleichzeitig war‘s so, dass meine Eltern irgendwie überhaupt keine Coping-Kompetenzen hatten, mich da irgendwie drin zu unterstützen,*

deswegen hab ich auch schon in der Grundschule aufgehört, denen überhaupt noch davon zu erzählen, weil ich so dachte, okay, das bringt ja eh nichts.“ (Amy, Z. 1130ff)

Zum Teil wurde dies aber auch im Sinne eines grundlegenden Unvertrauens in die Beziehung geschildert, bei dem elterliches Eingreifen eher als unerwünscht dargestellt wird, wie die folgende Beschreibung von Susanne veranschaulicht:

> *„(…) ich glaub meine Mutter war relativ oft überfordert mit irgendwelchen Sachen, also wenn‘s mir schlecht ging zum Beispiel (lacht leicht). Und ich hab /ich weiß gar nicht wieso, aber ich hab noch nie denen erzählt wenn‘s mir nicht gut ging, selbst in der Grundschule nicht, wenn ich Fieber hatte oder so, hab ich nicht gesagt dass es mir schlecht ging. Weil ich dachte /keine Ahnung, (lacht leicht beim sprechen*) vielleicht geht’s mir nicht wirklich schlecht, oder sie glaubens mir nicht, oder /keine Ahnung, ich weiß nicht wieso ich des nicht gemacht hab(*). Aber (1) irgendwie hat mir da vielleicht des Vertrauen gefehlt dazu, denen zu erzählen wies mir ging.“* (Susanne, Z. 280ff)

Eine weitere Facette des mangelnden Vertrauens in die Beziehung zu den Eltern besteht in dem Empfinden, bestimmte Dinge verheimlichen zu müssen, da sie nicht dem gewünschten Bild der Eltern entsprechen oder tabuisiert sind, z.B. (Homo-)Sexualität. Noch direkter trifft dies zu, wenn die Eltern selbst dem Kind Gewalt antun und die Beziehung daher von Angst geprägt ist.

IV.2.2. Internalisierende und repressive Selbstregulation

Die Beschreibungen des sozialen Erlebens eines Mangels an Raum für eigene Bedürfnisse und Gefühle steht in Beziehung zu Beschreibungen eines psychischen Erlebens, bei dem die Interviewten das Gefühl haben, Bedürfnisse und negative Gefühle nicht ausdrücken zu können bzw. damit nicht gesehen zu werden. Die Interviewten beschreiben einen internalisierenden Umgang mit Gefühlen und Konflikten und eine selbstdisziplinierte, repressive Haltung gegenüber eigener Bedürftigkeit. Die Kategorie wurde aus in-vivo-Codes wie „hinnehmen“ oder „runterschlucken“ entwickelt, die schon bei der Auswertung der ersten

Fälle auffielen, wie folgender Ausschnitt aus einem Memo zur Fallanalyse von Henrietta zeigt:

> Aus dem Memo „Henrietta: Hinnehmen vs. Auseinandersetzung“ vom 15.11.2018:
> Dinge, die ihr nicht passen, runterzuschlucken und ihre Gefühle zu überspielen beschreibt Henrietta als gewohnte Strategie in der Auseinandersetzung mit Anderen (Kränkung durch Freund_innen, Streit mit Mutter). Dies findet sie schwierig und schrecklich. Sie griff daher früher auf Essstörungsverhalten als Ventil zurück: etwas nicht herunterschlucken (Essen verweigern) oder loswerden (Erbrechen, Sport). Damit trug sie die entstandenen Spannungen mit sich selbst aus, anstatt ihre Gefühle und Bedürfnisse Anderen gegenüber zu äußern und wenn nötig, für sie einzustehen.

Diese intrapsychische Dynamik erscheint in den Schilderungen sowohl als zentral für die Essstörungssymptomatik, als auch schon vor Beginn der Essstörung als ein Muster des Umgangs mit Gefühlen und Bedürfnissen, das in Reaktion auf die Anforderungen des sozialen Kontextes entwickelt wurde. So beschreibt z.B. Kim Parallelen zwischen ihrem Erleben der bulimischen Symptomatik und ihrem Umgang mit Gefühlen und Konflikten in der Zeit davor:

> *„(…) des war ich sehr gewohnt aus meiner Jugend, so Sachen zu verheimlichen, und irgendwie Sachen nicht zu zeigen. /Ähm, und Sachen runterzuschlucken und‘s dann (schmunzelnd*) alleine rauszulassen sozusagen(*).“* (Kim, Z. 517ff)

Im Folgenden wird zwischen drei Facetten internalisierender und repressiver Selbstregulation unterschieden.

<table>
<tr><th colspan="4">Psychosoziale Bedingungen</th></tr>
<tr><th>soziales Erleben</th><th colspan="3">psychisches Erleben</th></tr>
<tr><td rowspan="2">mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle</td><td colspan="3">internalisierende und repressive Selbstregulation</td></tr>
<tr><td>sich selbst zurück-nehmen</td><td>nachgeben statt Selbst-behauptung</td><td>allein zurecht kommen</td></tr>
<tr><td>Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung</td><td colspan="3">Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung</td></tr>
</table>

Abbildung 4: Unterkategorien internalisierende und repressive Selbstregulation

Sich selbst zurücknehmen

Sich zurückzuziehen, eigene Bedürfnisse oder Probleme nicht zu thematisieren bzw. zu verheimlichen, wurde bereits im Zusammenhang mit dem sozialen Erleben, keine weitere Belastung darstellen zu dürfen, beschrieben. Dies ist gekennzeichnet von einem Gefühl der Rücksichtnahme auf bzw. Verantwortlichkeit für Andere, deren Bedürfnisse vor die eigenen gestellt werden. So beschreibt beispielsweise Johanna, sie habe sich selbst „zurückgenommen“ (Johanna, Z. 1694), da sie eine emotionale Stütze für ihre psychisch belastete Mutter habe sein müssen und gleichzeitig ihr Bruder viel elterliche Aufmerksamkeit beansprucht habe. Wie bereits oben ausgeführt, wird oft auch ein Mangel an Vertrauen in die Beziehung zu den Eltern als Grund für das Verheimlichen von Sorgen beschrieben.

Nachgeben statt Selbstbehauptung

Vor allem in Bezug auf Konflikte mit den Eltern, zum Teil aber auch mit anderen Personen, wird eine nachgiebige Haltung beschrieben, bei der die Interviewten „klein beigeben“ (Charlie, Z. 142) oder Sachen „runterschlucken“ (Henrietta, Z. 181), anstatt ihre eigene Position zu verteidigen oder sich gegen Ansprüche anderer zu wehren. Dies wird als sehr problematisch erlebt. Henrietta beschreibt diese Haltung beispielsweise in Alltagskonflikten mit ihrer Mutter:

„Aber dann irgendwann hab ich auch aufgehört /ähm, da zu betteln oder so, sondern dann war‘s halt so, ja, kann ich halt nicht. Und dann war‘s wieder, okay, ich schluck wieder, is okay (lacht leicht).“ (Henrietta, Z.568ff)

Allein zurecht kommen

Eine dritte und wichtige Facette dieses Erlebens besteht in dem Gefühl, auf sich selbst gestellt zu sein, alleine zurecht kommen zu müssen, da Probleme nicht geteilt werden können und Abhängigkeit von Anderen durch die Erfahrung von mangelnder Fürsorge, oder wegen mangelnden Vertrauens, als prekär empfunden wird. Das Bedürfnis nach Stärke und Unabhängigkeit von Anderen, dem auch im Erleben der Essstörung große Bedeutung zukommt, wird in dieser Form schon in der Kindheit als wichtig beschrieben. Beispielsweise beschreibt Johanna, sie habe angesichts der familiären Belastung keine „Schwäche zeigen“ (Johanna, Z. 1195) können und musste „irgendwie gucken wie ich klar komm“ (Johanna, Z. 1722). Blanca berichtet, sie habe bei einer anstehenden Klassenfahrt lieber eine Krankheit vorgetäuscht anstatt den Eltern anzuvertrauen, dass sie unter Trennungsangst litt und Unterstützung gebraucht hätte:

„(…) wenn ich meine Eltern so als /als /mh, als doch stark und hilfreich so wahrgenommen hätte, ob ich (…) dann nicht auch hätte sagen können, hier, ich hab hier n Problem, ich (stockt) weiß nicht wie ich da /(wieder lauter) wie ich das schaffen soll, ne Woche oder so /des hab ich nicht getan. Also, (einatmen; 1) ich musste quasi stark genug sein meinen eigenen Plan da auszuhecken und am Ende auch durchzusetzen.“ (Blanca, Z.634ff)

IV.2.3. Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung

In zehn der vierzehn Fälle werden neben der in II.1. beschriebenen Familiendynamik auch Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und/oder Objektivierung geschildert, die in Beziehung zum Selbsterleben der Interviewten gesetzt werden. Diese Erfahrungen sind unterschiedlich klar von den sozialen Erfahrungen in der Familie abgrenzbar, da in vielen Fällen abwertende und missbräuchliche Erfahrungen von den Eltern selbst ausgehen. In anderen Fällen kann ein problematisches Zusammenspiel von mangelnder Unterstützung

innerhalb der Familie, internalisierendem Umgang mit Gefühlen und Konflikten und den abwertenden Erfahrungen in anderen sozialen Kontexten rekonstruiert werden.

In früheren Stadien der Kategorienentwicklung wurde der Begriff Objektivierung als übergreifende Kategorie angedacht. Negative Erfahrungen mit Sexualität und sexualisierter Gewalt, sowie abwertende und einschränkende Erfahrungen, die durch den Druck entstanden, einer normativen Vorstellung von Weiblichkeit entsprechen zu müssen, waren in den Auswertung der ersten Fälle sehr präsent und lassen sich unter dem Konzept der Objektivierung zusammenfassen. Durch den Vergleich mit weiteren, unterschiedlicheren Fällen im theoretischen Sampling wurde jedoch deutlich, dass auch andere Arten abwertender Erfahrungen auf ähnliche Weise bedeutsam sein können. Daher wurde eine gemeinsame Überkategorie gebildet, innerhalb derer zwischen objektivierenden Erfahrungen mit sexueller Komponente, abwertenden Erfahrungen durch Druck zur Entsprechung normativer Geschlechterbilder, sowie allgemeiner sozialer Ausgrenzung und Mobbing unterschieden wird.

<table>
<tr><th colspan="4">Psychosoziale Bedingungen</th></tr>
<tr><th colspan="3">soziales Erleben</th><th>psychisches Erleben</th></tr>
<tr><td colspan="3">mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle</td><td>internalisierende und repressive Selbstregulation</td></tr>
<tr><td colspan="3">Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung</td><td rowspan="2">Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung</td></tr>
<tr><td>soziale Ausgrenzung, Mobbing und Gewalt</td><td>Sexualisierung, Objektivierung und sexuelle Übergriffe</td><td>Einschränkung und Abwertung durch heteronormative Geschlechter-bilder</td></tr>
</table>

Abbildung 5: Unterkategorien Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung

Soziale Ausgrenzung, Mobbing und Gewalt

In vielen Fällen wird die Erfahrung anders zu sein, nicht ins soziale Umfeld zu passen, als belastend in Kindheit und Jugend beschrieben. Zum Teil werden konkrete Erfahrungen von sozialer Ausgrenzung und Mobbing in der Kindheit beschrieben, die sich unter anderem auf das Aussehen bzw. das Gewicht beziehen und als bedeutsam für ein negatives Selbst- und

Körpererleben beschrieben werden. Kim beschreibt beispielsweise, eine kritische Auseinandersetzung mit ihrem Körper sei daher auch schon vor dem Beginn der Essstörung bedeutsam gewesen:

> *„Also es war immer n Thema, da ich n hässliches Kind war, und sehr dafür gemobbt wurde auch in der Grundschule. Ich hat so ganz furchtbare Hasenzähne und abstehende Ohren (…)“* (Kim, Z. 1283ff)

Auch Johanna und Amy beschrieben Mobbingerfahrungen, die mit psychischer und/oder körperlicher Gewalt einhergingen, als prägend für ihre Kindheit. Blanca beschreibt, der Beginn ihrer Essstörung falle zeitlich mit einer schwierigen Phase in der Schule zusammen. Sie sei bei der Schulleitung in ihrer Funktion als Schulsprecherin unerwünscht gewesen, sodass diese sich aktiv gegen Blanca eingesetzt habe, was so schlimm geworden sei, dass sie die Schule habe verlassen müssen. Dies kann als massive Abwertung ihrer Person und ihres Engagements interpretiert werden.

Objektivierung, Sexualisierung und sexuelle Übergriffe

In vier Fällen werden Erfahrungen von Sexualisierung und sexuellen Übergriffen als wichtig für das Selbsterleben und den Körperbezug der Interviewten geschildert. Diese Erfahrungen stellen eine besonders direkte Art von Objektivierung dar, da die Person ganz konkret als sexuelles Objekt behandelt wird und nicht als Person mit eigenen Wünschen und Grenzen. Dies trifft in besonders drastischer Form auf den Fall Henrietta zu, die berichtet, als Kind von ihrem Vater sexuell missbraucht worden zu sein.

Diese Erfahrung von sexuellem Missbrauch in der Kindheit unterscheidet sich von anderen Erfahrungen von Sexualisierung, welche als etwas beschrieben werden, das mit dem sich verändernden Körper ab der Pubertät einsetzt: Der eigene Körper wird nun von Anderen (wobei hier meist die Rede von männlichen Erwachsenen ist) als sexuelles Objekt betrachtet, entsprechend bewertet und kommentiert, unabhängig davon, ob die interviewte Person selbst auf einer sexualisierten Ebene mit diesen Anderen interagieren möchte oder nicht. Sarah beschreibt die Veränderungen in ihrem Körpererleben folgendermaßen:

> *„(…) also man /man merkt das dann find ich vor allem als Frau relativ stark, dass die- /dieser Blick von Erwachsenen auf einen halt sich verändert irgendwie, also sowohl, dass man halt so sexualisiert wird, aber auch dass man /ähm, also zum Beispiel meine Mutter halt total stark so n super kritischen*

Blick auf mich und meinen Körper so entwickelt hat. Und das hat auf jeden Fall auch dann glaub ich auch sehr dazu beigetragen, dass ich halt diese extremen Körperprobleme dann entwickelt hab. (…) dass ich immer /dass ich immer dieses Gefühl hatte, dass ich immer so ner Bewertung unterliege, und dass da immer irgendwas nicht richtig ist.“ (Sarah, Z. 33ff)

Die Interviewten beschreiben sich rückblickend als überfordert mit Situationen, in denen sie Sexualisierung erlebten. Zum Teil wurden sexualisierte Interaktionen, vor allem mit älteren Männern, auch als Quelle von Selbstbestätigung erlebt und daher aktiv gesucht. Dies wird jedoch als sehr ambivalent beschrieben, da diese Interaktionen letztendlich nicht wirklich als von den Interviewten selbst kontrolliert erlebt wurden und oft als menschlich herabwürdigend empfunden wurden, wie in einem weiteren Zitat von Sarah deutlich wird:

„(…) auch wenn ich das auf der einen Seite so fokussiert hab diese Selbstbestätigung zu bekommen hab ich auf der anderen Seite super die Ablehnung eigentlich dem gegenüber gehabt, oder ich hatte so /ich hab mich schon irgendwie dadurch auch auf ne Art so degradiert oder so billig, oder verbilligt, gefühlt vielleicht irgendwie (…)“ (Sarah, Z.58ff)

In den Schilderungen von Mira wird deutlich, wie fließend der Übergang zu sexuell übergriffigen Situation dabei sein kann:

„(…) also ich hatte z.B. eine Situation, da war ich noch im Sportstudio abends, /mh, und ich bin schon auch für mich bewusst länger da geblieben, weil ich wusste, die sind jetzt noch da die beiden Trainer, aber dass sie dann z.B. die Tür abgeschlossen haben und dann so zu mir gekommen sind, also so Sachen wo ich heute sagen würde, das ist auf jeden Fall sexuelle Belästigung, wenn nicht sogar mehr.“ (Mira, Z. 195ff)

Eine indirektere Form von Objektivierung wird als ausgehend von anderen Frauen, hier vor allem den Müttern der Interviewten, beschrieben: Von ihnen wird der Körper hinsichtlich seiner Attraktivität bewertet und kommentiert und auf das Aussehen und Essverhalten der Tochter eingewirkt, jedoch nicht in einem eigenen sexuellen Interesse, sondern hinsichtlich des Interesses männlicher Anderer. Dies wird entweder aus einer konkurrierenden, missgünstigen Perspektive heraus beschrieben, oder aus einer Position, bei

der sich die Mutter mit der Tochter identifiziert. Dabei scheint die Mutter bzw. die objektivierende Frau selbst aus einer objektifizierten Position heraus zu handeln, bei dem sie sich selbst hinsichtlich ihrer Attraktivität für männliche Andere bewertet und diesen Maßstab auf die Frau (oder das Mädchen), mit der sie sich vergleicht oder identifiziert, überträgt, wie die folgenden Zitate von Sarah und Henrietta illustrieren:

> *„Des is glaub ich einfach irgendwie so dieser /dieser Blick, mit dem sie so auf sich selber guckt, hat sie glaub ich einfach so (2) /ja den hat sie irgendwie dann einfach so auf mich übertragen glaub ich.“* (Sarah, Z.591ff)

> *„Ich glaub meiner Mutter hat des nicht so gefallen, dass ich älter wurde, dass ich mir irgendwelche schönen Sachen gekauft habe, dass ich mich wie ne Frau gekleidet habe. Ich glaub des mochte die irgendwie nicht, weil (1) /ja mein (1) /weil mein Vater da so auf mich geachtet hat.“* (Henrietta, Z. 368ff)

Auch in anderen Fällen werden Objektivierung und Sexualisierung als relevant beschrieben, obgleich keine derart expliziten sozialen Erfahrungen geschildert werden. Hanna beispielsweise beschreibt, sich in einer Art Konkurrenz mit ihrer Mutter erlebt zu haben und bei gemeinsamen Mahlzeiten versucht habe, nie mehr zu essen als ihre Mutter, von der sie glaubt, dass sie auch Probleme mit ihrem Essverhalten habe. Sie habe sich außerdem unter Druck gefühlt, sexuelle Erfahrungen zu machen, obwohl sie sich dafür noch gar nicht bereit gefühlt habe, und habe sich dabei nicht an ihren eigenen Bedürfnissen und Grenzen orientieren können. Bei beiden Themen wird jedoch kein konkretes Verhalten von Anderen geschildert, das zu diesem Empfinden geführt hätte.

Einschränkung und Abwertung durch heteronormative Geschlechterbilder

In sieben Fällen wird die Zuschreibung einer normativ-weiblichen Geschlechterrolle geschildert, die sich durch Fokus auf schönes Aussehen, Zurückhaltung und Ausrichtung auf Andere auszeichnet. Darin zeigt sich, dass auch die Zuschreibung von bzw. der Druck zu normativer Weiblichkeit eine Objektivierung enthält: schönes Objekt sein, für Andere da sein anstatt des Verfolgens eigener Interessen. Im Gegensatz zu den oben geschilderten Formen von Objektivierung steht hier jedoch keine sexuelle Komponente im Vordergrund. Ein Zitat

von Johanna illustriert den Inhalt dieses normativen Weiblichkeitsbildes, das für sie im Idealbild einer Fee verkörpert wird:

> *„Ja, halt dieses zierliche, weibliche, /ähm, schon so n bisschen dieses Bild von ner /von ner schönen Frau halt. Dieses /dieses /ähm, (2) Ja, was einem halt schon so n bisschen auferlegt wird, so ne hübsche, kleine, zierliche Frau, die halt sensibel ist und sanft und /ähm, Ja, hm (ausatmen) leicht, und irgendwie so Menschen oder /oder /oder auch vielleicht Männer, oder die Gesellschaft oder so, irgendwie toll findet. Dass man halt kleine süße Frauen toller findet wie große, kräftige oder dicke Frauen irgendwie. So, deswegen war des halt für mich so ne Belastung, nicht diese kleine Fee zu sein.“* (Johanna, Z.879ff)

Gleichzeitig wird in diesem Zitat der Druck deutlich, den sie empfunden hat, diesem Ideal zu entsprechen und die Abwertung die sie erlebt, da sie sich selbst mit ihrem großen Körperbau nie wie eine Fee, sondern vielmehr „wie ein Riese“ (Johanna, Z.868) gefühlt habe. Charlie spricht auf einer abstrakteren Ebene über soziale Ansprüche an Mädchen, die ihnen eine passive Position zuweisen und mit denen sie sich nicht habe identifizieren können:

> *„Aber auch schon so n bisschen so (.) Verhaltensweisen, sowas, wie Mädchen sich eher ruhiger verhalten sollten, so, eher zuhören, und, /äh, so mir hat einfach so dieses männliche Selbstbewusstsein glaub ich einfach so imponiert, auch oft so dieses, das Männern so n bisschen in die Wiege gelegt wird, einfach weil sie halt anders behandelt werden, so, /ähm, und Mädchen des immer /sich des immer so erkämpfen müssen, dieses, dass man gehört wird, und /ähm, eher so ne passive Rolle einfach immer überall spielt.“* (Charlie, Z.433ff)

Der Druck zu normativen Geschlechterbildern ist dabei eng verknüpft mit der Erwartung von Heterosexualität. Kim beschreibt beispielsweise, ihre Mutter habe sich zwar irgendwann mit der Vorstellung abgefunden, dass Kim mit Frauen zusammen sein will, aber trotzdem an einer heteronormativen Vorstellung vom Beziehungsleben ihrer Tochter – vor allem von Kims Position als Frau in dieser Beziehung – festgehalten:

„Weil, also das is auch sehr /was sehr /was ich sehr stark von meiner Mutter mitbekommen habe, Weiblichkeit ist so das Wichtigste. Und es ist ja okay, dass ich /keine Ahnung, irgendwann ne Frau heirate (…) damit hat sie sich abgefunden sozusagen, /mit dieser Geschichte die sie sich selber für mich konstruiert hat, dass ich irgendwann von nem Prinzen auf nem weißen Pferd abgeholt werde, und der viel Kohle hat, und mich in sein Schloss begleitet sozusagen /äh, es darf auch ne Prinzessin sein, aber /ähm, ich kann mich sehr gut an einen Satz erinnern, den sie mal gesagt hat, nämlich, ja passt ja alles, solang /solange nicht /du nicht deine Weiblichkeit verlierst.“ (Kim, Z.751ff)

In vier von fünf Fällen, in denen keine weitgehend heterosexuelle Orientierung beschrieben wurde, wurde eine normative Erwartung von Heterosexualität bis hin zur klaren Ablehnung von Homosexualität im familiären und sozialen Umfeld thematisiert. Diese stand jedoch im Widerspruch zum eigenen Sein der Interviewten und erschwerte den Bezug zu sich selbst. Eine Ausnahme stellt hier das Fallbeispiel von Susanne dar, die ihre Bisexualität als weitgehend unkompliziert und nicht mit ihrer Essstörung in Zusammenhang stehend beschreibt. Besonders klar wird das Leiden unter Homophobie von Kim und Charlie zum Ausdruck gebracht, die sich als lesbische bzw. queere Frauen definieren. In einem Zitat von Charlie wird deutlich, wie sie als Jugendliche in ihrem Umfeld eine Existenz als homosexuelle Person quasi als unmöglich erlebte:

„(…) ich komm so aus so ner kleinen Stadt wo‘s /da gibt‘s keine homosexuellen Menschen, so. Also, gibt‘s natürlich schon, aber die (leicht lachend) existieren nicht(*).“* (Charlie, Z. 124ff)

Estelle beschreibt eine Jugend als Mädchen, in der sie der Erwartung, romantische Beziehungen zu Männern als erfüllend zu erleben, nicht entspricht und dies als Verunsicherung erlebt. Sich ihres Interesses an Frauen klar zu werden, beschreibt sie als schwierigen Prozess, da dies in ihrem sozialen Umfeld gar nicht als Option angenommen oder vorgelebt worden sei. Für Amy als transgeschlechtliche Frau entsprach ihr Interesse an Frauen in ihrer Jugend zwar den Erwartungen, da sie zu dieser Zeit von anderen als männlich eingeordnet wurde. Jedoch konnte sie selbst die Rolle des Mannes in heterosexuellen romantischen Kontakten nicht den Erwartungen entsprechend erfüllen und erlebte diese Kontakte daher als etwas, das sie „nicht richtig hingekriegt“ (Amy, Z. 596) habe.

Transphobie bzw. die erlebte Unmöglichkeit, als Frau akzeptiert zu werden und ihre Identität leben zu können beschreibt Amy als extrem psychisch belastend. Die negativen Reaktionen bei ihrem ersten Coming-Out Versuch schildert sie als Ausgangspunkt dafür, ihr restriktives Essverhalten nochmals zu intensivieren mit dem Ziel, sich das Leben zu nehmen:

> *„(…) als ich beschlossen hab, irgendwie, aufzugeben und zu sagen, irgendwie, okay, (stocken) es gibt hier offensichtlich keinen Platz für mich in dieser Welt, ich hab schon versucht mich klein zu machen, (leiser*) auch da kommt des /des Thema* [Magersucht] *wieder so n bisschen durch(*), /ähm, ich hab dann einfach auch komplett aufgehört zu essen.“* (Amy, Z.120ff)

Dieses Zitat verdeutlicht auf besonders drastische Weise, wie die erfahrene Ablehnung den Bezug zu sich selbst beeinflusst, was Inhalt der im Folgenden beschriebenen Kategorie ist.

IV.2.4. Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung

Die beschriebenen Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung werden in einem Zusammenhang mit problematischem Selbsterleben beschrieben. Ein grundlegendes Gefühl von „nicht richtig sein“ oder „anders sein sollen“, kommt in allen Fällen zum Ausdruck, die derartige soziale Erfahrungen geschildert hatten und wurde während des Auswertungsprozesses häufig mit diesen in-vivo-Codes gekennzeichnet. Dieses negative Selbsterleben erscheint als Internalisierung abwertender Erfahrung. Jedoch scheint auch das Erleben von mangelnder elterlicher Fürsorge und Aufmerksamkeit mit dem negativen Selbsterleben der Interviewten in Zusammenhang zu stehen[14]. Eine erste vorläufige Kategorie die daraus entwickelt wurde hieß *grundlegende Verunsicherung über sich selbst*, wie dieser Ausschnitt aus einem Memo zur Fallanalyse von Henrietta zeigt:

> Aus dem Memo „Henrietta: Zusammenhänge“ vom 28.08.18:
> In Henriettas Erzählungen entsteht dabei auch der Eindruck eines Gefühls von *grundlegender Verunsicherung über sich selbst* und *Abhängigkeit vom Urteil Anderer:* Sie konnte es früher nicht aushalten, wenn Jemand schlecht über sie

[14]Die Rekonstruktion der subjektiv geschilderten Zusammenhänge kann hier hypothetische Kausalbeziehungen nahe legen, obgleich die hier angewendeten empirischen Methoden keine Kauselbeziehungen nachweisen können.

dachte. Sie fühlte sich dann als ganze Person in Frage gestellt; Wusste Jemand etwas schlechtes über sie, war sie automatisch so. Das Urteil Anderer bestimmte also ihr Sein bzw. ihr Urteil über sich selbst, sie scheint nicht fähig gewesen zu sein, sich davon zu distanzieren oder es zu relativieren. Sie brauchte immer die Rückversicherung Anderer, ob sie bzw. ihr Verhalten okay war.

In späteren Vergleichsprozessen wurde deutlich, dass dieses Gefühl der Verunsicherung im Zusammenhang mit einer generellen Selbstablehnung, mit Selbstobjektivierung oder mit dem Erleben, die Erwartungen der zugewiesenen Geschlechterrolle nicht zu erfüllen, beschrieben wird. Der Code „nicht richtig sein“ überschnitt sich in Einzelfallauswertungen häufig mit Codes wie „selbst Schuld sein“, „Selbstablehnung“ oder mit „nicht passen“ in Bezug auf geschlechtsspezifische Erwartungen. Daher stellt Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung als zentrale Gemeinsamkeit dieser Bereiche die Überkategorie dar, während die verschiedenen inhaltlichen Facetten in den folgenden Unterkategorien beschrieben werden.

Abbildung 6: Unterkategorien Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung

Selbst Schuld sein und Selbstablehnung

In den Beschreibungen der Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung oder Objektivierung fällt oftmals eine Haltung auf, die mit dem in-vivo-Code „selbst Schuld sein“

bezeichnet wurde. Dabei suchen die Interviewten den Grund für diese Erfahrungen nicht bei den Anderen, sondern bei sich selbst, wie dieses Zitat von Henrietta veranschaulicht:

> *„(…) das ist so dieses innere Gefühl, was man dann die ganze Zeit hat, dass man selbst verschuldet, was da passiert ist. Oder dass man (1) wenn man disziplinierter gewesen wäre, und /ähm, oder irgendwie anders gewesen wäre, dann wär‘s nicht passiert.“* (Henrietta, Z.841ff)

Die Konsequenz daraus scheint daher auch zu sein, selbst anders sein zu müssen, anstatt das Verhalten Anderer in Frage zu stellen oder sich dagegen zu wehren. Zum Zeitpunkt des Interviews kann diese Haltung meist retrospektiv reflektiert werden. Sarah beispielsweise wertet das Verhalten von Männern, von denen sie sich als junges Mädchen sexualisiert gefühlt hatte, heute als falsch und „eklig“ (Sarah, Z.882), habe sich damals jedoch nicht dagegen wehren können und das Problem bei sich selbst gesucht:

> *„Aber ich hab denen sozusagen immer so /das Problem darin, diese Männer so anzuziehen, hab ich halt immer bei <u>mir</u> gesehen, glaub ich (…)“* (Sarah, Z.882ff)

Diese Haltung findet sich jedoch nicht nur im Umgang mit sexueller Übergriffigkeit. Estelle beschreibt, in der ärztlichen Nachsorge nach ihrem Klinikaufenthalt sei ein Kriterium für ihre Gesundung die Frage danach gewesen, ob sie einen Freund habe. Retrospektiv wertet Estelle dies als eine heteronormative Erwartung, durch die ihr Desinteresse an Männern pathologisiert wurde. Damals habe sie dies jedoch noch nicht verstanden und daraus geschlossen, noch immer nicht gesund zu sein:

> *„(…) also ich hab immer eher gedacht, okay, ja wahrscheinlich liegt‘s an mir, wahrscheinlich ist das ein Zeichen, dass ich noch ein Problem habe, und das irgendwie falsch ist, oder so.“* (Estelle, Z.566ff)

Vor allem in Fällen, bei denen die abwertenden sozialen Erfahrungen sehr gewaltförmig waren, wird deutliche Selbstablehnung bis hin zu dem Gefühl, kein selbstverständliches Recht auf das eigene Sein zu haben, von der Legitimation durch Andere abhängig zu sein, beschrieben, sowie Ekel vor sich selbst und ein Bedürfnis zur Selbstbestrafung. Ein Ausschnitt aus einem fallspezifischen Memo zu Amy, die häufig das

Gefühl erlebte, sich rechtfertigen zu müssen, fasst dieses Selbsterleben eindrücklich zusammen:

Aus dem Memo „Amy: Verunsicherung“ vom 27.01.20:

(…) Rechtfertigungsdruck habe sie auch für ihre Transidentität erlebt, bei der sie immer wieder Andere von dem real Sein ihrer weiblichen Identität habe überzeugen müssen, z.B. Gutachter_innen. In Amys Erzählungen wird ein Gefühl davon, kein selbstverständliches Recht zu haben, deutlich, z.B. auf Nahrung, auf die eigene Identität, auf Anerkennung ihres psychischen Leidens und Hilfe. Dies muss erst gerechtfertigt und von außen zugesprochen werden.

Für Johanna ist es aufgrund ihrer Mobbingerfahrungen in der Kindheit selbst als Erwachsene noch schwer, sich mit bestimmten kindlichen Anteilen in ihr zu identifizieren, auch wenn sie durch ihre Therapie wichtige Fortschritte dabei gemacht habe. Ihre ablehnende Haltung sich selbst als Kind gegenüber bringt sie im Interview folgendermaßen auf den Punkt:

„(…) du bist dick, du bist hässlich, /ähm und keiner kann dich leiden!“

(Johanna, Z.1159f)

Objektivierte Weiblichkeit

Eine psychische Dynamik, die sich durch grundlegende Verunsicherung über sich selbst, die Tendenz, Schuld für abwertendes Verhalten Anderer bei sich selbst zu suchen, und einer Abhängigkeit von der Bestätigung durch Andere auszeichnet, findet sich in einer deutlich geschlechtsbezogenen Form im Konzept objektivierter Weiblichkeit wieder. In den Schilderungen der fünf Fälle, in denen soziale Erfahrungen von Sexualisierung und Objektivierung beschrieben wurden, zeigt sich die Anwendung eines Konzepts von Weiblichkeit auf sich selbst, in welchem Frauen die Position eines Objekts für die Bedürfnisse oder Lüste männlicher Anderer zukommt. Im Vergleich der ersten drei Fälle fiel auf, dass bestimmte Vorstellungen von Weiblichkeit für alle relevant waren. Der folgende Ausschnitt aus einem fallvergleichenden Memo zeigt, wie daraus das Konzept objektivierter Weiblichkeit entwickelt wurde:

Aus dem Memo „Vergleich Weiblichkeitskonzepte“ vom 31.07.19:

Bei Mira liegt der Fokus während der Essstörung auf einem Konzept von Weiblichkeit, das mit dem in-vivo-Code *sexuelle Frau* benannt wurde, und über das begehrt-Werden durch Männer definiert wird. Dies funktioniert über ein bestimmtes begehrenswertes Körperideal, das Mira erfüllen möchte, um „Begierdeobjekt“ zu sein. Es handelt sich also um ein objektiviertes Konzept von Weiblichkeit, welches auf die Bewertung und daraus resultierendes Verlangen von Männern bezüglich des Körpers von Frauen ausgerichtet ist.

Dieses Konzept enthält eine Abwertung als Person und gleichzeitig die Möglichkeit, über die Erfüllung dieser Objektposition innerhalb eines hierarchischen Geschlechterverhältnisses Anerkennung und Einfluss zu bekommen. Das folgende Zitat von Kim beschreibt, wie ihr Selbstwert in der Jugend als prekär und von der Attraktivität für Männer abhängig erlebt wurde:

> *„Ich glaube, dass so diesen (5) /dieser Wunsch nach (.) Attraktivität, ist gleich dünn sein in diesem Fall, auch sehr stark mit Begehren zu tun hat. Begehrenswert sein sozusagen. Was irgendwie (…) ne zentrale Rolle gespielt hat in meinem Selbstwert. Wenn ich nicht begehrenswert bin, bin ich nichts wert.“* (Kim, Z.1085ff)

Innerhalb des Konzeptes von objektivierter Weiblichkeit hängt der eigene menschliche Wert also von der Attraktivität des Körpers ab, die eigene soziale Position muss über den Körper verhandelt werden. So wird der Körper selbst bzw. der Umgang Anderer mit ihm als zentrales Medium der Zuschreibung dieses Konzepts von Weiblichkeit von außen erlebt:

> *„(…) dieses, so, welche Art von Mädchen man ist, war für mich in irgendeiner Weise so ganz tief drin einfach darüber definiert glaub ich, was man halt für n Körper hatte, wie man aussah, irgendwie. Und, (3) /ja, genau. Ja, und des ist eben so diese /also dadurch, was ich halt so für Reaktionen bekommen hab, hat ich einfach den (lachend*) Eindruck, dass ich halt(*) (1) so (2) ja, also dass ich halt so krass so als nur Sex wahrgenommen werde (…)“* (Sarah, Z.954ff)

Selbst wenn es um sexuelle Attraktion und Sexualität geht, fällt auf, dass eigenes Begehren dabei nicht im Fokus steht, sondern begehrt zu werden als Mittel, um Selbstwert

herzustellen. Dementsprechend beschreibt Kim dieses Konzept objektivierter Weiblichkeit als sehr wirkmächtig, obgleich sie selbst sich gar nicht für Männer interessiert habe: Sie habe trotzdem immer das Gefühl gehabt, „diesem antrainierten Männerblick“ (Kim, Z.345) gefallen zu müssen. Im Fall von Sarah wird eigenes Begehren sogar als etwas beschrieben, dass den eigenen sozialen Wert senkt:

> Zwischenfazit aus dem Memo „Sarah: Sexualität und Weiblichkeit“ vom 19.07.19: Eigenes sexuelles Verlangen erscheint also als etwas Schlechtes; Es ist assoziiert mit einem sich Hingeben oder Kontrolle abgeben, was „billig“ und unerstrebenswert ist, wodurch man also eine Abwertung erfährt. Es entsteht der Eindruck, dass Sex zu wollen sie erst recht in die Position eines billigen Sexobjektes rückt.

Dass dieses Konzept objektivierter Weiblichkeit innerhalb eines heterosexuellen Rahmens funktioniert, zeigt sich darin, dass diese Bestätigung „von Männern kommen muss“ (Mira, Z. 426). Mira und Sarah, die beide zwar hauptsächlich heterosexuelle Beziehungen führen, aber auch sexuelle Erfahrungen mit anderen Frauen haben, beschreiben beide, diese Erfahrungen mit Frauen seien nicht von der gleichen Dynamik geprägt gewesen, sondern eher einfach ein „Spaß-Kick“ (Mira, Z. 429), „nicht so krass sexualisierter Sex“ und „eher so n bisschen lieb“ (Sarah, Z. 1031f).

Bei Johanna, die Druck zu normativer, objektivierter Weiblichkeit erlebte, jedoch in weniger sexualisierter Form, zeigt sich ebenfalls eine Übernahme dieses Konzeptes für ihre Selbstbewertung: Sie beschreibt, sie habe ein „Geltungsbedürfnis gegenüber Männern“ (Johanna, Z. 1507f) gehabt und ihnen gefallen wollen.

Während begehrenswert zu sein in den anderen Fällen ambivalent geschildert wird, fehlt in Henriettas Fall die Komponente der Selbstbestätigung. Sexualisierte Aufmerksamkeit zu bekommen erscheint in ihrem Fall als etwas, das es zu vermeiden gilt. Es zeigt sich in verschiedenen Aspekten von Henriettas Schilderungen, dass hier ein Konzept objektivierter Weiblichkeit auf sich selbst angewandt wird: In ihrem Empfinden, missbraucht zu werden sei etwas, das Mädchen eben passiere, in dem Eindruck, als Mädchen ein Vorzeigeobjekt für den Stolz ihres Vaters zu sein, der aber eigentlich lieber einen Jungen gehabt hätte, und darin, von ihrer Mutter als vermeintliche Rivalin um die Aufmerksamkeit des Vaters klein gehalten und kritisiert zu werden. Erwachsen und „fraulich“ (Henrietta, Z. 666) zu werden bedeutete für Henrietta auf unangenehme Weise angeguckt und kommentiert zu werden. In ihrer Kindheit sei sie hingegen jungenhaft, aktiv und sportlich gewesen, womit sie sich die Anerkennung ihres Vaters habe verdienen können:

„Ich weiß noch, in meiner Kindheit, da war ich erst noch so ganz jungenhaft, weil, da wurd ich halt so unterstützt beim Sport, da dacht ich immer, woah, ich muss /ich muss mich die ganze Zeit bewegen, und (1) hab auch immer was mit Jungs gemacht, des war mir immer total wichtig. (4) Und des hat meinem Vater auch immer gefallen, dass ich viel gemacht hab.“ (Henrietta, Z.797ff)

Jungenhaft zu sein erscheint hier als kindliche Alternative zur abgewerteten und objektifizierten weiblichen Position. Dies habe als Henrietta älter wurde jedoch nicht mehr funktioniert, weshalb ihr sportlicher Ehrgeiz in ein Streben nach Selbstdisziplin und Körperkontrolle umgeschlagen sei.

Nicht passen in heteronormativen Geschlechterbildern

In Fällen, bei denen sozialer Druck zur Entsprechung normativer Geschlechterbilder und Heterosexualität beschrieben wurde, findet sich die Verunsicherung über sich selbst, das Gefühl, anders sein zu sollen, in Bezug auf das Erfüllen heteronormativer Erwartungen.

Die Auseinandersetzung mit einem normativen Weiblichkeitsideal erscheint dabei komplex und von Widersprüchen geprägt. Zum Teil scheint dieses Weiblichkeitsideal bei den Interviewten als Anspruch stark internalisiert zu sein und zum Ziel für sich selbst gemacht zu werden, was den Bezug zu sich selbst auf zweierlei Weise negativ beeinflusst: Zum einen, wenn der Vergleich mit diesem Ideal das eigene Wesen als falsch oder defizitär erscheinen lässt, zum anderen aber auch, da dieses Ideal an sich mit Selbsteinschränkung einhergeht. Ein Zitat von Kim macht beispielsweise deutlich, wie eine restriktive Haltung gegenüber dem eigenen Körper nötig ist, um dem Bild einer „perfekten jungen Frau“ (Kim, Z. 647) zu entsprechen:

„Jetzt sitz ich hier (...) mit offener Hose (trägt eine hoch schließende Hose, deren Knopf offen steht) weil es für mich entspannter ist quasi zum Atmen und /und zum Reden, das hät ich mir halt [früher] *<u>nie</u> erlaubt, sozusagen, sondern es wär alles so (richtet sich auf, streicht ihr Oberteil am Bauch glatt) /es muss alles so perfekt sitzen, und damit‘s perfekt ist, ist‘s natürlich auch die kleinste Größe (…)“* (Kim, Z. 676ff)

Dieses Bild von Perfektion wird also durch Strenge gegenüber sich selbst hergestellt, muss aber nach außen hin mühelose wirken. Selbsteinschränkung bezieht sich jedoch nicht

nur auf den Körper und seine Bedürfnisse, sondern wird auch an sich als weiblich definiert. In dem von Johanna beschriebenen Idealbild einer Fee sind Zurückhaltung, Sanftmut und angepasst Sein Qualitäten, denen eine Frau zusätzlich zu körperlichen Idealen entsprechen müsse, da sie „erst dann wirklich schön ist“ (Johanna, Z. 917f). Sie habe früher versucht diesem Ideal zu entsprechen und sich mehr zurückzuhalten, dies aber auch als widersprüchlich zu ihrem eigentlichen Wesen erlebt:

> *„Das war manchmal n bissl paradox, dass das Bild das ich in meinem Kopf hatte, das ich erreichen möchte, überhaupt gar nicht das war, das ich gelebt hab. So, des war halt so, des muss so sein, aber des halt trotzdem irgendwie anders war.“* (Johanna, Z.922ff)

Diese Widersprüchlichkeit findet sich auch in anderen Interviews: Trotz einer gewissen Internalisierung von normativen Weiblichkeitsvorstellungen werden diese auch als etwas erlebt, das eigentlich nicht passt und eine Einschränkung darstellt. Diesen Idealen nicht zu entsprechen wird jedoch als Grund für soziale Ablehnung erlebt und/oder befürchtet. Häufig werden solche Vorstellungen zumindest retrospektiv als Klischees reflektiert und es findet sich oftmals eine Abgrenzung zu einem allzu klischeehaften, prinzessinnenhaften Weiblichkeitsideal. Diese Abgrenzung setzt aber die grundlegende Wirkmächtigkeit normativer Weiblichkeit nicht außer Kraft, wie folgendes Zitat von Kim veranschaulicht:

> *„Also weiblich, aber ich war nie so (.) (ausatmend*) rosa-glitzer(*), oder so. Es war schon auch immer ne gewisse (.) Art von Widerständigkeit drin, aber nur genau so dass es noch gesellschaftlich akzeptiert ist, sozusagen.“* (Kim, Z. 693)

Amy, die als Junge großgezogen wurde, schildert eine schwierige Auseinandersetzung mit normativer Männlichkeit. Dieses Ideal enthalte zwar vieles, das sie ablehne und nicht reproduzieren wolle, gleichzeitig habe sie es trotzdem als persönliches Scheitern erlebt, einem normativen Männlichkeitsbild nicht zu entsprechen:

> *„(…) es nicht zu <u>können</u>, war halt trotzdem irgendwie was, wo ich des Gefühl hatte so, das ist n Scheitern irgendwie, und ich mein das ist mir ja natürlich auch von /von meiner Umwelt immer wieder irgendwie als, du bist*

nicht richtig, du machst /ähm, du bist nicht gut genug, irgendwie, widergespiegelt worden (…)“ (Amy, Z. 939ff)

In den Schilderungen von Estelle und Charlie wird zwar ein Druck zu bzw. eine schwierige Auseinandersetzung mit normativer Weiblichkeit deutlich, jedoch erscheinen sie in ihren retrospektiven Schilderungen bereits als Jugendliche klarer davon abgegrenzt und berichten weniger von einem Einfluss auf ihre Selbstbewertung. Charlie beispielsweise beschreibt, sie habe sich mit anderen Mädchen verglichen und sich „dann manchmal gezwungen mich irgendwie jetzt zu schminken oder mir irgendwie lange Haare wachsen zu lassen“ (Charlie, Z. 427), habe es aber einfach nicht schön gefunden. Auch Estelle beschreibt, sich in Kontexten, die sie als sehr „weiblich geprägt“ (Estelle, Z. 530) empfunden habe, wie z.B. die Ergotherapie während ihres Klinikaufenthaltes, in der sie „schöne Dinge für drinnen gestalten“ (Estelle, Z. 533) habe sollen, überhaupt nicht wiedergefunden zu haben.

Auch die unter abwertende Erfahrungen beschriebene Homo- und Transphobie wurde als einflussreich für den Bezug zu sich selbst beschrieben, wie das Zitat von Amy am Ende der vorangegangenen Kategorienbeschreibung bereits veranschaulichte. Auch Charlie berichtet, sie habe dadurch, dass Homosexualität in ihrer Lebensrealität als nicht möglich erschien, „auch selber versucht, das so total von mir weg zu halten“ (Charlie, Z. 127f). Sie habe sich nicht nur nach außen nicht outen können, sondern das Thema Sexualität auch für sich selbst ausblenden müssen.

IV.2.5. Einschub: Verkörperung von Geschlecht und Körperbezug

Besonders im Zusammenhang mit objektivierter Weiblichkeit wurde bereits thematisiert, wie der eigene Körper als zentrales Medium sexualisierender, objektivierender Erfahrungen wirkt und bestimmte Vorstellungen von Weiblichkeit anhand des Körpers zugeschrieben und verhandelt werden. Dies trifft jedoch auch auf andere Aspekte abwertender sozialer Erfahrungen und dem damit in Verbindung gebrachten psychischen Erleben zu.

Mobbing bezüglich des Aussehens oder körperliche Gewalt im Zusammenhang mit Mobbing sind ebenfalls Prozesse, die aufgrund des Körpers und/oder über den Körper als Medium erlebt werden. Ein Bezug zu Geschlechterbildern kann insofern hergestellt werden, dass dick oder „hässlich“ zu sein Idealvorstellungen von Weiblichkeit verletzt und daher mit sozialer Ausgrenzung gestraft wird. An anderen Stellen wurde bereits Johannas bildhafte Vorstellung einer zierlichen Fee als Verkörperung eines normativen Weiblichkeitsideals

thematisiert, die mit ihrem tatsächlichen körperlichen Erleben kontrastierte: „Ich weiß noch, in der Therapie gings dann immer darum, dass ich mich wie ein Riese fühl, aber mich eher wie eine Fee fühlen möchte“ (Johanna, Z. 867f). Ihr großer, kräftiger Körperbau wird damit zum Grund für Selbstablehnung. Trotz kritischer Reflexion sei es ihr schwergefallen, es „nicht abstoßend zu finden, keine zierliche, kleine, süße, schnucklige Fee zu sein, sondern dieser Riese“ (Johanna, Z.871ff). In diesem Beispiel wird das Ineinandergreifen von Geschlechterbild, Körpererleben und Selbstwert deutlich.

Ein wiederholt betonter Aspekt negativen Körpererlebens ist das Gefühl zu groß oder zu viel zu sein. Dies bezieht sich also weniger direkt darauf, ob das Aussehen bestimmten Schönheitsvorstellungen entspricht, sondern mehr auf die Masse des Körpers und wie viel Raum dieser einnimmt, wie ein Zitat von Estelle veranschaulicht, in dem sie über ihren Körperbezug spricht:

> *„(…) schon so auch so Dinge, wie so, wie so zu <u>groß</u>, also ich war immer /ich war eigentlich meistens schlank als ich n Kind war, aber ich war sehr groß im /im Vergleich zu andere Leute in meinem Alter. /ähm, vielleicht <u>das</u>, /mhh, (2) Ja. Aber irgendwie war da immer /immer was falsch ist. (…) jetzt auch immer <u>noch</u>, manchmal, dass wenn ich mich unwohl fühle /ähm, also dass /also vor allem in Anwesenheit von anderen Menschen /halt also voll mein Körper so /ähm, irgendwie mir zu viel ist /mich zu viel ist, oder nicht passt (…)“* (Estelle, Z.1235ff)

Zu viel Raum einzunehmen, nicht zierlich oder elegant genug zu sein kann dabei als Widerspruch zu Weiblichkeit gedeutet werden. Diese Verknüpfung mit Geschlecht ist jedoch vor allem im Beispiel von Johanna explizit und zeigt sich in anderen Fällen, wie z.B. bei Estelle und Eva, nur indirekt.

Amy berichtet die Empfindung, sich „als Mobbingopfer angeboten“ (Amy, Z. 1100) zu haben, da sie in vielen Punkten „abweichend“ (Amy, Z. 1100) gewesen sei und sich nicht zu wehren gewusst habe. Inwieweit sich dies auf einen Mangel an Entsprechung zu normativer Männlichkeit bezieht kann aus den Schilderungen nicht klar gefolgert werden.

Allgemein wird sowohl das Gefühl, einem heteronormativen Geschlechterbild entsprechen zu müssen, als auch der Wunsch, ihm nicht zu entsprechen und anders wahrgenommen zu werden, stark über Körper und Aussehen verhandelt. Charlie beispielsweise berichtet, sie habe als Kind mit ihrer Mutter Kämpfe darum geführt,

Jungenkleidung tragen zu dürfen. Dies stellt sie in den Zusammenhang damit, dass sie sich mit den Erwartungen, wie sie als Mädchen zu sein habe, nicht wohl gefühlt habe:

> *„Weil für mich in meinem Kinderkopf dann natürlich die Logik war, wenn ich aussehe wie n Junge, dann darf ich auch endlich diese Sachen machen die Jungs cool finden.“* (Charlie, Z. 384ff)

Das eigene Aussehen an bestimmte Geschlechterbilder anzupassen oder davon abzuweichen stellt also subjektiv einen Weg dar, das eigene Wesen nach außen darzustellen und zu beeinflussen, wie andere einen wahrnehmen und behandeln. Estelle beschreibt z.B. sich die Haare kurz schneiden zu lassen als einen rebellischen Akt gegenüber einem Druck zu klassisch weiblichen Aussehen, den sie während ihres Klinikaufenthaltes erfahren habe:

> *„(…) dass /äh, man da lernen soll weiblich zu sein, nicht Angst davor zu haben. Wurde mir auch gesagt, ich soll aufhören, Sneakers zu tragen als Frau (lacht), weil das halt so kindisch ist, und, ja, mhm. /Mh, das Lustige ist ja, ich hab in dem letzten Monat wo ich da war, war ich beim Frisör und hab mich die Haare kurz schneiden lassen. Und, /ähm, und das hat sich mega gut angefühlt.“* (Estelle, Z. 467ff)

Im Fall von Amy als transgeschlechtlicher Person wird die Verkörperung von Geschlecht in noch direkterer Form bedeutsam: Ihr Gefühl nicht richtig zu sein, als Mann zu scheitern und als Frau nicht akzeptiert zu werden, lässt sich letztendlich an ihrem Körper und den Reaktionen Anderer auf ihren Körper festmachen:

> *„/Ähm, <u>das</u>* [Leiden im Zusammenhang mit der Transgeschlechtlichkeit] *ist halt was, was ich einfach sehr stark auf meinen Körper projizieren konnte auch, so, weil der Körper ja letztlich das ist, worüber Menschen mich irgendwie einsortieren, und /ähm, worüber dieser ganze Geschlechterkram irgendwie erstmal (mit der Stimme hoch gehend*)funktioniert(*).“* (Amy, Z.980ff)

Auch Estelle, die sich als nicht-binär definiert, schildert das nicht Passen in der weiblichen Identität als körperlichen Prozess:

„(…) aber ich hab mich irgendwie immer so nicht wirklich (.) als Frau gefühlt, oder als Mädchen gefühlt, immer eigentlich. Also, es hat immer so das Gefühl in so Mädchen-Cliquen und dann später Frauen-Cliquen irgendwie rauszufallen, und rauszustechen, und, /ähm, aber ich weiß nicht ob ich‘s zusammenführen kann, außer dass es schon irgendwie es auch was körperliches war, immer, dieses Gefühl (…)“ (Estelle, Z. 1118ff)

Die geschilderten bzw. durch die Auswertung rekonstruierten Zusammenhänge schaffen eine Vorstellung davon, wie ein negatives Selbstbewertungsschema entstehen könnte und weshalb dieses insbesondere bei Frauen und Personen, die zu sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten gehören, so stark an den Körper geknüpft scheint.

IV.2.6. Fälle ohne Erfahrung von Abwertung, Misshandlung oder Objektivierung

In vier von vierzehn Fällen treffen die unter IV.2.3. und IV.2.4. beschriebenen Kategorien *Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung* (IV.2.3.) und *Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung* (IV.2.4.) nicht oder nur bedingt zu. Susanne, Blanca, Eva und Daria beschreiben keine derartigen Erfahrungen als einflussreich für ihr Selbsterleben und ihren Körperbezug. Eine selbstablehnende oder selbstabwertende Haltung wird ebenfalls nicht mit der gleichen Deutlichkeit ausgedrückt. Die Kategorien *mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle* (IV.2.1.) sowie *internalisierende und repressive Selbstregulation* (IV.2.1.) werden in diesen Fällen als zentral für die Entwicklung der Essstörung geschildert, kombiniert mit einem negativen Körpererleben und einem Streben nach Schlankheit, welches im Gegensatz zu den anderen Fällen jedoch nicht in den Kontext abwertender sozialer Erfahrungen gestellt wird. Die Beziehung zwischen Selbstwert, Körper und Geschlecht, wie sie im vorausgehenden Abschnitt IV.2.5. dargestellt wurde, wird in diesen vier Fällen also von den Interviewten nicht dargestellt. Wie sich das negative Körpererleben entwickelte und wieso Abnehmen so wichtig wurde, wird jedoch auch nicht auf andere Art erklärt und erscheint daher in den Darstellungen weniger schlüssig. In den Augen Anderer attraktiv zu sein ist kein bedeutsames Motiv ihrer Schilderungen, vielmehr erscheint schlank oder zierlich sein als Wert für sich. In einem Zitat von Eva werden diese Idealisierung eines niedrigen Gewichts und gleichzeitig das eigene subjektive Unverständnis dafür deutlich:

„(…) das Problem war halt /und ich weiß gar nicht, woher das kommt, aber ich hab relativ früh glaub ich angefangen so n niedrigeres Gewicht mit was Positivem zu assoziieren. Also ich glaub das erste Mal, dass mir das so /ich hab da drüber nachgedacht, ich glaub das erste Mal war in der 1. Klasse. Da gings auch so darum, so Zahlen zu lernen. Da haben wir uns auch so gewogen, und gemessen wie groß wir sind. Und ich hab mich dann richtig gefreut, als ich weniger wog als Jemand der kleiner war als ich.“ (Eva, Z. 446ff)

Blanca berichtet, Schönheitsvorstellungen seien nicht durch Andere an sie herangetragen worden, sie habe sie sich selbst zu eigen gemacht. Ihre Figur mit Freundinnen zu vergleichen sei für sie bedeutsam gewesen, wobei nicht erklärt wird, wie es dazu kam oder welche Bedeutung dem zugemessen wurde. Der Vergleich mit Freundinnen oder Mitschülerinnen wurde auch in den anderen Fällen als bedeutsam beschrieben. Eva beschreibt zudem den Einfluss ihrer Großmutter als wichtig, für die Essverhalten und Gewicht ein großes Thema sei. In Susannes Fall erscheint ein gestörtes Essverhalten geradezu als freundschaftliche Aktivität unter heranwachsenden Mädchen: Unter Freundinnen wurde sich über verschiedene Diäten ausgetauscht und der eigene Körper im Vergleich mit den Körpern der Anderen schlecht gemacht. Sie selbst habe darin erst keinen Sinn gesehen, dann aber angefangen mit den Freundinnen „mitzudenken“ (Susanne, Z. 35).

Insofern erscheint der Fokus auf Aussehen und Ernährung als etwas weibliches, das unter Mädchen und Frauen geteilt wird, jedoch ohne dass eine Verbindung zu bestimmten Vorstellungen von Weiblichkeit hergestellt wird. Der Bezug zum eigenen Körper erscheint insofern objektiviert, dass er hinsichtlich seiner Masse und Erscheinungsform wahrgenommen, mit anderen verglichen und kontrolliert wird, jedoch ohne dass dabei Verbindungen zu sozialen Erfahrungen von Objektivierung hergestellt werden. Medial vermittelten Schönheitsidealen wird zwar subjektiv Bedeutung beigemessen, aber eher auf Nachfrage und ohne, dass konkrete relevante Erlebnisse oder Auseinandersetzungen damit berichtet werden.

Auffällig ist, dass auch die Themen Sexualität und romantische Beziehungen, die in anderen Fällen für den Körperbezug als bedeutsam geschildert wurden, bei diesen Fällen in den spontanen Schilderungen nur am Rande vorkommen und daher wenig relevant für die Thematik erscheinen. Daria entwickelte ihre Essstörung bereits mit etwa zwölf Jahren. Romantik und Sexualität seien damals noch keine Themen für sie gewesen. Eva berichtet,

grundsätzlich kein Interesse an Sexualität und romantischen Beziehungen zu haben. Sie sei sich jedoch selbst nicht sicher, ob dies im Zusammenhang mit der Magersucht in ihrer Jugend stehe und eine Art Entwicklungsstörung darstelle, oder ob sie sich unter dem Label der Asexualität[15] verorten solle.

IV.3. Erleben der Essstörung

Die Essstörung bzw. die damit verknüpften Verhaltensweisen, wie Einschränkung der Nahrungsaufnahme oder Überessen und Erbrechen, werden von den Interviewten häufig als Handlungsstrategien geschildert, die trotz ihrer selbstschädigenden Qualität innerhalb des gegebenen sozialen Rahmens als funktional erlebt wurden. Das Erleben von Handlungsfähigkeit, von Einflussnahme auf die eigene Lebenssituation, erscheint immer wieder als zentrales Element in den Erzählungen über essgestörtes Verhalten. Der zweite und damit verknüpfte Aspekt, für den die Essstörung als funktional beschrieben wird, ist die Stabilisierung des eigenen Selbstwertes. Sich selbst als sozial akzeptable Person mit der Möglichkeit zur Beeinflussung der eigenen Lebenssituation zu erleben wird hier mit dem Begriff der Subjektivität benannt.

Das folgende Zitat von Charlie veranschaulicht, wie die Essstörung geradezu als ein Ringen um Subjektivität in einer Situation, die als durch äußere Ansprüche und Einschränkungen bestimmt erlebt wird, erscheint, selbst wenn diese Subjektivität nur durch Selbstaufgabe hergestellt werden kann:

> *„Und ich glaube, das war so n bisschen der Gipfel dieser Essstörung, also das /ähm, ja, letztenendes war's n Kampf gegen meine Eltern, so, dass ich nicht so sein konnte wie ich gerne wollte, und für mich war die Konsequenz, ich seh grad noch keinen Ausweg, ich bin noch abhängig von meinen Eltern, also so auf der unbewussten Ebene, und dann muss ich halt einfach weg sein, so dann muss ich tot sein, aber ihr müsst auch zugucken, ich geh nicht einfach.“* (Charlie, Z. 150ff)

[15]Sich als asxuell zu verorten wäre insofern ein anderen Erklärungskonzept, dass dabei nicht davon ausgegangen wird, dass das Fehlen von romantischem und/oder sexuellem Interesse pathologisch oder defizitär sei, sondern einfach eine Variante von Sexualität.

In der Auswertung der ersten Interviews zeichneten sich inhaltlich vor allem der Umgang mit Objektivierung und sexueller Übergriffigkeit, sowie das Erleben von Kontrolle als wichtige Kategorien ab. Mit der Hinzunahme neuer Perspektiven durch das theoretische Sampling zeigte sich, dass Objektivierung nicht in allen Fällen als bedeutsam erlebt wurde und die Essstörung als funktional zur Herstellung von Subjektivität in unterschiedlichen schwierigen sozialen Kontexten erlebt wurde, wobei ein Bezug zu Geschlecht unterschiedlich explizit ist. Es lassen sich zwei Überkategorien beschreiben, die im Folgenden mit ihren jeweiligen Unterkategorien beschrieben werden: Gestörtes Essverhalten als sozial-emotionale Regulation und die Beeinflussung des Aussehens als soziales Verhandeln von Geschlecht.

IV.3.1. Gestörtes Essverhalten als sozial-emotionale Regulation

Die Bedeutung des gestörten Essverhaltens für den Umgang mit Emotionen und zur Anpassung des eigenen Verhaltens an die wahrgenommen Anforderungen sozialer Situationen wird immer wieder deutlich geschildert. Dabei kommen unterschiedlichen Verhaltensweisen tendenziell – wenn auch nicht immer deutlich abgegrenzt – unterschiedliche Funktionen zu: Der Einschränkung der Nahrungsaufnahme wird vor allem die Funktion des unter Kontrolle Haltens bzw. Unterdrückens eigener Bedürftigkeit zugeschrieben, während Überessen als eine Art Ersatzbefriedigung im Sinne von Trost, emotionaler Nähe und Beruhigung beschrieben wird. Vor allem die Kombination aus Essanfällen und Erbrechen wird häufig als Ventil für negative Emotionen und Konflikte beschrieben. Insgesamt lassen sich vier verschiedene Facetten der sozial-emotionalen Regulation beschreiben, für die essgestörtes Verhalten im Erleben der Interviewten funktional erschien.

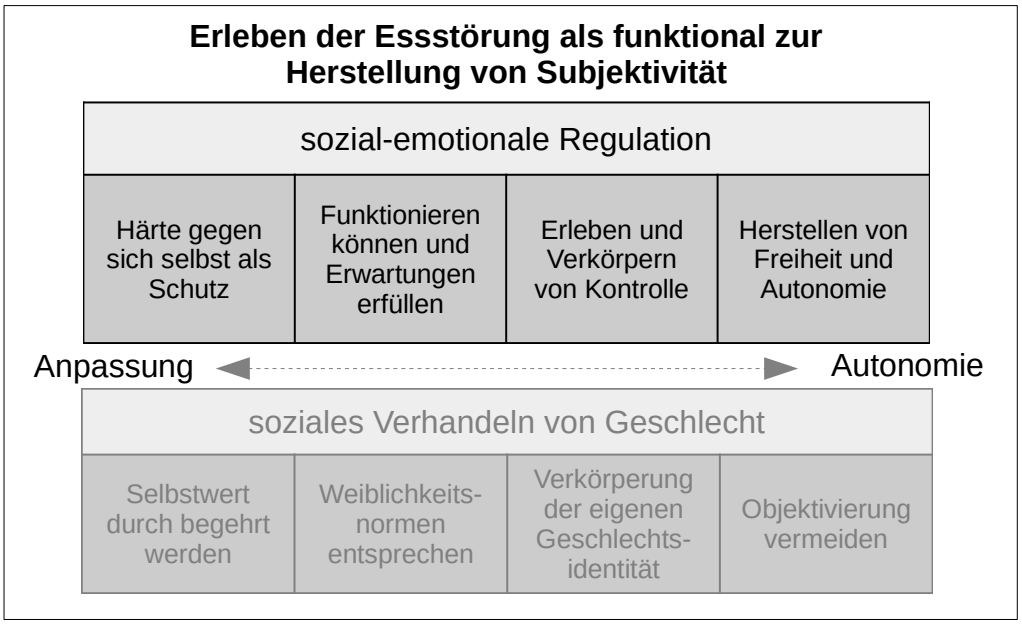

Abbildung 7: Unterkategorien sozial-emotionale Regulation

Funktionieren können und Erwartungen erfüllen

Ein internalisierender und oftmals repressiver Umgang mit eigenen Gefühlen und Bedürfnissen wird als funktional im Umgang mit schwierigen familiären und sozialen Umständen, wie im Abschnitt zu den psychosozialen Bedingungen beschrieben, geschildert. Es ermöglicht z.B. für Johanna, Eva und Estelle, keine zusätzliche Belastung für die Eltern darzustellen, oder für Kim, Blanca oder Henrietta ohne die Unterstützung der Eltern, denen sie dies nicht zutrauen oder sich nicht anvertrauen wollen, zurecht zu kommen. In diesen Zusammenhängen gebrauchte Metaphern sind beispielsweise das „runterschlucken“ (Henrietta, Z.263) von Gefühlen bzw. die Weigerung, etwas zu schlucken, oder Geschlucktes danach „alleine rauszulassen“ (Kim, Z.521). Sozialem Druck zu gutem Aussehen, angepasstem Verhalten und guten Leistungen nachzukommen wird ebenfalls über essgestörtes Verhalten erreicht, z.B. bei Johanna, die sich nach der Anerkennung durch Gleichaltrige und durch ihren kritischen und konservativen Vater sehnte.

Die direkte Unterdrückung körperlicher Bedürfnisse um sich an Schönheitsnormen anzupassen erscheint gekoppelt an die Unterdrückung emotionaler Bedürfnisse. Beides wird als funktional beschrieben, um sozialen Erwartungen entsprechen zu können und Anerkennung zu erlangen. Im folgenden Zitat von Hanna erscheint Anorexie als Weg, sich sowohl an breite gesellschaftliche Idealvorstellungen anzupassen, als auch konkret den Menschen um sich herum keine Probleme zu bereiten. Sie sieht in der internalisierenden Symptomatik auch eine Überschneidung zu Weiblichkeitsnormen:

„Magersucht ist bis zu nem bestimmten Punkt auch einfach sehr gesellschaftskonform, weil du funktionierst ja total gut. (…) also bei mir auch viel dann so n Leistungsding, und das ist ja irgendwie positiv besetzt, ne, so, was leisten zu können. Es is ja auch nicht so nach außen aggressiv, das wär ja auch was womit man eher anecken würde, wenn man jetzt nach außen irgendwie aggressiv ist in der Jugend, das is ja auch nicht. ((parodierender Tonfall)) Das is ja auch ganz nett, dann irgendwie nette stille Frauen(*). Ja, klar, wenn man dann irgendwann mal in n gewisses Untergewicht kommt, dann werden die Leute unruhig, aber bis zu nem bestimmten Punkt (schmunzelt) ist das doch ziemlich bequem auch für alle anderen.“* (Hanna, Z. 1076ff)

Estelle beschreibt, sie habe während ihrer Magersucht einfacher soziale Kontakte knüpfen und bessere schulische Leistungen erbringen können, was ihr im Nachhinein paradox erscheine:

„Ja, also ich konnte wieder besser am sozialen Leben teilnehmen, am Leben mit meiner Familie teilnehmen, (…) /also von außen her gings mir besser. Also, ich sah besser aus, und /äh, (leise) konnte besser funktionieren(*)“* (Estelle, Z. 87ff)

Sowohl Estelle, Maxi, als auch Susanne beschreiben restriktives Essverhalten als wirksam gegen Gefühle von Hilflosigkeit, Schwäche, oder Depression: „gar nichts machen“ zu können (Susanne, Z.1410) und keine Kontrolle haben in depressiven Phasen wird einem Erleben von aktiv sein und „funktionieren“ können (Estelle, Z.94) durch restriktives Essverhalten gegenüber gestellt. Estelle beschreibt, es sei ihr auch deswegen schwer gefallen wieder mehr zu essen, da sie sich sobald sie etwas gegessen habe direkt wieder depressiv gefühlt habe. In einen Zustand von „nicht funktionieren können“ zurückzufallen war jedoch innerhalb des familiären Kontextes keine Option, da bereits ihr Bruder und ihre Mutter aufgrund psychischer Probleme nicht so funktionierten, wie es erwartet worden wäre, und ihr Vater ihre Mutter für Jemanden verlassen habe, der besser habe funktionieren können. Dies macht deutlich, wie prekär emotionale Bedürftigkeit empfunden werden kann und wie wichtig es daher erscheinen kann, sich unter Kontrolle zu haben.

Bei bulimischer Symptomatik steht das Motiv der Kontrolle und Repression von Bedürftigkeit im Wechsel mit dem Nachgeben gegenüber der eigenen Bedürftigkeit im

Essanfall. Das Essen wird dabei als Ersatz für andere Bedürfnisse wie emotionale Nähe, Trost oder Beruhigung geschildert, die anders nicht gestillt werden können. Johanna beschreibt beispielsweise, Essen sei in ihrer Familie als Mittel eingesetzt worden, sie zu beruhigen oder Zuwendung zu zeigen. In ihrer Jugend habe sie viel Einsamkeit erlebt und heimliches Essen großer Mengen Junkfood oder Süßigkeiten geradezu zelebriert:

> *„Also für mich war Essen schon immer ein Seelenheil sag ich mal. Also des hat mir viel geholfen mich gut zu fühlen, mich besser zu fühlen, mich glücklich zu machen.“* (Johanna, Z.58ff)

Auch in den Schilderungen von Blanca, Maxi und Kim wird deutlich, wie das Essen die Form einer Ersatzbefriedigung annahm, wenn soziale Nähe und Unterstützung gefehlt hatten.

Das Nachgeben gegenüber der eigenen Bedürftigkeit wird jedoch von Scham und Schuldgefühlen und einem Bedürfnis, es wieder rückgängig zu machen, begleitet. Interviewte berichten, das Erbrechen zu Beginn der Essstörung meist als eine Art rationale Lösung, quasi als Tool, angesehen zu haben, um Kontrolle wiederherzustellen und eine Gewichtszunahme zu vermeiden. Im Verlauf der Essstörung habe sich dieses Mittel jedoch zunehmend ihrer Kontrolle entzogen. Gleichzeitig kann Erbrechen auch eine Ventilfunktion haben: Es wird zum Beispiel als rauslassen, loswerden, oder sich frei machen beschrieben.

Ein weiteres Zitat von Johanna illustriert, wie Essen und Erbrechen als selbstdestruktive Art erlebt wird, mit dem Zwiespalt zwischen äußerem Druck und eigenen Bedürfnissen umgehen:

> *„(…) ich muss jetzt irgendwas entsprechen, ich muss jetzt schlank sein, oder ich muss jetzt irgendwie nem Bild entsprechen, was man von mir erwartet, was ich zu sein hab. Und /und /ähm genau, /oder Gefühle versucht zu unterdrücken oder zu kompensieren, weil man nicht weiß wo man sonst damit hin geht, wie sie beispielsweise über Essen zu beruhigen, oder… /oder ja, eben wies bei mir war, dass ich eben mit meinen Gefühlen nicht klar komm und dass ich mich dann eben so vollfress, dass ich wie betäubt bin, so.“* (Johanna, Z. 1938ff)

Sowohl restriktive, als auch bulimische Verhaltensweisen können also als Mittel beschrieben werden, auf internalisierende Art und Weise mit Gefühlen und Bedürfnissen umzugehen, die in sozialen Beziehungen keinen Raum finden oder als mögliche Quelle von Abwertung und Zurückweisung empfunden werden.

Härte gegen sich selbst als Schutz

Die Härte gegen sich selbst, die mit solchen Dynamiken einhergeht, wird beispielsweise im Interview mit Kim explizit:

> *„Also es war sehr stark gekoppelt an so diese /an so Zwänge. Und sie dieses /diesen Wunsch, perfekt zu sein. /Ähm, genau. /Ähm, ja, und wenig Selbst- /Selbstwertschätzung mir gegenüber, sondern sehr viel Härte, sehr viel Erwartungen.“* (Kim, Z. 112ff)

Teilweise zeigt sich in den Schilderungen der Interviewten auch, wie eine repressive bis feindliche Haltung gegen sich selbst als hilfreich empfunden werden kann, wenn Abwertung für das eigene Wesen erlebt wurde, und diese Abwertung nun in Interaktionen mit Anderen antizipiert wird und vermieden werden soll. Sarah beispielsweise beschreibt eine tiefsitzende Scham für die Undiszipliniertheit, die ihr als Kind zugeschrieben worden sei und die sie selbst als Teil ihres Wesens ansehe. Diese Undiszipliniertheit wurde ihrem Empfinden nach sowohl durch Unordnung in ihrem Lebensraum, als auch durch einen nicht ausreichend dünnen Körper für Andere sichtbar. Sie strebte daher Selbstdisziplin an, um diesen vermeintlichen Makel vor Anderen zu verbergen und sich vor ihrem Urteil zu schützen:

> *„(…) ich bin eigentlich voll chaotisch, und ich hab halt so voll die Scham dafür und versuch das halt so zu verstecken, dass andere Leute das nicht merken, dass ich so ne Chaotin bin. Und e- /ich glaube mit dem Essen fühlt sich auch fast n bisschen so an, dass ich so immer dachte, dass ich <u>eigentlich</u> dick bin, aber ich versuch‘s halt so zu verstecken.“* (Sarah, Z.851ff)

Amy und Henrietta beschreiben Härte gegen sich selbst noch extremer in Form von Selbstbestrafung durch gestörtes Essverhalten und Sport. Die Selbstbestrafung richtet sich dabei laut Amy einerseits gegen sie selbst als Person, die sich als inadäquat empfindet, und andererseits gegen ihren Körper, in dem sich ihr Erleben, nicht richtig zu sein, manifestiert.

Henrietta beschreibt Selbstbestrafung durch gestörtes Essverhalten als hilfreiche Strategie in Situationen, in denen sie Verunsicherung darüber erlebte, ob ihr Verhalten von Anderen als in Ordnung empfunden wurde:

> *„((in sachlichem Tonfall*)) Wenn man irgendwas nicht gut genug gemacht hat, wenn man sich nicht genügend angestrengt hat, dann wird man dafür bestraft. (2) Und dann versucht man, es wieder besser zu machen.(*) (3) Und vielleicht brauchte ich einfach so diesen (4) /ähm, einfach so ne Rückversicherung. War das ok, oder war das nicht ok? Und dann hab ich‘s vielleicht nicht bekommen und dann ist es immer besser, bestrafen. Is immer mal ganz gut (lacht leicht). So, des hat halt n Effekt.“* (Henrietta, Z. 1307ff)

Damit wird Selbstbestrafung in gewisser Weise als Mittel beschrieben, Abwertung und sozialem Ausschluss zu entgehen, indem mögliches Fehlverhalten oder fehlerhaftes Sein vorsorglich durch Strafe ausgeglichen wird. Daria vergleicht diese Haltung sogar mit religiöser Selbstgeißelung, durch die Menschen vor Gott für ihre Makel oder Sündhaftigkeit büßten und seine Gnade zu erhalten versuchten.

Einschub: zwischen Anpassung und Autonomie - die doppelte Funktion gestörten Essverhaltens

In den beiden zuletzt beschriebenen Unterkategorien (*Funktionieren können und Erwartungen erfüllen* und *Härte gegen sich selbst als Schutz*) wird bereits die widersprüchliche oder doppelte Funktion des gestörten Essverhaltens deutlich: Es dient zwar der Anpassung an die wahrgenommenen sozialen Anforderungen, die sich durch schwierige familiäre Bedingungen sowie soziale Normen und Erwartungen Anderer ergeben, gleichzeitig schafft es aber auch eine Möglichkeit, innerhalb dieses Rahmens handlungsfähig zu bleiben: Wenn eigene Gefühle und Bedürfnisse durch Essen oder nicht Essen reguliert werden können, macht man sich unabhängig von Anderen und kann in schwierigen Umständen funktionieren. Indem man sich entsprechend den Wertungen Anderer anpasst, kann man drohende Abwertung oder sozialen Ausschluss abwenden. Ein Ausschnitt aus einem fallspezifischen Memo zu Estelle beschreibt diesen Widerspruch zwischen Anpassung und Selbstbeschränkung einerseits und Subjektivität andererseits eindrücklich:

Aus dem Memo „Estelle: Paradoxie der Essstörung“ vom 10.02.20:

Estelle beschreibt verschiedene Aspekte als paradox: Sie habe in der Magersucht mehr soziale Nähe erlebt, obgleich sie einen großen Teil ihres Lebens verstecken musste. Es war eine Zeit, mit der sie Dinge für sich selbst entschied, auch wenn es Anderen nicht passte, und Sachen alleine machte (z.B. spazieren gehen während andere essen). Sie konfrontierte sich mit dem Alleine sein, das ihr sonst Angst machte, und stellte Freiheit für sich her. In der Essstörung habe sie nicht-konform Sein ausleben können. (…) Paradox erscheinen ihr diese positiven Aspekte, da sie sich gleichzeitig in der Essstörung „schlimmes angetan" habe. An anderer Stelle beschreibt sie das Funktionieren trotz des nicht Essens als eine Leistung, die nur durch eine Distanziertheit sich selbst gegenüber möglich sei.

In diesem Memo klingen bereits die beiden im Folgenden beschriebenen Unterkategorien an, in denen das Erleben von Freiheit und Unabhängigkeit noch deutlicher wird.

Erleben und Verkörpern von Kontrolle

„(…) wenn man den Körper kontrollieren kann, dann hat man /also man hat Kontrolle über sein Leben.“ (Henrietta, Z. 411f)

Dieses Zitat veranschaulicht, welche Bedeutung körperlicher Selbstkontrolle im Erleben der Essstörung zugeschrieben werden kann. Kontrollerleben und Kontrollverlust werden in allen Fällen als relevant für die Essstörungssymptomatik beschrieben. Den eigenen Körper und die eigenen Bedürfnisse kontrollieren zu können wird als Erfolgserlebnis, Leistung und Beweis für Stärke und Unabhängigkeit erlebt oder vermittelt ein Gefühl von Sicherheit und der Möglichkeit, etwas beeinflussen zu können. Die Essstörungssymptomatik an sich ermöglicht ein direktes, leibliches Erleben von Einfluss und Kontrolle, welches in Bezug auf die eigenen Lebensbedingungen nicht möglich erscheint, wie in einem Zitat von Eva deutlich zum Ausdruck kommt:

„Und, die Essstörung hat mir halt so die Sicherheit gegeben, dass da irgendwas ist, was ich noch so im Griff hatte.“ (Eva, Z. 395f)

Durch Essen aufgenommene und durch Bewegung verbrauchte Kalorien gegenzurechnen und die Bilanz mit den Zahlen auf der Waage in Verbindung zu bringen habe Eva als „komplette Kontrolle“ (Eva, Z. 421) erlebt, etwas, das sie ganz genau beeinflussen könne.

Aber auch eine Art symbolische Verkörperung von Kontrolle wird als wichtig beschrieben, indem der Körper die Funktion eines sozialen Mediums annimmt: Eine schlanke, trainierte Körperform stellt die eigene Leistungsfähigkeit und Disziplinertheit nach außen hin dar. Wer sich nicht im Griff hat, dem kann dies über den Körper angesehen werden. Dies wird z.B. in folgenden Zitaten von Susanne und Sarah veranschaulicht.

> *„Und wenn ich kein Fett hab dann bin ich eigentlich erst stark. Dann kann ich eigentlich erst zeigen, dass ich stark bin.“* (Susanne, Z. 1560f)

> *„(…) dass ich dann irgendwie das Gefühl hatte, dass es vielleicht auf meinen Körper zu- /also, so /so dass man dem das ansehen könnte, dass ich halt irgendwie undiszipliniert bin.“* (Sarah, Z. 193ff)

Fett und Körpermasse werden mit Schwere, Trägheit und Passivität assoziiert und mit Ablehnung und Ekel beschrieben. In dem folgenden Zitat spricht Henrietta darüber, was „massig“ zu sein bzw. sich so zu fühlen für sie bedeute:

> *„(…) des is so dieses Gefühl von Trägheit, keine Leistung zeigen, und irgendwie, alles hinnehmen.“* (Henrietta, Z. 749f)

Körpermasse beeinträchtigt in ihrem Empfinden also das Gefühl eine leistungsfähige, selbstbestimmte Person zu sein und daher das Erleben von Subjektivität.

Auffällig ist in den Schilderungen der Interviewten eine Unterscheidung zwischen dem eigenen Selbst und dem eigenen Körper: Der Körper wird als etwas beschrieben, das durch das Selbst kontrolliert werden muss und damit dem Selbst nicht zugehörig erscheint. Das Selbst wird dabei oft dem Kopf zugeordnet, der als rational und kontrollierend, aber auch unterdrückend beschrieben wird. Susanne beschreibt ihre Essstörung geradezu als einen Kampf zwischen Kopf und Körper, die letztendlich jedoch nicht gegeneinander gewinnen könnten, da sie eigentlich zusammen gehörten:

„(…) sagen wir, /ähm, der /der Teil im Kopf der macht dass man nichts isst, ist grad stark, dann (…) fühlt man sich auch gut und so weiter, hat man das Gefühl, ja, jetzt ((verlegen)) wendet sich der Kampf zum Guten(*). /Ähm, und der eine Teil gewinnt, aber, der Teil kann gar nicht gewinnen, weil /weil es dem Körper schadet, und der Teil ja im Körper drin ist und sich dann auch selber schadet. Und, /ähm, wenn /wenn der Körper sich holt, was er braucht, dann isst man, dann /dann geht‘s dem Kopf schlecht, dann ist es auch wieder nicht gut.“* (Susanne, Z. 1845ff)

Die Essstörung erscheint umso positiver erlebt zu werden, je besser es gelingt ein Erleben von Kontrolle herzustellen und aufrecht zu erhalten. In Fällen mit bulimischer Symptomatik besteht Kontrollerleben oft eher als Wunsch oder angestrebtes Ziel, während durch die wiederkehrenden Essanfälle tatsächlich ein Erleben von Kontrollverlust vorherrscht. Zum Teil wird auch Neid auf Personen mit anorektischer Symptomatik ausgedrückt, die „quasi erhaben“ (Blanca, Z. 1213) in ihrer Selbstkontrollfähigkeit erscheinen, oder sich positiv auf anorektische Phasen bezogen, die wie im Fall von Susanne vor Beginn der bulimischen Symptomatik durchlebt wurden:

„Und zur Zeit von der Bulimie hatte ich auch das Gefühl, dass es mir besser ging in der Magersucht. Dass es mir sowieso einfach dann gut ging und dass es alles wieder gut ist wenn ich einfach endlich mal wieder aufhören könnte zu essen.“ (Susanne, Z. 1722ff)

Das Erbrechen erscheint, wie bereits oben beschrieben, einerseits als Mittel, Kontrolle wiederherzustellen, andererseits im Verlauf der Essstörung zunehmend als etwas, das selbst außer Kontrolle gerät. Unabhängig von der Art der Symptomatik wird das Empfinden von Kontrollverlust durch die Essstörung als etwas beschrieben, das im Verlauf der Essstörung zunimmt, den Leidensdruck erhöht und oft eine Motivation darstellt, eine Besserung der Symptomatik anzustreben. Auch bei Interviewten mit vorwiegend restriktiver Symptomatik wird das Erleben von Kontrollverlust beispielsweise durch den zunehmend geschwächten Körper, abnehmende Leistungsfähigkeit und zunehmende Zwanghaftigkeit im Essverhalten beschrieben.

Herstellen von Freiheit und Selbstbestimmtheit

Estelle und Charlie beschreiben ihre Essstörung ganz explizit – wenn auch mit Widersprüchen – als Mittel zur Herstellung von Selbstbestimmtheit, Freiheit und Nonkonformität, mit dessen Hilfe sie sich der Ansprüche Anderer entziehen und eigene Entscheidungen treffen können:

> *„(…) das hat mir schon auch sehr viel Kraft gegeben so ne Zeit lang, so zu wissen, okay, ich hab das unter Kontrolle, so ich bin Herr über mein eigenes Ich, und ich bin nicht irgendwie so abhängig irgendwie von meinen Eltern, die ständig irgendwas von mir wollen, sondern es ist mein Körper, und ich mach mit dem was ich will, und /ähm, ich hab darauf keinen /ihr habt darauf keinen Einfluss, so.“* (Charlie, Z. 244ff)

> *„(…) weil es hat so dieses nicht konform Sein, hab ich dann da* [während der Magersucht] *so also wirklich ganz krass /ganz krass ausgelebt so tatsächlich, so. /Ähm, (2) oder irgendwie halt tatsächlich halt zum ersten Mal so für* <u>*mich*</u> *entschieden, und /äh, und auch wirklich so, ja, /ähm, wenn's dann andern nicht passt, dann müssen sie‘s nicht wissen (lacht).“* (Estelle, Z. 635ff)

Zum Teil zeigt sich auch in anderen Fällen, in denen das Erleben von Freiheit und Nonkonformität nicht so explizit beschrieben wird, der Aspekt von Konzentration auf sich selbst und Abschottung gegen die Ansprüche oder Bedürfnisse Anderer. So beschreibt Eva ihre Anorexie als etwas, wo sie sich sehr auf sich selbst konzentriert habe und den Fokus auf ihren Körper als etwas, dass sie nicht für Andere, sondern aus „egoistischen“ (Eva, Z.1056) Gründen getan habe. Johanna beschreibt Essanfälle als Momente, in denen sie das Gefühl hat, „dass alles um mich rum weg ist, dass ich nur in dem Moment <u>ich</u> bin“ (Johanna, Z. 1948f).

Dieses Streben nach Selbstbestimmtheit und Individualität, sowie die Abgrenzung gegen Passivität und eine Ausrichtung auf Andere, werden von Charlie und Estelle in den Kontext geschlechtsspezifischer Zuschreibungen und Erwartungen gestellt. Charlie beschreibt ihre Essstörung als Kampf darum, sie selbst sein zu können, was sich in erster Linie auf eine Rebellion gegen die normativen Vorstellungen ihres konservativen Umfelds von heterosexueller Weiblichkeit bezieht, bei der sie für Ehemann und Kinder hätte da sein sollen. Auch bei Estelle erscheinen Individualität und Freiheit als Eigenschaften, die Männern

vorbehalten bleiben, während Frauen „reduziert“ (Estelle, Z. 1316) werden. Sie selbst habe sich mehr mit dem Bild eines einsamen Intellektuellen identifizieren können:

> *„Und ich war voll Literatur und Philosophie besessen, und das sind halt immer so Männerfiguren gewesen (schmunzeln), so die Schriftsteller und die Philosophen die ich bewundert habe, so eher so auch alleine, allein-Leute (lacht).“* (Estelle, Z. 666ff)

Wie bereits an anderen Stellen beschrieben, steht dieses Erleben von Autonomie im Sinne von Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit im Widerspruch mit den Ansprüchen des sozialen Kontextes. Es ergibt sich dadurch also ein Widerstreit zwischen dem Bedürfnis, mit Anderen in Beziehung zu sein, und dem Bedürfnis, man selbst zu sein. Estelle benennt Einsamkeit daher als wichtiges Thema ihrer Essstörung: Einsamkeit erscheint als etwas, das sie einerseits fürchtet, das ihr andererseits aber Freiheit ermöglicht und daher wertgeschätzt wird.

Während die Überschneidungen des Konflikts um Autonomie versus Beziehung mit normativen Vorstellungen von Männlichkeit versus Weiblichkeit bei Estelle und Charlie offen benannt werden, gibt es diese Ebene der Reflexion bei anderen Fällen nicht. Im Interpretationsteil wird diese Thematik jedoch noch ausführlicher aufgegriffen werden.

IV.3.2. Soziales Verhandeln von Geschlecht

Besonders in den Fällen, in denen die Interviewten einen Einfluss von objektivierenden und sexualisierenden Erfahrungen auf ihren Selbst- und Körperbezug beschrieben hatten, wurde der Umgang mit dem Körper im Rahmen der Essstörung als Strategie beschrieben, Vorstellungen von Geschlecht zu verhandeln: Wenn ein abgewertetes, objektiviertes Konzept von Weiblichkeit über den Körper zugeschrieben wird, kann die Beeinflussung der eigenen körperlichen Erscheinung eine Strategie sein, Einfluss auf diese Zuschreibung zu nehmen. Dabei zeichnen sich zwei gegensätzliche Wege ab: Möglichst begehrenswert sein oder Objektivierung vermeiden. Zwischen diesen beiden Unterkategorien zeigt sich erneut die Ambivalenz zwischen Anpassung an die Vorstellungen Anderer und dem Versuch, sich den Ansprüchen Anderer zu entziehen. In dieses Spannungsfeld lassen sich zwei weitere wichtige Unterkategorien des sozialen Verhandelns von Geschlecht einordnen: Zum einen das Streben nach einem schönen, zierlichen Aussehen als Verkörperung von

Weiblichkeitsidealen ohne einen Fokus auf sexuelles begehrt Werden, und zum anderen die Verkörperung nicht normgerechter Geschlechtsidentitäten. Wie bereits im Abschnitt über Verkörperung beschrieben, werden nicht nur ganz spezifische Geschlechterbilder, sondern auch Geschlecht allgemein über den Körper zugeschrieben: Die Beeinflussung des eigenen Aussehens kann daher auch eine Strategie sein, die eigene Identität zu verkörpern und Zuschreibungen von Geschlecht, die der eigenen Identität nicht entsprechen, zu vermeiden.

Abbildung 8: Unterkategorien soziales Verhandeln von Geschlecht

Selbstwert durch begehrt werden

Im Abschnitt zu objektivierter Weiblichkeit wurde das Erleben beschrieben, der eigene Wert als Mensch hänge von der Attraktivität für Männer ab. Insbesondere Mira und Kim, aber auch Sarah, Maxi und Johanna, beschreiben den Wunsch, attraktiv zu sein, als Motivation für ihre übermäßige Beschäftigung mit ihrem Körper und ihrem Aussehen im Rahmen der Essstörung.

> *„Ich hab /ich hab nur so kritisch darüber* [eigener Körper] *nachgedacht, oder mich so zwanghaft damit auseinander gesetzt, weil ich das Gefühl hab, ich hab des gebraucht, ich hab so n Körper gebraucht, dafür, dass ich /ähm begehrenswerter werde, körperlich.“* (Mira, Z. 375ff)

Johanna beschreibt die Vorstellung in ihrer Jugend, sexuell abstoßend zu sein, als zutiefst verunsichernd und als auslösendes Ereignis für ihre Essstörung:

> *„(…) dass mir so ne Idee in Kopf kam, oh krass wie /wie des für n Junge irgendwie sein muss wenn er mit mir Sex hat und des is doch dann voll eklig für den und wie /weil ich so dick bin und des so hässlich aussieht und dann hat irgendwie, keine Ahnung warum, von einen auf‘n anderen Moment hat‘s n Schalter in meinem Kopf umgelegt, wo ich gesagt hab, des kann doch nicht sein, des kann /kann ich nicht akzeptieren, wie scheiße is‘n des. Und dann hab ich, irgendwie, angefangen (stockt) nicht mehr zu essen (…)“* (Johanna, Z. 135ff)

Den Körper an Schönheitsideale anzupassen erscheint als Strategie, den prekären Selbstwert innerhalb einer objektivierten Position zu stabilisieren bzw. zu steigern. Begehrenswert zu sein ermöglicht für Mira und Sarah in gewissem Maße auch eine Machtausübung auf Männer: beide beschreiben, Sexualität als Mittel eingesetzt zu haben, um Bestätigung oder Einfluss zu erlangen. Diese Einflussnahme bleibt jedoch sehr prekär und ist mit einer Vernachlässigung eigener Grenzen bzw. Grenzüberschreitungen durch diese Männer verbunden (vgl. Abschnitt IV.2.3.). Mira beschreibt, Grenzüberschreitungen für Bestätigung „in Kauf“ (Mira, Z. 446) genommen zu haben, und auch heute noch dazu zu neigen, ihre Grenzen zu vernachlässigen, wenn sie dafür Bestätigung für ihren Wert als Mensch bekommen könne:

> *„Und dass ich auch heute immer noch in so Situationen gerate, in denen ich öfter einfach mal nein sagen müsste, weil‘s mir selbst damit einfach viel besser gehen würde. Die damit zusammenhängen, dass ich irgendwie, so (…) die letzte Bestätigung von Jemandem brauche, dass ich doch irgendwie so gut genug bin.“* (Mira, Z. 215ff)

Vermeidung von Objektivierung

Als Gegenpol zu dem Wunsch, den Körper möglichst begehrenswert zu machen, erscheint gestörtes Essverhalten für manche Interviewte als Strategie, ihre „weiblichen Attribute“ (Sarah, Z. 197) wie Rundungen an Brüsten und Hüften zu reduzieren, um Objektivierung zu vermeiden. Da in der Erfahrungswelt einiger der Interviewten der eigene

weibliche Körper als Grund für sexuelle Übergriffigkeit und Zuschreibung einer objektivierten, abgewerteten Weiblichkeit erlebt wurde, erscheint es sinnvoll, sich dem über die Veränderung des Körpers zu entziehen. Dies wird beispielsweise von Henrietta beschrieben, die durch ihre Essstörung „kindlich“ (Henrietta, Z. 667) habe bleiben wollen:

> *„(…) dass man halt, wenn man halt in die Pubertät kommt, dass man eher angeguckt wird oder angemacht wird und irgendwelche blöden Kommentare bekommt, dass man das halt so* [durch die Essstörung] *umgeht, weil‘s so, /man fühlt sich so komisch damit, wenn man solche Sachen hört.“* (Henrietta, Z. 697ff)

Während dieses Motiv bei Henrietta klar im Vordergrund steht, beschreibt Sarah eine Ambivalenz zwischen dem Motiv, Bestätigung für einen attraktiven Körper zu bekommen, und dem Motiv, sich diesen sexualisierten Interaktionen entziehen zu wollen. Letzteres scheint im Verlauf der Essstörung zunehmend im Vordergrund gestanden zu haben und wird in folgendem Zitat deutlich:

> *„(…) dass ich halt diese weiblichen Attribute einfach nicht haben wollte, /ähm, da hab ich dann auch irgendwie glaub ich auch aufgehört damit, irgendwie so sexy zu sein quasi, also so, also dann hat ich nicht mehr so diese kra- /krasse Wirkung auf so viele Männer, die mich halt nicht kannten irgendwie.“* (Sarah, Z. 196ff)

Auch die Vermeidung der im Abschnitt zu Objektivierung beschriebenen Erfahrungen von Objektivierung durch andere Frauen, hier vor allem durch die eigenen Mütter, wird von Sarah und Henrietta als Funktion ihres gestörten Essverhaltens beschrieben. Dünn zu sein erscheint für Sarah als funktional, um keine Angriffsfläche für den „kritischen Blick“ (Sarah, Z. 37) ihrer Mutter zu bieten, durch den sie sich auch als junge Erwachsene noch unter Druck gesetzt gefühlt habe. Stand z.B. ein Besuch der Eltern an, habe sie ihre Diätbemühungen noch intensiviert. Im folgenden Zitat wird deutlich, dass es dabei weniger um eine erhoffte Bestätigung geht, sondern darum, sich einer Bewertung möglichst ganz zu entziehen:

> *„ (…) des war eigentlich immer nur so dieses nicht negativ auffallen wollen, aber wenn sie dann irgendwie sowas gesagt hat, dann war's auch /also ich glaube eigentlich wollt ich am liebsten so dass ich gar /das Gefühl hab dass*

ich gar nicht dieser /also dass das gar nicht kommentiert wird einfach, also dass mein Körper überhaupt nicht kommentiert wird.“ (Sarah, Z. 610ff)

Wie im Abschnitt zum Erleben von Objektivierung beschrieben berichtete Henrietta, von ihrer Mutter als eine Rivalin um die Aufmerksamkeit ihres Vaters angesehen und dafür angegriffen worden zu sein. Sie beschreibt ihre Bulimie als eine Art Rückzug aus dieser Konkurrenzsituation:

„Und, eigentlich war die Bulimie da ganz gut für (lacht auf) das, also, /weil, dann hat man sich ja nicht mehr mit solchen Sachen [sich z.B. schön und fraulich kleiden] *beschäftigt, man war ja die ganze Zeit nur noch beim Essen. Und man hat, sich zurückgezogen, /also eigentlich war die Bulimie (lacht beim Sprechen*) für meine Mutter(*) in der Hinsicht vielleicht ganz gut, weil, dann musste sie nicht mehr eifersüchtig sein.“* (Henrietta, Z. 384ff)

Weiblichkeitsnormen entsprechen

Die beiden bisher beschriebenen Unterkategorien beschreiben zwei Wege, auf denen versucht wird, Weiblichkeit im Sinne einer sexualisiert-objektivierten sozialen Position zu verhandeln. In den Beschreibungen zu den psychosozialen Bedingungen wurde bereits ausgeführt, dass normative Weiblichkeit auch ohne diesen stark sexualisierten Fokus eine objektivierte Position kennzeichnet, in der schönes Aussehen, Zurückhaltung und eine Ausrichtung auf Andere positiv bewertet wird, und dass viele Interviewte Abwertung dafür erfuhren oder befürchteten, wenn sie diesem Ideal nicht zu entsprachen (vgl. Abschnitt IV.2.3. und Abschnitt IV.2.4.). Gestörtes Essverhalten wird daher von vielen Interviewten auch als funktional beschrieben, um über das Herstellen von Schönheit, Zierlichkeit und das Praktizieren von Zurückhaltung Weiblichkeitsnormen zu erfüllen und soziale Anerkennung zu bekommen. In der Beschreibung der Unterkategorie *Funktionieren können und Erwartungen erfüllen* wurde bereits deutlich gemacht, dass sich dies oft auf geschlechtsspezifische Erwartungen bezieht, bzw. wie der Aspekt des sich selbst Zurücknehmens um sich an die Erwartungen und Bedürfnisse Anderer anzupassen mit Vorstellungen von Weiblichkeit übereinstimmt.

Johanna beispielsweise durchlebte vor ihrer Bulimie eine mehrmonatige anorektische Phase, in der sie dem von ihr beschriebenen feenhaften Ideal von Weiblichkeit sowohl optisch als auch vom generellen Verhalten her näherkam, indem sie zierlicher wurde, sich femininer

kleidete und angepasster benahm. Sie erlebte dadurch einen regelrechten sozialen Aufstieg: Während sie vorher zu den Außenseiter_innen gehört habe, sei sie dann plötzlich beliebt und cool gewesen. Einen ähnlichen Prozess beschreibt Maxi, die schon früh unter dem Gefühl gelitten habe, nicht zierlich und feminin genug zu sein. Sie habe ihre Essstörung entwickelt, nachdem sie durch eine körperliche Erkrankung einen tiefgreifenden Einschnitt in ihr Leben erfahren hatte und eine Zeit lang nicht mehr zur Schule gehen konnte:

> Aus dem Memo „Maxi: Vergleich mit Gesamtmodell“ vom 10.09.20:
> Durch das intensive Training und das Erbrechen habe Maxi viel Gewicht verloren und außerdem angefangen, sich weiblicher und schicker zu kleiden. Sie habe dafür von außen viel Bestätigung bekommen können, obgleich sie sich selbst eigentlich nicht gut gefühlt habe. Einem Ideal zu entsprechen, dem sie früher nicht entsprechen konnte und dafür Abwertung erfahren hatte, erscheint als Kompensation für den Verlust von Selbstwert und Handlungsfähigkeit durch die Krankheit und die Schulunterbrechung.

Für Kim wirkt der Druck zu Weiblichkeit und der internalisierte Anspruch, Männern gefallen zu müssen, zudem zusammen mit einer erlebten Abwertung aufgrund ihrer Homosexualität. Weiblichen Schönheitsnormen zu entsprechen erscheint dabei quasi als Kompensation für ihre abweichende sexuelle Orientierung:

> *„Ähm, ich glaube es hat sehr viel mit so internalisierter Homophobie zu tun. Und so diesem Bild von, so schaut ne Lesbe aus, und so soll ich auf <u>keinen</u> Fall ausschauen.“* (Kim, Z. 747ff)

In diesen Beispielen zeigt sich, wie schwer die Aspekte von attraktiv sein/begehrt werden, schön und zierlich sein als Verkörperung von Weiblichkeit, sowie das Zurückstellen eigener Bedürfnisse/angepasst Sein sich voneinander trennen lassen.

In anderen Fällen, z.B. bei Susanne oder Blanca, wird zwar die Entsprechung von Schönheitsnormen als Ziel angeführt, aber wenig ausgeführt und nicht in den Kontext sozialer Bewertungen gestellt. In ihren Beschreibungen überwiegt die Funktionalität essgestörten Verhaltens für die sozial-emotionale Regulation (siehe Abschnitt IV.3.1.).

Verkörperung der eigenen Geschlechtsidentität

Eine andere Art des Verhandelns von Geschlecht schildert Amy im Rahmen ihrer Transgeschlechtlichkeit: Sie beschreibt eine magere, weibliche Ästhetik (z.B. hervorstehende Hüftknochen) als Ideal, das sie anstrebte. In ihrem Fall geschieht dies als äußerliche Annäherung an eine Vorstellung von Weiblichkeit, die ihr von außen nicht zugesprochen wird bzw. den sozialen Erwartungen an sie sogar widerspricht, da sie in dieser Zeit von Anderen noch als junger Mann angesehen und mit ganz anderen sozialen Erwartungen konfrontiert wurde. Einen Bauch zu bekommen und dann auszusehen wie ihr Vater galt es in jedem Fall zu vermeiden. Amy schildert, ihr Leiden an der fehlenden Akzeptanz und Anerkennung ihrer Identität durch Andere auf ihren Körper projiziert zu haben, da über den Körper die Zuschreibung von Geschlecht funktioniere. Gleichzeitig erfüllte magersüchtig zu sein an sich für Amy auch die Funktion einer Abgrenzung gegen Männlichkeit, da sie im gesellschaftlichen Diskurs als Problem von Frauen behandelt werden. Sich so weit wie möglich an einen „weiblichen Referenzrahmen“ (Amy, Z. 542) heranzubewegen habe sie auch schon zu Zeiten angestrebt, in denen ein Lebens als Transfrau ihr noch nicht möglich erschien:

> *„(…) dann hab ich sehr lange irgendwie so dieses ich bin kein normaler Mann, oder ich bin /ich /ich reproduziere zumindest keine Männlichkeitsklischees, also so wenig wie möglich irgendwie, ich glaub das war dann so n Ansatz den ich hatte, und auch dazu hat das natürlich gut gepasst, so, also weil Männer sind nicht magersüchtig (…)“* (Amy, Z. 572ff)

Obgleich auch für Charlie das Ausleben einer selbstbestimmten Geschlechtlichkeit ein wichtiges Thema ist und sie das Aussehen dafür als relevant beschreibt (Vgl. Abschnitt zur Verkörperung von Geschlecht), beschreibt sie ihre Essstörung nicht explizit als funktional zur Verkörperung eines bestimmten Geschlechterbildes, wie Amy das tut. Ein schlanker, sportlich-leistungsfähiger Körper erscheint in ihren Schilderungen jedoch als ein Ideal, welches mit Selbstbewusstsein und einer aktiven Position assoziiert ist. Dies wird beispielsweise in der Bewunderung für eine Freundin deutlich, mit der sie sich während ihrer Essstörung viel verglichen habe und die sie als „emanzipiertes Mädchen“ (Charlie, Z. 447) beschreibt:

„(…) ich glaub sie hat mir als Mensch einfach sehr imponiert so, eben so dieses Leistungsturnerding, so wie sie ihren Körper so kontrolliert hat und wie sehr sie den auch trainieren konnte (…)“ (Charlie, Z. 261)

Selbstbewusstsein und Aktivität wiederum sind Eigenschaften, die für sie erstrebenswert sind, um die sie als Mädchen aber habe kämpfen müssen, da sie männlich konnotiert seien. Insofern erscheint auch in Charlies Fall das in der Essstörung angestrebte Körperideal als implizit mit geschlechtlichen Bedeutungen verknüpft. Für Charlie als cisgeschlechtliche Frau geht es hier weniger um die Verkörperung einer bestimmten Geschlechtsidentität in dem Sinne, als Mann oder Frau wahrgenommen zu werden, sondern darum, nicht auf ein restriktives Geschlechterbild festgelegt zu werden.

IV.4. Veränderungsprozesse: Entwicklung von Subjektivität durch Selbstakzeptanz und Selbstbestimmung

Veränderungsprozesse werden von den Interviewten oftmals als noch fortdauernde Prozesse beschrieben, bei denen der jetzige Zustand sich jedoch deutlich vom Erleben zur Zeit der Essstörung unterscheidet. Für einige der Interviewten, z.B. Johanna oder Amy, war ein stationärer Klinikaufenthalt eine Art Wendepunkt, in dem die konkrete Essstörungssymptomatik gebessert und psychische Veränderungen angestoßen wurden[16]. In Fällen ohne Klinikaufenthalt erscheinen die Veränderungen als Prozesse, die sich mehr oder weniger kontinuierlich über größere Zeiträume erstrecken. Ambulante Psychotherapie war dabei in vielen Fällen wichtig, jedoch nicht in allen. Auch in den Fällen, in denen eine schnelle Besserung des Essverhaltens durch einen Klinikaufenthalt berichtet wurde, werden tiefgreifendere psychische Veränderungen als wichtige, über mehrere Jahre andauernde Prozesse beschrieben.

Inhaltlich drehen sich die Schilderungen um die Entwicklung eines positiveren Bezuges zu sich selbst, was hier als Selbstakzeptanz bezeichnet wird. Einhergehend mit dieser Zunahme an Selbstakzeptanz ist ein Prozess der Entwicklung von Selbstbestimmung: Sowohl das eigene Handeln als auch die Beziehungen zu Anderen werden mehr an den eigenen Bedürfnissen anstatt an den Erwartungen Anderer ausgerichtet. Subjektivität muss daher nicht

[16] Klinikaufenthalte werden jedoch nicht immer positiv beschrieben, sondern zum Teil auch ambivalent (z.B. von Estelle) oder kritisch, wie z.B. von Henrietta, die von ihren Eltern zu einem Klinikaufenthalt gezwungen wurde und aus der Klinik weg lief.

mehr auf selbstschädigende Weise über die Kontrolle von Körper und Essverhalten hergestellt werden, wodurch diese Verhaltensweisen an Bedeutung verlieren. Die über alle Fälle vergleichend herausgearbeiteten Veränderungsprozesse gliedern sich in fünf zentrale Kategorien. Dabei sind - ähnlich der Kategorienstruktur im Abschnitt zu den psychosozialen Bedingungen der Essstörung - soziale Prozesse (Kategorie *soziale Erfahrung von Akzeptanz und Fürsorge*) und Veränderungen in den Lebensumständen (Kategorie *selbstbestimmte Lebensführung*) mit Veränderungen im psychischen Erleben verknüpft. Dieses Zusammenwirken von Prozessen im Innen und Außen der Person zeigte sich bereits deutlich in den Einzelmodellen der ersten Fälle, wie im folgenden Memo zu Sarah, und wurde im Verlauf der Auswertungen inhaltlich ausdifferenziert.

> Fazit aus dem Memo „Sarah: Veränderungsprozesse“ vom 19.07.2019:
> Insgesamt lässt sich dies als ein Prozess beschreiben, bei dem Sarah Akzeptanz und Wertschätzung unabhängig von ihrem Körper, sowie Aufmerksamkeit für ihre Bedürfnisse und Ermutigung, diese zu erfüllen, erlebt, und dadurch zu mehr Selbstakzeptanz (körperlich und insgesamt) und mehr Selbstbewusstsein findet. Ihre eigenen Bedürfnisse kann sie nun besser annehmen und erfüllen.

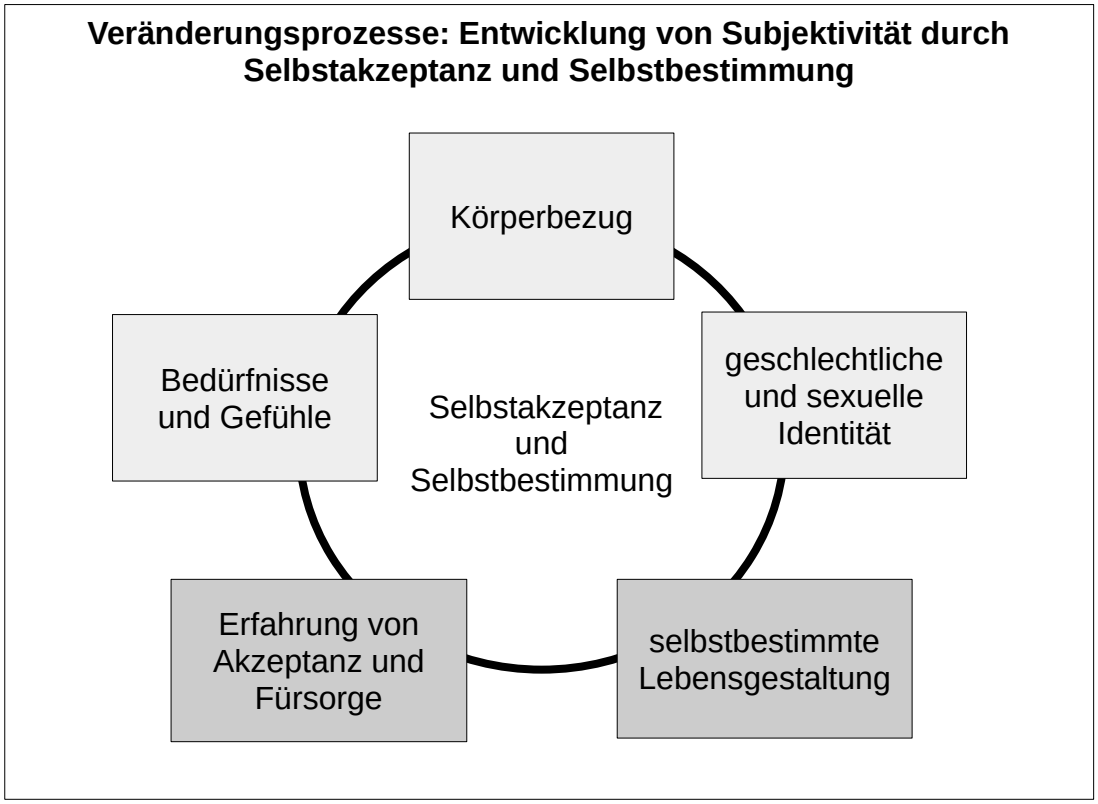

Abbildung 9: Veränderungsprozesse

Die intrapsychischen Veränderungen hin zu mehr Selbstakzeptanz und Selbstbestimmung lassen sich in drei inhaltliche Bereiche, die jeweils eine Kategorie darstellen, unterteilen: *Bedürfnisse und Gefühle*, *Körperbezug* und *geschlechtliche und sexuelle Identität*. Trotz dieser inhaltlichen Abgrenzung sind die Entwicklungsprozesse in diesen Kategorien kaum voneinander zu trennen, sondern wirken stark mit- und durcheinander. Daher werden im Folgenden die einzelnen Kategorien kurz umrissen und ihr Ineinandergreifen anschließend anhand von Fallbeispielen verdeutlicht. Gemäß der Forschungsfrage wird dabei insofern ein Fokus auf Geschlecht und Sexualität gelegt, dass diese Kategorie noch genauer in ihren verschiedenen Aspekten (Unterkategorien) beleuchtet wird und die Fallbeispiele, die das Zusammenwirken aller Kategorien der Veränderungsprozesse veranschaulichen sollen, an die Beschreibungen der Unterkategorien von *geschlechtliche und sexuelle Identität* angeschlossen werden.

IV.4.1. Erfahrung von Akzeptanz und Fürsorge

Antagonistisch zu der sozialen Erfahrung, zu wenig Raum für eigene Bedürfnisse zu haben, nicht gesehen zu werden und sich zurück nehmen zu müssen, die in den psychosozialen Bedingungen der Essstörung beschrieben wurde, nimmt in den Schilderungen des Besserungsprozesses die soziale Erfahrung von Akzeptanz und Fürsorge eine zentrale Stellung ein: Interviewte berichten vom Erleben zwischenmenschlicher Gemeinschaft, in der sie gesehen werden, Fürsorge bekommen, sich ausdrücken können und auch mit Schwächen oder Bedürftigkeiten da sein können. Die Kontexte in denen dies geschieht können unterschiedlich sein: In einigen Fällen ist eine gute therapeutische Beziehung von zentraler Wichtigkeit, wie z.B. bei Charlie, die sich von ihrem Therapeuten „sehr gesehen gefühlt“ (Charlie, Z. 541) habe. Auch für Henrietta war es entscheidend, in ihrer Therapeutin eine Person zu finden, mit der sie über Dinge reden konnte, um dann „den ganzen Frust nicht mehr so runterschlucken“ (Henrietta, Z. 180f) und gegen ihren eigenen Körper richten zu müssen.

Auch die Gemeinschaft mit Mitpatient_innen in stationären Settings, mit denen Erfahrungen geteilt und sich solidarisiert werden kann, oder die Unterstützung durch das Klinikpersonal werden häufig als hilfreich beschrieben. Für Estelle war es beispielsweise sehr wichtig, innerhalb der Klinik einen Raum zu haben, in dem sie nicht habe funktionieren müssen, sodass auch depressive Gefühle Raum finden konnten und nicht durch restriktives Essverhalten unter Kontrolle gehalten werden mussten. Auch Johanna beschreibt die Klinik

als einen Raum, in dem sie auch problematische Seiten habe ausleben können, diese dann aber durch Halt und Unterstützung „wieder in [den] Griff“ (Johanna, Z. 744) bekommen habe.

Jedoch können diese Erfahrungen auch außerhalb von therapeutischen Kontexten gemacht werden. Für Sarah war beispielsweise eine unterstützende und wertschätzende Liebesbeziehung zentral, um wohlwollender mit sich selbst umgehen zu können. Auch Beziehungen zu Freund_innen, Mitbewohner_innen oder Familienmitgliedern, die durch Akzeptanz und Unterstützung geprägt waren, wurden als wichtig beschrieben.

Akzeptierende Beziehungserfahrungen und die im nächsten Abschnitt beschriebene Veränderung des Lebenskontextes hin zu mehr Selbstbestimmung bedingen sich oft gegenseitig, da durch das Aufsuchen neuer Kontexte auch neue soziale Beziehungen möglich werden und umgekehrt. Das Erleben von sozialer Akzeptanz hat hinsichtlich eines selbstbestimmten Auslebens von Geschlecht und Sexualität nochmal eine besondere Relevanz, wenn es nicht nur um eine individuelle Akzeptanz als Person mit Bedürfnissen und Gefühlen geht, sondern auch um Akzeptanz hinsichtlich eigener Abweichung von der gesellschaftlichen Norm. Ein soziales Umfeld zu finden, in dem Normen kritisch hinterfragt werden bzw. andere Vorstellungen von Normalität gelten, erleichtert es, internalisierte Ansprüche an sich selbst zu verändern. Kim beschreibt einen solchen Prozess beispielsweise in einer neuen Wohngemeinschaft:

> *„/Ähm, ich hab mit zwei Frauen zusammen gewohnt, die manche Leute als dick beschreiben würden, oder eine beschreibt sich auch als dick. (…) Und, /ähm, die sind auch beide queer. Und da hab ich schon gemerkt, das hat einfach ne andere /n anderen Normalzustand gesetzt, sozusagen. Es war /des war glaub ich hilfreich für mich.“* (Kim, Z. 1347ff)

Neben Kim beschrieben auch Charlie und Amy das Finden einer queeren Community als relevant, die es ermöglichte, mehr zu sich selbst zu finden und mit der eigenen geschlechtlichen Identität akzeptiert und unterstützt zu werden. Der Kontakt zu sozialen Kreisen, in denen gesellschaftskritische, z.B. feministische, Perspektiven eingenommen werden wird zudem auch von mehreren Interviewten, die nicht zu geschlechtlichen oder sexuellen Minderheiten gehören, als bedeutsam für ihre Auseinandersetzung mit ihren Problemen mit dem eigenen Körper und Essverhalten beschrieben.

IV.4.2. Selbstbestimmte Lebensgestaltung

Neben neuen Beziehungserfahrungen werden auch Veränderungen in den Lebensumständen als bedeutsam beschrieben, die mit mehr Unabhängigkeit und Eigenverantwortung einher gehen. Der Auszug aus dem Elternhaus ist für viele Interviewte ein wichtiger Umbruch, vor allem in den Fällen, in denen Abwertungen oder Misshandlungen von den Eltern ausgingen. Henrietta beispielsweise beschreibt den Abstand zu ihrem Elternhaus als wichtigsten Faktor für ihren verbesserten psychischen Zustand. Aber auch in Fällen, in denen im familiären Kontext ein hohes Maß an Verantwortlichkeit für die Bedürfnisse Anderer und wenig Raum für eigene Bedürfnisse erlebt wurde, wurde die Veränderung der Lebensumstände als hilfreich beschrieben, sich aus alten Mustern zu lösen. Auch das Erwachsen- oder Älterwerden an sich wird zum Teil als wichtig benannt. Über das eigene Leben zu bestimmen und die Entwicklung von Selbstfürsorge wird dabei als wichtig beschrieben, wie in einem Zitat von Charlie zum Ausdruck kommt:

> *„Also auch das Schöne daran zu sehen, erwachsen zu werden und irgendwie, ja, sein eigenes Leben zu führen, und sich des selber geben zu können, was man da* [in Kindheit/Jugend] *vielleicht /ja was man da gebraucht hätte.“* (Charlie, Z. 953ff)

Für Susanne beispielsweise war ein neuer Lebenskontext durch einen Auslandsaufenthalt entscheidend, bei dem sie lernte, Entscheidungen für sich selbst nach ihren eigenen Bedürfnissen zu treffen und sich nicht mehr von ihrer Mutter kontrolliert gefühlt habe. Dies beeinflusste sowohl die Gestaltung ihrer Freizeit und Sozialkontakte, als auch das Essen, welches sie dann lieber aß und bei sich behielt. Der folgende Ausschnitt aus einem fallspezifischen Memo dokumentiert die Überlegungen im Auswertungsprozess zu den Verknüpfungen äußerer und innerer Veränderungen:

> Fazit aus dem Memo „Susanne: Besserungsprozesse“ vom 06.04.20:
> Insgesamt scheint es um einen Prozess zu gehen, bei dem durch den Aufbau von Selbstbestimmtheit und die Möglichkeit zum Wahrnehmen eigener Interessen, begleitet durch unterstützende soziale Beziehungen, Bedürftigkeit ihre Bedrohlichkeit und Assoziation mit Schwäche verloren hat und ein Wahrnehmen von und Handeln nach eigenen Bedürfnissen (Selbstfürsorge) möglich wurde.

IV.4.3. Bedürfnisse und Gefühle

In den vorangegangen Beschreibungen der Veränderungen von Lebenskontexten und sozialen Beziehungen zeichnet sich bereits der Bezug zu Veränderungen im psychischen Erleben ab: eigene Gefühle, Bedürfnisse und eigenes Wollen werden weniger als etwas erlebt, das unter Kontrolle gehalten werden muss, sondern als etwas das Raum bekommen kann und sollte. Zugang zu eigenen Gefühlen zu bekommen und Muster im Erleben und Verhalten zu verändern wird dabei als ein Lernprozess geschildert, der in vielen Fällen auch im Rahmen von Psychotherapie erfolgte. Als wichtiger Aspekt erscheint dabei die Fähigkeit, erfahrene Ungerechtigkeit zu benennen und eigenes Leid anzuerkennen. Henrietta lernte beispielsweise im Verlauf ihrer Psychotherapie, die Schuld für Konflikte nicht immer bei sich selbst zu suchen und in eine selbstbestrafende Haltung zu gehen, sondern sich mit den jeweils Anderen auseinanderzusetzen und Gefühle wie Enttäuschung oder Wut mitzuteilen.

Die Veränderung im Umgang mit Bedürfnissen und Gefühlen zeichnet sich dabei einerseits durch einen besseren Zugang und die Akzeptanz eigener Bedürfnisse und Gefühle aus (Entwicklung von Selbstakzeptanz), und andererseits durch eine stärkere Orientierung des eigenen Handelns an eigenen Bedürfnissen und Gefühlen (Entwicklung von Selbstbestimmung). Durch solche Prozesse kann eine Art psychische Unabhängigkeit erreicht werden, da sich das eigene Verhalten mehr an eigenen Impulsen orientiert und weniger an den Erwartungen oder Bedürfnissen Anderer. Kim beschreibt diesen Prozess als das Anpassen der Erwartungen an sich selbst an das eigene Wollen:

> *„Und erst als ich angefangen hab, so diese Erwartungen an mich selber n bisschen anzupassen, an das was ich eigentlich wirklich möchte, (…) hat‘s mir irgendwie erlaubt n entspannteren Umgang damit zu finden, mit diesen Erwartungen und sie nicht die ganze Zeit rauskotzen zu müssen (lacht leicht).“*
> (Kim, Z. 623ff)

Teilweise wird es auch als bedeutsam beschrieben, sich gegen Zuschreibungen und Erwartungen Anderer zu wehren. Sarah thematisiert dies z.B. sehr direkt im Zusammenhang mit Sexualisierung und Übergriffigkeit, Johanna im Zusammenhang mit ihrer Auseinandersetzung mit sexistischen Ansprüchen bzw. daraus resultierender Abwertung:

> *„(…) diesen Druck den ich mir oft gemacht hab, schlank sein zu müssen und schön sein zu müssen für irgendwas und für irgendjemand, gegen /des*

abzulegen und dagegen anzukämpfen. Und, ja genau, des is des, was richtig gut ist, so.“ (Johanna, Z. 2023ff)

IV.4.4. Körperbezug

In den bisherigen Ausführungen wurde erkennbar, dass eine Zunahme an Selbstakzeptanz mit einer positiveren Haltung gegenüber eigenen Bedürfnissen und einer weniger kontrollierenden, repressiven Haltung gegenüber sich selbst einhergeht. Dieser Prozess zeigt sich auch auf der körperlichen Ebene und ist zentral für die Entwicklung eines unbeschwerteren Essverhaltens. Während in den Schilderungen über die Zeit der Essstörung ein Ankämpfen gegen den Körper und in gewisser Weise eine Trennung zwischen Selbst und Körper erkennbar ist, zeigt sich in vielen Fällen ein Prozess von Embodiment im Sinne der Integration von Selbst und Körper. In einem Memo zu Susanne wird ihr Weg der Entwicklung eines positiveren, weniger kontrollierenden Bezuges zu Essen und zu ihrem Körper beschrieben:

Aus dem Memo „Susanne: Besserungsprozesse“ vom 06.04.20:
Hilfreich sei zudem ihr Veganismus gewesen, durch den sie einen intensiveren Bezug zu ihrem Essen entwickelt habe. (…) Sie empfinde essen mittlerweile positiv und nicht mehr als etwas, das überwunden werden müsse.
Ihr Körpererleben habe durch intensives Yogatraining bei ihrer Tante noch einmal einen positiven Schub bekommen. Sie fühle sich nun wohl mit ihrem Körper, habe das Gefühl, sie selbst sei in ihrem Körper, er gehöre zu ihr. Ihr Körper sei okay wie er ist.

Grundlage dafür scheint zu sein, dass (körperliche) Bedürfnisse akzeptiert werden können und der eigene Körper bzw. die körperliche Erscheinung nicht mehr als Quelle von Abwertung und Objektivierung erlebt wird. Der Aufbau von körperlicher Selbstakzeptanz kann also nicht unabhängig von den anderen Veränderungsprozessen beschrieben werden und wird im folgenden Abschnitt zu Geschlecht und Sexualität wiederholt aufgegriffen.

IV.4.5. Geschlechtliche und sexuelle Identität

Die Entwicklung von Selbstakzeptanz und Selbstbestimmung zeigt sich sehr deutlich in der Entwicklung des Umgangs mit der eigenen Geschlechtlichkeit. Ein akzeptierender und selbstbewusster Umgang mit eigenen Bedürfnissen, der eigenen Identität und dem eigenen Körper sind häufig an Vorstellungen und Zuschreibungen von Geschlecht geknüpft. So zeigen sich in den Schilderungen vieler Interviewter bedeutsame Veränderungen im Erleben des eigenen Geschlechts und der eigenen Sexualität, die mit Veränderungen in den bisher beschriebenen Bereichen verbunden sind. In den folgenden Abschnitten werden vier verschiedene Facetten in der Auseinandersetzung mit Geschlecht und Sexualität als Unterkategorien dargestellt. Das komplexe Zusammenspiel mit den bisher beschriebenen Kategorien von Veränderungsprozessen wird anhand von Fallbeispielen verdeutlicht, die sich an die Beschreibung der Unterkategorien anschließen.

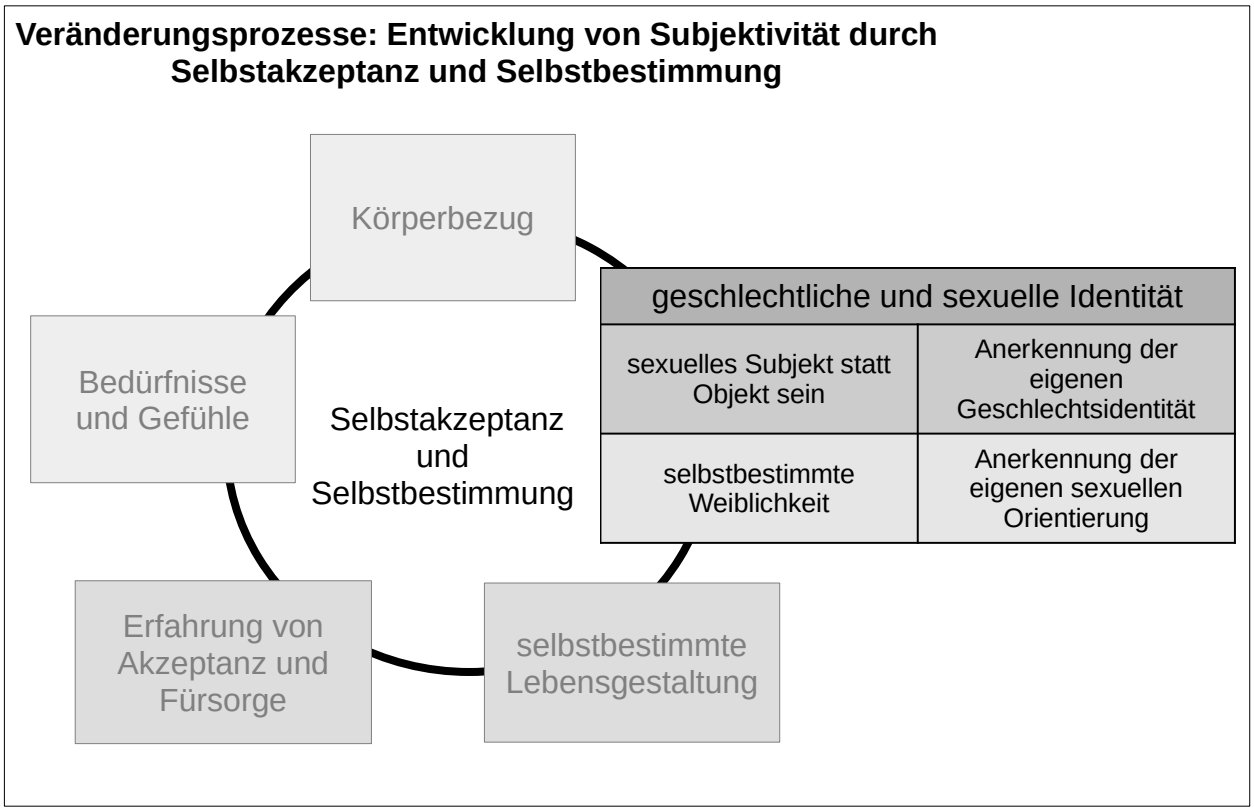

Abbildung 10: Unterkategorien geschlechtliche und sexuelle Identität

Sexuelles Subjekt statt Objekt sein

Vor allem Sarah und Kim schildern eine Entwicklung, bei der die Übernahme und Selbstzuschreibung eines objektifizierten Konzeptes von Weiblichkeit aufgelöst wird und ein selbstbestimmter, positiver Bezug zur eigenen Sexualität aufgebaut wird. Freude an Sexualität

und eigenes Begehren rücken dabei mehr in den Vordergrund, eine kritische Bewertung des eigenen Körpers nimmt ab. Auch Hanna beschreibt eine Entwicklung, bei der es ihr möglich wird, sich an den Impulsen ihres Körpers und eigener sexueller Lust zu orientieren.

Fallbeispiel Sarah

Im Fall von Sarah wird deutlich, wie soziale Erfahrungen und Selbstakzeptanz bzw. Selbstbestimmung bezogen auf das Erleben von Sexualität ineinander greifen: Sie beschreibt die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse und Grenzen zu kennen und ihnen entsprechend zu handeln, als abhängig von einem Selbstbewusstsein, das schwierig zu entwickeln sei, wenn positive Erfahrungen mit Sexualität fehlten. Sie bezieht dies also wieder rück auf die negativ erlebte Sexualisierung in ihrer Jugend:

> „[die Realität sehe so aus,] *dass die meisten Frauen ziemlich schreckliche Erfahrungen auch machen mit ihrer Sexualität und ihrem Körper und dass die Wenigsten des /für die Wenigsten der Weg so verläuft, dass sie sich ziemlich jung in Jemanden verlieben, der ziemlich cool zu ihnen ist und sie mit so ner Person ihre ersten sexuellen Erfahrungen haben und deswegen auch /und vielleicht dann auch /ähm, das Selbstbewusstsein haben nie andere Erfahrungen zu machen, sondern immer sehr klar zu haben, was sie da irgendwie wollen (…)“* (Sarah, Z. 929ff)

Im Rahmen der Erfahrung einer wertschätzenden Liebesbeziehung, bei der sie nicht das Gefühl gehabt habe, von ihrem Partner körperlich bewertet zu werden, habe sie mehr Selbstbewusstsein entwickeln können, welches ihr nun mehr Selbstbestimmtheit in sexuellen Interaktionen ermöglicht. Gleichzeitig hat sich Sarahs Vorstellung von einem attraktiven Frauenkörper verändert: Während ihr Ideal früher so dünn wie möglich gewesen sei und sie keine „weiblichen Attribute“ (Sarah, Z. 197) hatte haben wollen, da sie diese mit einer abgewerteten, objektifizierten Position verknüpft hatte, stehe sie nun „dieser Weiblichkeit“ (Sarah, Z. 668) im Sinne von Rundungen und mehr Körperfülle positiv gegenüber. Es hat sich jedoch nicht nur die Vorstellung von Attraktivität verändert, sondern auch der Stellenwert, den ein attraktiver Körper einnimmt: Sarah sei grundsätzlich wohlwollender ihrem Körper gegenüber und bewerte ihn weniger. Diese Prozesse wirkten sich auch auf ihr Essverhalten aus, welches nun viel unbeschwerter sei im Vergleich zu früher, wo sie nie „bedürfnisorientiert“ (Sarah, Z. 266) habe essen können.

Fallbeispiel Kim I

Auch Kim beschreibt eine Loslösung von einem objektivierten Bezug zu sich selbst, die mit einem Fokus auf ihre eigene Wahrnehmung und eigenes Begehren einhergeht. Während dies bei Sarah in einer positiv erlebten Liebesbeziehung zu einem Mann geschah, ist in Kims Fall die Loslösung von heterosexuellen Erwartungen und das Ausleben ihres eigenen lesbischen Begehrens (Vgl. Unterkategorie Anerkennung der eigenen sexuellen Orientierung) wichtig für die Veränderung der Maßstäbe, nach denen sie sich selbst bzw. ihren Körper bewertet:

> Aus dem Memo „Kim: Veränderungsprozesse“ vom 27.02.20:
> Hinsichtlich ihres Körperbezugs beschreibt es Kim als wichtig, sich von dem Anspruch, einem „antrainierten Männerblick“ gefallen zu müssen, lösen zu können, der ja mit ihrem eigenen Begehren gar nichts zu tun hat. Sie habe bemerkt, dass es keinen Grund gibt, dem gefallen zu müssen, dass sie dem „den Mittelfinger zeigen“ könne, was sie nun symbolisch durch ihr Äußeres tut. Sie mache ihr Aussehen nicht mehr von der Attraktivität für Männer abhängig. Zwar sei sie sich des Blickes immer bewusst und bemerke ihre Wirkung (z.B. abhängig von der Art ihrer Kleidung) habe aber gelernt, dies nicht mehr über ihre eigene Wahrnehmung zu stellen. Im Gegensatz zu früher habe sie nun das Gefühl, ihr Körper gehöre ihr. Sie habe bemerkt, dass sich ihr eigenes Begehren eher auf mehr als weniger Körperfett beziehe, und obgleich sie noch immer ein gewisse Berührungsangst damit erlebe, verstehe sie dadurch auch das Begehren Anderer ihr gegenüber, das nicht an ein Bild von Normschönheit geknüpft sein muss. Sie erlebt eine „Verqueerung“ ihrer Selbstwahrnehmung, andere Maßstäbe von Attraktivität und mehr Selbstannahme.

Selbstbestimmte Weiblichkeit

Eine Veränderung von subjektiven Weiblichkeitsbildern findet jedoch nicht nur auf der Ebene von sexueller Objektivierung vs. eigenem Begehren statt. Auch auf einer nicht-sexuellen Ebene werden sich selbst Eigenschaften, die mit mehr Subjektivität verknüpft sind, zugestanden, obgleich sie einem Bild normativer Weiblichkeit widersprechen und traditionell männlich konnotiert sind. Dies kann z.B. durch Integration solcher Eigenschaften in ein alternatives Weiblichkeitsbild im Sinne einer starken, selbstbestimmten Frau geschehen. An anderen Stellen wurde bereits Johannas Auseinandersetzung mit Körper- und

Weiblichkeitsidealen geschildert: Sie habe sich unter Druck gefühlt, mehr wie eine zierliche, niedliche Fee zu sein, sich jedoch wie ein plumper, tollpatschiger Riese gefühlt. Im Laufe ihrer Auseinandersetzung mit ihrer Essstörung fand sie ein alternatives Weiblichkeitsideal im Bild einer Amazone, mit dem sie Eigenschaften wie Stärke und Wildheit, sowie einen großen, kräftigen Körper assoziiert. Sie hat damit also ein Bild gefunden, das mehr mit ihrem realen Selbst übereinstimmt und weniger Selbstzurückhaltung und Anpassung erfordert, aber im Gegensatz zum Bild des Riesen nicht unweiblich und negativ besetzt ist.

Auch für Maxi war die Entwicklung eines positiven Bezuges zu ihrem Körper an eine Auseinandersetzung mit Weiblichkeit geknüpft: Während sie früher für ihre Kräftigkeit als unweiblich abgewertet worden sei und das Gefühl gehabt habe, kleiner und zarter sein zu müssen, erlebe sie ihren starken, sportlichen Körper heute positiv und strebe keinen Gewichtsverlust mehr an:

> *„Und es war eigentlich immer schon so n Ding von, ich bin so n kleine /kleines Kraftpaket, konnte das aber halt nie ausleben. (…) /des war auf jeden Fall auch sehr mit Unweiblichkeit so sehr oft später verbunden. Und des mir aber so einzugestehen, so, hey, ja scheiß ich doch drauf, ich hab da total Lust drauf, und ich find‘s grade so super spannend, und mir gefällt diese Rolle auch, so diese Stärke zu benutzen, die vielleicht bei mir da ist (2) ja. Ja, des is n sehr anderer Umgang mit Sport“* (Maxi, Z. 957ff)

Auch hier geht es also darum, sich Stärke zuzugestehen und sich in einer aktiven Rolle zu erleben. Eine Veränderung kann auch dadurch entstehen, dass die Zweiteilung zwischen Weiblichkeit und Männlichkeit insgesamt in Frage gestellt wird und damit mehr Freiheit zum Ausleben der eigenen Persönlichkeit mit unterschiedlichen Aspekten entsteht. Dieser Prozess zeigt sich anschaulich im Fall von Kim, deren Entwicklung bereits bezüglich der Auflösung von Objektivierung und Entwicklung von Subjektivität auf sexueller Ebene geschildert wurde:

Fallbeispiel Kim II

Fortsetzung des Memos „Kim: Veränderungsprozesse“ vom 27.02.20:
Auch ihre Auseinandersetzung mit Weiblichkeit bzw. dem Label „Frau“ ist von der Erkenntnis „ich muss nicht“ bestimmt: Sie erlebt die Freiheit, die Aspekte von normativer Weiblichkeit annehmen zu können, die tatsächlich zu ihr passen, und

findet für sich zu einer guten Mischung aus „femme“ und „butch“, aus weiblich und männlich konnotierten Eigenschaften, sowohl was Äußeres als auch was Verhaltensweisen angeht. Dazu sei es nötig gewesen, sowohl den Druck zu Weiblichkeit, als auch einen normativen Blick, in dem weiblich konnotierte Eigenschaften wie Emotionalität und Verletzlichkeit gegenüber männlich konnotierten Eigenschaften wie Stärke und Durchsetzungsfähigkeit abgewertet werden, ablegen zu können. Auf diese Art hat sie Frieden mit dem Label „Frau“ schließen können, obgleich sie es mehr der Einfachheit halber trägt und eine binäre Einordnung von Menschen für nicht sinnvoll erachtet.

Anerkennung der eigenen Geschlechtsidentität

In den Fällen von Amy und Estelle war es nicht nur wichtig, ein bestimmtes Bild von Weiblichkeit zu verändern, sondern die eigene Identität anzuerkennen, die außerhalb der gesellschaftlich akzeptierten Kategorien von Mann und Frau liegt. Sich der eigenen trans-weiblichen (Amy) bzw. nicht-binären (Estelle) Geschlechtsidentität bewusst zu werden, sie selbst zu akzeptieren und auch von Anderen in dieser Identität akzeptiert zu werden, wird als schwieriger, aber bedeutsamer Prozess geschildert. Eine Geschlechtsidentität, die außerhalb der gesellschaftlich akzeptierten Kategorien liegt, bringt hinsichtlich sozialer Akzeptanz nochmal andere Probleme mit sich, als die Veränderung des subjektiven Konzepts der eigenen weiblichen Geschlechtsidentität. Dennoch haben diese Auseinandersetzungsprozesse gemeinsam, dass normative, klar gegeneinander abgegrenzte Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit in Frage gestellt und für sich selbst als unpassend und einschränkend empfunden werden. Dementsprechend beschreibt Estelle eine gewisse Unsicherheit darüber, ob es bei ihrer Selbstdefinition als nicht-binär wirklich um eine andere Geschlechtsidentität gehe oder ob es nicht normal sei, sich mit normativer Weiblichkeit nicht wohl zu fühlen:

> *„Oder ist es vielleicht etwas, was ganz viele Frauen spüren, weil wir auf /also als Frau so auf ne (.) auf ne Art und Weise reduziert werden, auf irgendwelche /so Rollen, und Muster und Bilder usw., dass wir uns alle vielleicht unwohl fühlen drin.“* (Estelle, Z. 1314ff)

Estelle kommt trotz dieser Unsicherheit jedoch zu dem Schluss, dass ihre Erfahrungswelt sich diesbezüglich doch von der Erfahrungswelt cisgeschlechtlicher Frauen unterscheide, zumal es auch ein sehr körperliches Gefühl für sie sei, keine Frau zu sein.

Fallbeispiel Amy

Eine besonders zentrale Stelle nimmt die Auseinandersetzung mit dem eigenen Geschlecht in Amys Fall ein. Weiblichkeit für sich selbst in Anspruch zu nehmen, von ihrem Umfeld als transgeschlechtliche Frau akzeptiert zu werden und die körperliche Transition erscheinen in Amys Schilderungen als wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung von Selbst- und Körperakzeptanz. Für die Überwindung der unmittelbaren Essstörungssymptomatik sei es das wichtigste gewesen, sich dieses Problem einzugestehen. Dies war für Amy jedoch unter anderem dadurch schwierig, da Magersucht für sie etwas Weibliches gewesen sei, und sie sich nicht berechtigt gefühlt habe, diese Weiblichkeit in Anspruch zu nehmen. Erst dadurch, das während eines Klinikaufenthalts ihr Essverhalten von außen als krankheitswertig eingestuft wurde, war ihr dies möglich; Mit den größtenteils weiblichen Mitpatientinnen habe sie viele Erfahrungen teilen können. Prozesse der sozialen Akzeptanz, selbstbestimmten Lebensführung und Selbstakzeptanz, die in anderen Kategorien beschrieben werden, drehen sich bei Amy zu einem großen Teil um die Anerkennung ihrer weiblichen Geschlechtsidentität. Die Veränderung ihres Körpers durch die Hormontherapie habe trotz der damit verbundenen Gewichtszunahme einen positiven Einfluss auf Amys Körperakzeptanz gehabt, da sie nun „an den richtigen Stellen“ (Amy, Z. 689f) zugenommen habe: Rundungen an Brüsten, Hüften und Oberschenkeln zu bekommen habe Amy als positiv empfunden. Ihre Angst, einen Bauch zu bekommen wie ihr Vater und das Streben nach einer mageren, mit Weiblichkeit assoziierten Ästhetik verloren durch diese Veränderung an Bedeutung. Wie eng Amys Körperbild, die Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität und Selbstakzeptanz miteinander verknüpft sind, zeigt sich darin, wie ihre Selbstwahrnehmung auch heute noch schwanken könne: wenn sie sich selbst gerade nicht gut leiden könne, sehe sie noch immer einen „hässlichen Typen“ (Amy, Z. 905) im Spiegel anstatt der Frau, die sie ist und als die sie mittlerweile auch von außen wahrgenommen wird.

Anerkennung der eigenen sexuellen Orientierung

Ähnlich bedeutsam wird von Kim und Charlie auch die Akzeptanz ihrer lesbischen sexuellen Orientierung beschrieben. Auch hier geht es darum, man selbst sein zu können, in der eigenen sexuellen Identität angenommen zu werden und auch selbst das eigene Begehren annehmen zu können. Wie bereits an anderer Stelle beschrieben wurde überschneidet sich dies häufig mit einer Abgrenzung zu einem normativen Weiblichkeitsbild, da eine lesbische sexuelle Orientierung diesem Bild widerspricht. Sowohl Kim als auch Charlie beschreiben internalisierte Homophobie in dem Sinne, dass sie negative Klischeebilder von lesbischen Frauen verinnerlicht hatten, in denen sie sich nicht wiederfinden konnten bzw. wollten.

Fallbeispiel Charlie

Am Beispiel von Charlie wird deutlich, wie wichtig die Anerkennung der eigenen sexuellen Orientierung bzw. Identität sein kann, um einen positiven Bezug zu sich selbst aufzubauen. Sich ein soziales Umfeld zu suchen, in dem den bekannten negativen Klischeebildern unterschiedliche und positive Entwürfe von lesbischem Leben entgegengestellt wurden und positive Erfahrungen in Liebesbeziehungen zu machen, beschreibt sie als wichtig, um einen weniger kontrollierenden Umgang mit sich bzw. ihrem Körper zu finden:

> Aus dem Memo „Charlie: sie selbst sein“ vom 23.3.20:
> Obgleich Charlie die akute, intensive Essstörungssymptomatik durch die therapeutische Intervention in ihrer Jugend ablegen konnte, hielt sich ein kontrollierender Umgang mit ihren Körper und Gedanken um das Essen noch bis in ihre Zwanziger. Sie beschreibt eine Entwicklung von bei sich ankommen, mit der die Symptome weniger wurden. Der Auszug aus dem Elternhaus und in liberalere städtische Umfelder sei nötig gewesen, um zu sich selbst zu finden. Dabei ging es zu großen Teilen um das Ankommen in der eigenen Sexualität und das Finden von Räumen, wo sie so sein konnte wie sie ist und Bestätigung dafür bekam. In einer diversen queeren Szene erlebte sie ein Gefühl von Normalität statt Anderssein bzw. nicht allein auf der Welt zu sein. (…)
> Es sind also soziale Räume und Beziehungen die einen Prozess der Selbstakzeptanz ermöglichen und eine repressive Haltung gegen sich selbst unnötig machen. Charlie beschreibt, sie sei mit der Zeit weniger streng mit sich geworden, kontrolliere sich weniger und lerne mittlerweile, auf sich und ihren Körper zu achten.

IV.4.6. Fälle mit eingeschränkter Entwicklung von Selbstakzeptanz

Der Aufbau eines positiven Bezuges zu sich selbst und mehr Selbstbestimmung in der Gestaltung des eigenen Lebens wurden als ein Zusammenspiel von fünf Kategorien dargestellt. Innerhalb dieses Prozesses verbessert sich der Bezug zum eigenen Körper und die Kontrolle des Essverhaltens verliert an Bedeutung. Dennoch fiel beim Vergleich der Fälle auf, dass eine Veränderung im Bezug zu sich selbst nicht in allen Fällen in gleichem Maße

beschrieben wurde, obgleich alle Interviewten zum Zeitpunkt des Interviews nicht mehr unter akuter Essstörungssymptomatik litten. Dies trifft vor allem auf Eva, Mira und Blanca, bedingt auch auf Daria zu. Daher soll hier auf Fälle eingegangen werden, in denen ein Aufbau von Selbstakzeptanz nur bedingt erkennbar wird.

Auf Eva beispielsweise trifft das Erleben von Akzeptanz und Fürsorge in zwischenmenschlichen Beziehungen insofern zu, dass sie eine langjährige vertrauensvolle therapeutische Beziehung als hilfreich beschreibt, in der sie Raum für ihre Probleme gehabt habe. Eine selbstbestimmtere Lebensführung im Sinne eines Auszugs aus dem Elternhaus strebt Eva an, da ihr dies helfen würde, nicht in alte Muster zurückzufallen. Noch sei ein Auszug aber aufgrund der finanziellen Situation der Familie nicht möglich: Die Familie müsse Evas Bruder finanziell unterstützen, der bereits ausgezogen sei, aufgrund seiner depressiven Erkrankung jedoch nur schlecht zurechtkomme. Evas Motivation dafür, ihr Essverhalten und ihr Körpergewicht zu verbessern, sei hauptsächlich das Gefühl gewesen, ihren Eltern die Magersucht nicht zumuten zu können, da diese schon genug Sorgen mit dem kranken Bruder gehabt hätten. Sie habe selbst nicht gespürt, dass es ihr schlecht gehe, auch wenn sie dies im Nachhinein so einordnen kann. Damit deckt sich in Evas Fall der Grund für die Veränderung mit den sozialen Umständen, die als wichtig für die Entwicklung der Essstörung geschildert wurden: Keinen Raum für eigene Probleme und Bedürfnisse zu haben. Eva berichtet nicht über eine grundlegende Veränderung in ihrer Beziehung zu sich selbst und ihren Bedürfnissen. In der Art, wie sie über die jetzige Familiensituation und den Unterstützungsbedarf ihres Bruders spricht, klingt jedoch eine gewisse Unzufriedenheit über die Auswirkungen an, die dies auf sie hat, auch wenn kein konkretes Empfinden von Ungerechtigkeit oder Ähnlichem benannt wird. Sie berichtet auch heute nicht von einem positiven Körpererleben oder einem positiven Bezug zum Essen, sondern vielmehr von einer rationalen Einsicht, dass ausreichende Ernährung nun einmal notwendig sei und die Essstörung letztendlich nicht zielführend gewesen sei, sondern ihre Probleme auf Dauer eher verschlimmert habe:

> *„man konnte nicht wirklich gewinnen in der Situation, zuerst ist man zu dick, dann hat man zu breite Schultern und n zu kleinen Kopf, und dann (.) ist man einfach super dünn und sieht eklig aus und Leute gucken dich an als würdest du gleich zusammenbrechen.“* (Eva, Z. 843ff)

Eva erklärt, da der eigene Körperbau genetisch veranlagt und nur bedingt veränderbar sei, müsse man den eigenen Körper eben akzeptieren oder Wege finden, wie man sich weniger unwohl fühlen könne, z.B. durch das Tragen weiter Kleidung.

Auch in Miras Fall scheint eine Verbesserung der Essstörungssymptomatik ohne eine grundlegende Veränderung im Bezug zu sich selbst erreicht worden zu sein. In ihren Schilderungen zeigt sich ein Ringen mit kritischen Perspektiven auf Schönheitsnormen: Auf einer rationalen Ebene lehne sie Schönheitsnormen ab und empfinde den Fokus auf das eigene Aussehen als etwas, das angesichts globaler Probleme an Bedeutung verliere. Diese „moralische Perspektive“ (Mira, Z. 258) beschreibt sie einerseits als hilfreich, andererseits jedoch als einen Anspruch, dem sie oftmals nicht genügen könne. Sie habe das Ziel, sich selbst zu akzeptieren, wie sie sei, fühle sich jedoch noch immer von der Bestätigung durch Andere abhängig. Mira beschreibt eine Veränderung in dem Sinne, dass sie nun diese Bestätigung nicht mehr über einen attraktiven Körper und sexuelle Interaktionen zu erreichen versuche, sondern darüber, sich besonders altruistisch zu verhalten, sich bis zur Selbstaufopferung um Andere zu kümmern und für sie da zu sein. Sie stellt selbst die Überlegung an, ob sie damit nicht „viele Dinge einfach auf ne andere Ebene projiziert“ (Mira, Z. 494f) habe. Letztendlich stecke sowohl hinter der Suche nach sexueller Bestätigung als auch hinter dem Gefühl, für Andere da sein zu müssen, ihre Suche nach Bestätigung für ihren Wert als Mensch. Jedoch verliert durch diese Verschiebung körperliche Attraktivität an Bedeutung und Mira kann sich weniger kritisch mit ihrem Körper auseinander setzen, wodurch sich auch ihr Essverhalten normalisieren konnte. Dieser Prozess ist auch eine Auseinandersetzung mit Geschlecht: Mira hat sich damit von einem objektivierten Konzept von Weiblichkeit in einem sexualisierten Sinne weg bewegt, fokussiert jedoch nun mit dem Anspruch, für Andere da zu sein, auf einen anderen Aspekt normativer Weiblichkeit. Bei beidem definiert sich ihr Wert als Mensch durch ihren Wert für (männliche) Andere, ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen müssen dabei in den Hintergrund treten. Obgleich Mira die akute Essstörungssymptomatik überwunden hat, beschreibt sie eine große Unsicherheit bezüglich ihres Essverhaltens in dem Sinne, ob sie nicht zu oft bzw. zu viel esse. Sie wäre zufriedener, wenn sie erst dann essen würde, wenn sie ein deutliches Hungergefühl wahrnehmen würde, und nicht zu bestimmten Zeiten oder Anlässen, wie z.B. das Frühstücken vor der Uni. Im Verlauf des Interviews bewegt sich die Darstellung dieses Themas zwischen der Vorstellung eines gesunden Essverhaltens, angepasst an körperliche Signale, und dem Gefühl, ein deutliches Hungergefühl auch als Rechtfertigung zu brauchen, um sich Essen

zugestehen zu können. Miras Umgang mit eigenen Bedürfnissen erscheint also auch auf der körperlichen Ebene noch immer von viel Unsicherheit geprägt zu sein.

Auch im Fall von Blanca werden keine Prozesse von Selbstakzeptanz im Sinne einer Ausrichtung an eigenen Bedürfnissen in Zusammenhang mit der Verbesserung der Essstörungssymptomatik geschildert. Ihre Essstörung erscheint als insgesamt noch wenig aufgearbeitet und ihre Entstehung ebenso wie Verbesserung auch in Blancas eigenem Verständnis schwer erklärbar.

> Aus dem Memo „Blanca: Gesamtzusammenhänge“ vom 15.04.20:
> Über die Veränderungsprozesse wird nicht viel berichtet. Im Wesentlichen beschreibt Blanca einen Prozess des Erwachsenwerdens, bei dem der Drang zu Essen bzw. zu Essanfällen weniger und ihre Entscheidungsstärke gegen essgestörtes Verhalten mehr wurde. Dies könnte evtl. auf eine generelle Zunahme von Kontrollerleben im Erwachsenenalter durch unabhängigere Lebenssituationen zurückgeführt werden. Zuzunehmen erscheint ihr jetzt weniger bedrohlich, jedoch gibt es keine Anhaltspunkte für eine grundlegende Veränderung im Bezug zum Körper oder zu den eigenen Bedürfnissen. Dennoch klingen ein Wunsch nach Aufarbeitung, Bedauern über Mangel an Sicherheit und Vertrauen in Beziehungen und eine teilweise Entidealisierung der Eltern an.
> Es lässt sich also von einer Verminderung des Kontrollbedürfnisses (...) sprechen und ein Stück weit Annäherung an Bedürfnisse und Verletzlichkeiten feststellen. Eine Auseinandersetzung mit Geschlecht und Körperbezug scheint hier keine Rolle zu spielen.

Damit in Einklang beschreibt Blanca auch heute noch ein distanziertes Verhältnis zu Körperlichkeit.

Daria beschreibt für ihren Gesundungsprozess die Beziehung zu ihrer Therapeutin als wichtig, sowie zu lernen, sich von sozialen Erwartungen abzugrenzen und auf ihren Körper zu achten. Insofern lässt sich in ihrem Fall von einer Zunahme an Selbstakzeptanz und Selbstbestimmung sprechen. Jedoch sei dies für sie noch immer nicht leicht. Obgleich sie keine Essstörung mehr habe, habe sie mit anderen psychosomatischen Beschwerden zu kämpfen.

Die hier beschriebenen Fälle haben also gemeinsam, dass die Essstörungssymptomatik überwunden werden konnte, jedoch der beschriebene Prozess der Selbst- und Körperakzeptanz als ein Zusammenwirken der fünf Kategorien nur bedingt zutrifft. Dabei

fällt auf, dass es eine starke Überschneidung gibt zwischen den Fällen, auf welche die Kategorien für die Veränderungsprozesse nur bedingt zutreffen, und den Fällen, die schon in Abschnitt IV.2.6. hinsichtlich der Entwicklung der Essstörung als Ausnahmefälle beschrieben wurden: Im Gegensatz zu den anderen Interviewten berichteten Eva, Blanca, Daria und auch Susanne kein Erleben von abwertenden Erfahrungen, die an Geschlecht und/oder Sexualität geknüpft waren. Während bei anderen Fällen die Entwicklung eines negativen Körpererlebens durch diese Erfahrungen nachvollziehbar wurde, wurde dieser Prozess bei ihnen wenig erklärt. In den Schilderungen der Besserungsprozesse sind es bei Eva, Blanca und Daria ebenfalls die Auseinandersetzungen mit Geschlecht und Sexualität, die in diesen Fällen nicht beschrieben werden. Bei Mira nehmen diese Themen sowohl bezüglich der Entwicklung der Essstörung als auch hinsichtlich der Veränderungsprozesse zwar einen großen Stellenwert ein, scheinen jedoch, wie oben beschrieben, noch immer problematisch zu sein. Für Susanne scheinen diese Themen wenig relevant, aber sie beschreibt trotzdem deutlich einen Prozess von Selbst- und Körperakzeptanz, für den eine selbstbestimmtere Lebensführung, zwischenmenschliche Beziehungen, sowie Auseinandersetzungsprozesse mit ihrem Körper und Essverhalten durch Yogatraining und Veganismus wichtig gewesen seien.

Auffällig ist bei den hier diskutierten Fällen zudem, dass über gestörtes Essverhalten häufig auf eine abwertende Art gesprochen wird in dem Sinne, dass man sich damals eben „dumm“ (Susanne, Z. 25) oder „bescheuert“ (Eva, Z. 628) verhalten habe. Bezüglich der Besserungsprozesse werden häufig rationale Einsichten als wichtig angeführt, wie z.B. die Akzeptanz des eigenen Körperbaus als Notwendigkeit (vgl. Ausführungen zu Eva und Mira in diesem Abschnitt). Dies vermittelt den Eindruck von wenig Verständnis für die eigene Situation bzw. wenig Selbstempathie, während in anderen Fällen deutlich klarer erklärt werden kann, wieso dieses Verhalten zu dieser Zeit subjektiv sinnvoll oder notwendig erschien und durch welche Veränderungen es später nicht mehr als sinnvoll oder notwendig erlebt wurde.

V. Diskussion

V.1. Einführung

V.1.1. Methodische und inhaltliche Einschränkungen

Diese Arbeit unterliegt methodischen und inhaltlichen Einschränkungen, welche an dieser Stelle dargelegt werden sollen, bevor die Ergebnisse und ihre Implikationen diskutiert werden. Im Methodenkapitel wurde bereits auf die Vorteile sowie auf die Grenzen der hier angewandten Methoden eingegangen, weshalb die methodischen Einschränkungen hier nur kurz zusammengefasst werden: Diese Arbeit beruht auf der Methodologie der Grounded Theory, welche auf die Bildung empirisch begründeter theoretischer Annahmen ausgerichtet ist. Die Ergebnisse und daraus abgeleiteten Implikationen haben daher den Stellenwert empirisch begründeter Hypothesen, die sinnvolle Ansatzpunkte für weitere Forschung mit hypothesenprüfenden Designs bilden können. Wegen des extrem aufwändigen Analyseverfahrens beschränkt sich der Datensatz auf 14 Interviews, welche dafür jedoch intensiv auf Einzelfallebene sowie fallübergreifend ausgewertet wurden. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und setzte daher ein gewisses Interesse der Interviewten am Forschungsthema bzw. die Bereitschaft, zu dieser Forschung beizutragen, voraus. Das theoretische Sampling legt die Reichweite der konzeptuellen Repräsentativität der Arbeit fest, eine Repräsentativität im statistischen Sinne ist jedoch nicht gegeben. Die Ergebnisse können daher nicht ohne Weiteres generalisiert werden. Zudem unterliegt die qualitative Analyse in gewissem Maße der Subjektivität der Forscherin, wobei der sorgfältige Umgang mit diesen subjektiven Anteilen im Methodenkapitel dargelegt wurde. Ebenso wie der methodische Zugang bestimmte Vorteile bietet, aber auch mit Einschränkungen einhergeht, ermöglicht der hier gewählte inhaltliche Zugang über die subjektiven Erfahrungen ehemals betroffener Personen zwar eine besondere und wertvolle Perspektive auf die Qualität und die

Veränderungen des psychischen und sozialen Erlebens in den Verläufen von Essstörungen, geht aber auch mit Einschränkungen einher: Die Daten dieser Arbeit beruhen auf retrospektiven Selbstberichten, sind also davon abhängig, was dem bewussten Erleben der Teilnehmenden überhaupt zugänglich ist, was sie erinnern und wie sie es reflektieren und einordnen. Darüber hinaus spielt die Interviewsituation und die darin enthaltene Beziehung zur Forscherin eine große Rolle, da sie Einfluss darauf haben, welche Inhalte und Überlegungen die Interviewten mit der Forscherin teilen. Durch die Form des narrativen Interviews und die Aufzeichnung und Transkription der Redeanteile beider Beteiligten wird jedoch auch die Interaktion zwischen interviewter Person und Forscherin Teil des Datenmaterials und kann daher reflektiert und analysiert werden, was bei unpersönlichen Datenerhebungsformen nicht möglich ist. Für weitere Ausführungen zur Validität sei auf den entsprechenden Abschnitt im Methodenkapitel verwiesen.

Als inhaltliche Einschränkung kann der Umstand gelten, dass trotz intensiver Bemühungen die angestrebte Diversität in der Geschlechtsidentität der Interviewten nur teilweise erreicht werden konnte. Die Ergebnisse stützen sich größtenteils auf die Perspektiven cis-weiblicher Personen, sowie einer nicht-binären und einer trans-weiblichen Person. Es wurde jedoch eine große Diversität hinsichtlich der sexuellen Orientierung erreicht. In einem Forschungsprojekt mit mehr Ressourcen, als sie eine Dissertation bietet, wäre es interessant gewesen, noch weitere Teilnehmende zu gewinnen und weitere Formen von Essstörungen miteinzubeziehen, von denen männliche Personen häufiger betroffen sind, wie Binge Eating oder Formen gestörten Essverhaltens mit Fokus auf Muskelaufbau.

Grundsätzlich ist zu betonen, dass das hier erarbeitete Modell vom Entwicklungsverlauf von Essstörungen sich auf die Bereiche bezieht, die innerhalb der Erfahrungswelt der Interviewten liegen und von ihnen als bedeutsam empfunden wurden. Es ist daher als psychosoziales Modell zu bezeichnen. Biologische Faktoren wie Genetik oder neurologische Auffälligkeiten liegen außerhalb der subjektiven Erfahrungswelt der Interviewten und sind daher nicht Teil dieses Modells. Dies bedeutet nicht, dass sie nicht relevant sind, sondern lediglich, dass über ihre Relevanz hier keine Aussage getroffen werden kann. Auch bestimmte aufrechterhaltende Faktoren, die in kognitiven Modellen betont werden, wie Veränderungen in Wahrnehmung und Kognition, sind subjektiv nicht unbedingt zugänglich. Sie werden zwar manchmal von Interviewten indirekt angesprochen, z.B. wenn es um die Störung des Körperbildes oder eine zunehmende Fixierung auf das Gewicht als Maßstab der Zufriedenheit geht. Thematisiert wird dabei jedoch eher das psychische Erleben, z.B. im Sinne von Scham oder Kontrollerleben. Dieser Punkt ist auch für die Darstellung der

Veränderungsprozesse relevant: Sie wurden eher im Sinne langfristiger, bewusst durchlaufener oder zumindest im Nachhinein reflektierbarer Veränderungen erfragt und geschildert. Diese Arbeit und ihre Ergebnisse fokussieren also sowohl durch die Fragestellung als auch durch den empirischen Zugang auf psychosoziale Aspekte von Essstörungen und können über biologische oder neurokognitive Aspekte wenig Aussagen treffen.

V.1.2. Inhaltlicher Überblick

Die Ergebnisse zeigen, dass Geschlecht, und in enger Verbindung damit auch Sexualität, in den Schilderungen der interviewten Personen über ihre Erfahrungen mit Bulimie oder Anorexie oftmals eine große Rolle spielen. Betrachtet man das im Ergebniskapitel vorgestellte theoretische Modell als Ganzes (siehe Abbildung 11), finden sich in jedem der drei Abschnitte des Modells Kategorien, in denen Geschlecht explizit relevant ist (orange markiert), und solche, bei denen diese Verbindung weniger klar ist, da diese Kategorien in den Schilderungen der Interviewten nur vereinzelt mit Geschlecht verknüpft werden (blau markiert). Inhaltlich drehen sich die explizit mit Geschlecht verbundenen Kategorien häufig um Körper, Aussehen und Sexualität, während die weniger explizit mit Geschlecht verbundenen Kategorien das sozial-emotionale Erleben abbilden.

Bevor die Relevanz von Geschlecht in einzelnen Abschnitten und Kategorien des Modells dargestellt wird, wird hier in der Einführung dieses Kapitels auf einige theoretische Aspekte eingegangen, die sich über die verschiedenen Kategorien hinweg als grundlegend für ein Verständnis der Rolle von Geschlecht bei Essstörungen erwiesen haben. Darauf folgend werden in den Unterkapiteln V.2. und V.3. die Kategorien aus dem ersten Modellabschnitt (Psychosoziale Bedingungen) und dem zweiten Modellabschnitt (Erleben der Essstörung) gemeinsam diskutiert, da sie zusammengenommen das hier erstellte Erklärungsmodell für Essstörungen bilden. Über die verschiedenen Abschnitte hinweg werden die abgeleiteten theoretischen Annahmen in bestehende psychologische Erklärungsmodelle eingeordnet und Implikationen bezüglich der Bedeutung von Geschlecht für ätiologische Modelle und die klinische Praxis herausgestellt. Das Unterkapitel V.4. beschäftigt sich mit dem dritten Modellabschnitt (Veränderungsprozesse), für den schon im Ergebnisteil festgestellt wurde, dass die Kategorien stark aufeinander bezogen sind. Dementsprechend wird die Rolle der Auseinandersetzung mit Geschlecht in diesen Prozessen hervorgehoben und Implikationen für therapeutische Kontexte diskutiert. Abschließend wird in Unterkapitel V.5. ein Fazit gezogen.

Psychosoziale Bedingungen

	soziales Erleben	*psychisches Erleben*
implizite Relevanz von Geschlecht V.2.3.	mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle	internalisierende und repressive Selbstregulation
explizite Relevanz von Geschlecht V.2.1.	Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung	Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung

Essstörung als funktional zur Herstellung von Subjektivität

implizite Relevanz von Geschlecht V.2.3.	sozial-emotionale Regulation			
	Härte gegen sich selbst als Schutz	Funktionieren können und Erwartungen erfüllen	Erleben und Verkörpern von Kontrolle	Herstellen von Freiheit und Autonomie

Anpassung ◄ - ► Autonomie

explizite Relevanz von Geschlecht V.2.1.	soziales Verhandeln von Geschlecht			
	Selbstwert durch begehrt werden	Weiblichkeits-normen entsprechen	Verkörperung der eigenen Geschlechts-identität	Objektivierung vermeiden

Veränderungsprozesse: Entwicklung von Subjektivität durch Selbstakzeptanz und Selbstbestimmung

integrierte Diskussion in V.4.1.

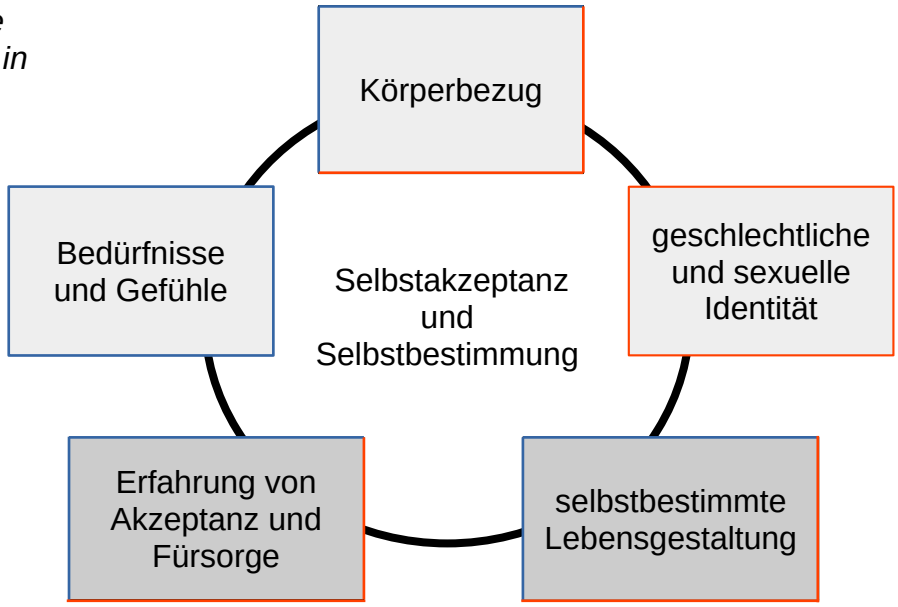

Abbildung 11: Relevanz von Geschlecht im Gesamtmodell

V.I.3. Zentrale Konzepte

Verbindung von Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht

In den Ergebnissen erscheint das Körpererleben der Interviewten als eng verknüpft mit dem Selbsterleben als Person. Die Entwicklung und Veränderung des einen scheint nicht trennbar von der Entwicklung und Veränderung des anderen zu sein. Sowohl für das Körper- als auch für das Selbsterleben ist Geschlecht eine zentrale Kategorie, da das Geschlecht Vorstellungen und Normen darüber enthält, wie die Person sein, sich verhalten und aussehen sollte. Daraus ergibt sich eine Dreiecksbeziehung zwischen Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht. Diese Dreiecksbeziehung sollte als eingebettet in soziale Kontexte verstanden werden, in denen Normen transportiert und ausgehandelt werden. In diesen machen Personen Erfahrungen mit dem Umgang und den Erwartungen Anderer ihnen gegenüber und lernen, sich dazu zu verhalten. Der unmittelbare, persönliche soziale Kontext wiederum sollte als eingebettet in gesellschaftliche Strukturen und Diskurse auf einer übergeordneten kulturellen Ebene verstanden werden.

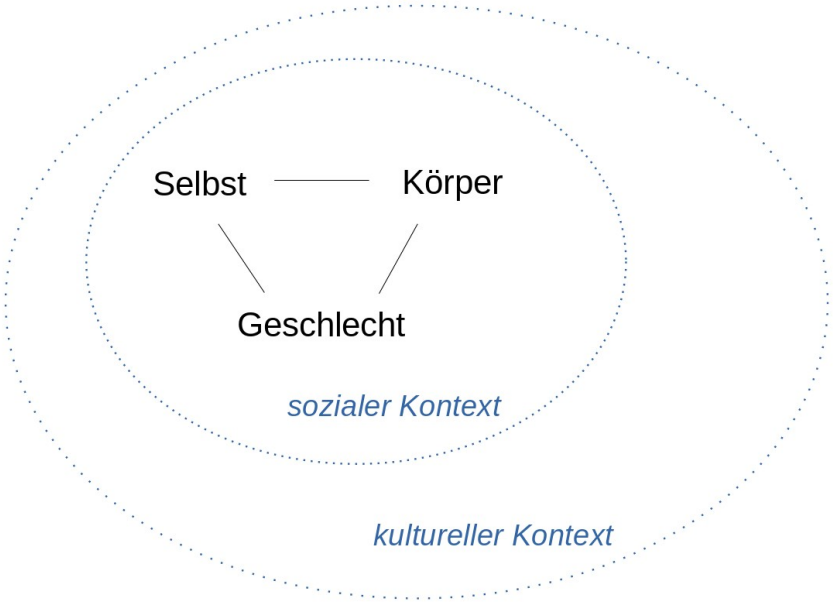

Abbildung 12: Dreiecksbeziehung zwischen Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht im sozialen und kulturellen Kontext

Die Rolle von Geschlecht für die Entwicklung und Überwindung von Essstörungen lässt sich den Ergebnissen dieser Arbeit zufolge also innerhalb dieser Verknüpfung verstehen.

Schönheitsideale, Geschlechterbilder und Identität

Im Theoriekapitel wurde dargelegt, wie in feministischen Theorien zu Essstörungen argumentiert wird, man müsse Körper- und Schönheitsideale als Verköperung von Geschlechteridealen verstehen (Bordo, 1993; MacSween, 1995). Dies impliziert, dass es beim Streben nach bestimmten Körperidealen nicht nur um die Beeinflussung des Aussehens geht, sondern auch um die Verkörperung von Eigenschaften, die einem Geschlechterbild zugeordnet werden. Dieses Verständnis fand sich im subjektiven Erleben der Interviewten häufig wieder, beispielsweise wenn es darum geht, wegen eines Körpers, der als nicht zierlich und schön genug oder zu groß und kräftig empfunden wird, als unweiblich abgewertet zu werden. Als Beispiel kann hier der Fall von Johanna herangezogen werden, die für ihr Übergewicht von anderen Kindern abgewertet wurde und sich einer kritischen Bewertung durch ihren Vater ausgesetzt gefühlt habe. Wenn sie davon spricht, sie habe sich wie ein plumper, tollpatschiger Riese gefühlt und hätte mehr wie eine niedliche, kleine Fee sein sollen, geht es dabei nicht nur um schön oder nicht schön sein, sondern darum, dem weiblichen Geschlechterideal zu entsprechen und daher als Person akzeptabel zu sein. Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen damit den Mehrwert eines Verständnisses von geschlechtsspezifischen Schönheitsidealen als Verkörperung von Geschlechteridealen und heben die Bedeutung dessen für den persönlichen Wert einer Person hervor.

Der letztere Punkt wird an dieser Stelle durch die Einordnung in queerfeministische und psychologische Theorie weiter untermauert: Um zu verdeutlichen, wie wichtig Geschlecht als identitätsstiftende soziale Kategorie ist, kann Judith Butlers Konzept von intelligiblen Subjekten (Butler, 1990) herangezogen werden: Eine Person wird demnach erst durch ihre Unterwerfung unter die sozialen Konstrukte Mann oder Frau zu einem intelligiblen Subjekt. Gemeint ist damit eine Person, die sozial verstehbar und akzeptabel ist und sich somit in der Gesellschaft bewegen und in ihr handeln kann. Auf einer ganz alltäglichen Ebene zeigt sich dieser Sachverhalt beispielsweise darin, dass die Unterscheidung zwischen männlicher und weiblicher Form grundlegend in unserer Sprache verankert ist und wie sehr darum gerungen werden muss, Formulierungen zu finden, die auch nicht-binäre und intergeschlechtliche Menschen einschließen, oder darin, dass die Geschlechtseintragung ein zentraler und streng reglementierter Bestandteil von Ausweisdokumenten ist. Einer Geschlechterkategorie zu entsprechen und diese über die körperliche Erscheinung nach außen darstellen zu können, ist also ein wichtiger Teil einer sozial akzeptierten Identität. Derzeit gilt es in den meisten gesellschaftlichen Kreisen noch als Beleidigung, wenn eine Frau als unweiblich oder ein Mann als unmännlich bezeichnet wird, eine Frau beispielsweise

als ‚Mannsweib' gilt oder ein Mann sich ‚anstellt wie ein Mädchen'. Attraktivität im Sinne der Entsprechung von Schönheitsnormen bestimmt dabei vor allem für Frauen den sozialen Wert innerhalb dieser Identität. Rodin et al. (1984) haben in ihrem einflussreichen Beitrag *Women and weight: A normative Discontent* auf die Bedeutung von Scham als Emotion, die häufig mit einem negativen Körpererleben einhergeht, verwiesen: Scham wird dabei die Qualität einer primären Emotion zugesprochen, deren evolutionär angelegte Funktion es sei, sozialen Ausschluss zu vermeiden. Die Autorinnen beziehen sich darin auf die Arbeit von Lewis (1971), der zufolge der Unterschied zum Empfinden von Schuld sei, dass sich Schuld auf konkretes Fehlverhalten beziehe, während Scham ein fehlerhaftes Sein anzeigt. Sich für den eigenen Körper zu schämen motiviere daher Bemühungen, das eigene fehlerhafte Sein an soziale Normen anzupassen. Die soziale und grundlegende Qualität der Emotion Scham spricht daher dafür, dass die Sorge um das (Nicht)Entsprechen körperlicher Idealvorstellungen eine Qualität besitzt, die sich auf den Wert einer Person in ihrer sozialen Gemeinschaft bezieht.

Geschlecht als soziale Kategorie und individuelle Geschlechtlichkeit

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen, wie komplex das Verhältnis zwischen Geschlecht im Sinne normativer Geschlechterbilder und der mit ihnen verknüpften sozialen Positionen einerseits und der individuellen Geschlechtlichkeit andererseits ist. Dabei ist zum einen zu beachten, dass Geschlechtlichkeit divers ist und einzelne Personen sehr unterschiedliche Formen von Identität und Begehren haben können, die sich auf ihre sozialen Beziehungen, ihr Selbsterleben und ihre Beziehung zu ihrem Körper auswirken. Gleichzeitig bauen sowohl kulturelle Vorstellungen und Normen als auch die Organisation der Gesellschaft auf einer heterosexuellen Zweiteilung von Menschen in Männer und Frauen auf. Einzelne Personen müssen daher nicht in heteronormativen Geschlechterbildern aufgehen, aber diese legen den Rahmen fest, auf den jede Person sich in irgendeiner Weise beziehen muss. Dementsprechend zeigt sich in dieser Arbeit zum einen, wie unterschiedlich die Auseinandersetzungsprozesse mit Geschlecht und daran geknüpften Erfahrungen sein können, was in den verschiedenen Unterkategorien zum Ausdruck kommt. Zum anderen zeigt die Integration dieser inhaltlich unterschiedlichen Auseinandersetzungprozesse zu Überkategorien einen gemeinsamen Rahmen der Bedeutung von Geschlecht für das gestörte Essverhalten trotz der Unterschiede auf.

Subjektivität

Das Erleben von Subjektivität ist ein wiederkehrendes Thema im hier erarbeiteten Gesamtmodell. Im Ergebniskapitel wurde der Begriff der Subjektivität als Zusammenspiel von Selbstwert und Handlungsfähigkeit definiert: In den hier zugrundeliegenden Daten zeichnet sich das Erleben von Subjektivität dadurch aus, sich selbst als Person zu erleben, die sozial wertgeschätzt wird bzw. deren Wert als Mensch zumindest nicht grundsätzlich in Frage steht, und die über sich selbst bestimmen und Einfluss auf ihr Leben nehmen kann. Dieser Begriff von Subjektivität weist inhaltliche Überschneidung mit anderen Begriffen auf, die in unterschiedlichen theoretischen Modellen zu Essstörungen als relevant herausgestellt wurden, wie z.B. Kontrollerleben, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit oder Autonomie. Im Verlauf dieses Kapitels wird herausgearbeitet, auf welche Weise Subjektivität als inhaltliche Kategorie der Dreiecksverbindung zwischen Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht relevant wird und warum die hier vorgestellte Definition dafür wichtig ist.

V.2. Die Rolle von Geschlecht für die Entwicklung und das Erleben gestörten Essverhaltens

Dieses Unterkapitel befasst sich mit den ersten beiden Abschnitten des Modells zur Entwicklung und zum Erleben des gestörten Essverhaltens. Dabei wird unter V.2.1. zunächst zusammengefasst, auf welche Weise Geschlecht von den Interviewten als explizit relevant beschrieben wird. Diese Ergebnisse bestätigen, integrieren und erweitern verschiedene Annahmen sowohl feministischer als auch klassischer psychologischer Modelle zu Essstörungen und bieten Implikationen für Präventions- und Therapieansätze, die in den Abschnitten V.2.2. und V.2.3. diskutiert werden. Unter V.2.5. wird erläutert, was darauf hindeutet, dass auch für die sozial-emotionalen Kategorien vergeschlechtlichte Aspekte eine Rolle spielen. Daran anschließend werden unter V.2.6. Implikationen für weitere Forschung vorgestellt. Im dazwischenliegenden Einschub unter V.2.4. wird die Frage aufgeworfen, inwieweit die Kategorien wirklich voneinander getrennt zu betrachten sind. Daran wird im nächsten Unterkapitel V.3. angeknüpft, in dem das Zusammenwirken aller Kategorien diskutiert wird.

V.2.1. Körper- und Selbsterleben

Verlust von Subjektivität in vergeschlechtlichten sozialen Erfahrungsräumen

In den Abschnitten IV.2.3. bis IV.2.5. des Ergebnisteils zum ersten Modellabschnitt (psychosoziale Bedingungen) wurde ausführlich dargelegt, wie soziale Erfahrungen und Bewertungen, die sowohl an den eigenen Körper als auch an Vorstellungen von Geschlecht geknüpft sind (Kategorie *Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung*), von Interviewten als bedeutsam für einen negativen Bezug zu sich selbst und ihrem Körper (Kategorie *Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung*) erlebt wurden. Diese Ergebnisse werden hier auf einer stärker theoretischen Ebene zusammengefasst und interpretiert. Inhaltlich lässt sich in diesen Kategorien die Beziehung zwischen Selbst, Körper und Geschlecht als geprägt von einem Mangel bzw. einem Verlust an Subjektivität beschreiben. Im Folgenden wird hervorgehoben, wie der Verlust von Subjektivität mit Weiblichkeit als sozialer Position und mit heteronormativen Konstruktionen von Geschlecht zusammenhängt und wie der Körper hierfür als soziales Medium fungiert.

In Bezug auf Weiblichkeit ist hier das Konzept von Objektivierung zentral und kennzeichnet quasi den Gegenpol zum Erleben von Subjektivität. Dabei sind drei Facetten wichtig:

- Sexualisierung und sexuelle Übergriffe
- Bewertung der Person über ihren Körper
- Normative Weiblichkeit als passiv und auf Andere bezogen

Im Ergebnisteil wurde dargelegt, dass soziale Erfahrungen von Objektivierung von Interviewten als mehr oder weniger normaler, aber problematischer Bestandteil einer weiblichen Erfahrungswelt dargestellt wurden. Sexuelle Übergriffe wie Vergewaltigung oder Missbrauch im Kindesalter stellen dabei eine besonders direkte, körperliche Art dar, durch die der Person Subjektivität genommen wird (Fallbeispiel Henrietta). Aber auch weniger gewaltförmige Arten von Sexualisierung gingen mit der Anwendung eines objektifizierten Konzeptes von Weiblichkeit auf sich selbst einher: Dabei befindet sich die Frau in einer abgewerteten Position, innerhalb derer ihr persönlicher Wert an der Attraktivität für männliche Andere festgemacht wird. Sie steht dabei in Konkurrenz zu anderen Frauen und kann über sexualisierte Interaktionen Bestätigung erleben, wobei jedoch sowohl das Wahren der eigenen Grenzen als auch eigenes sexuelles Begehren prekär bleiben. Durch die zentrale

Bedeutung von Attraktivität wird die Kontrolle der eigenen körperlichen Erscheinung zu einem wichtigen Mittel, um Einfluss auf Andere und die eigene soziale Position nehmen zu können (Fallbeispiel Mira). In den Ergebnissen wurde ebenfalls deutlich, dass selbst wenn diese sexualisierte Ebene in den Erfahrungen der Interviewten nicht im Vordergrund stand bzw. keine Erfahrungen von Sexualisierung thematisiert wurden, normative Weiblichkeit eine objektivierte Position kennzeichnet, da sie die Ausrichtung auf Andere, Passivität und ein schönes, zierliches Aussehen als sozial erwünschte Eigenschaften enthält (Fallbeispiel Johanna). Normative Weiblichkeit enthält demnach per se einen Widerspruch zum Erleben von Subjektivität, da sie Selbsteinschränkung erfordert. Zudem ist davon auszugehen, dass sie einen objektifizierten Bezug zum eigenen Körper fördert, der ständig bewertet und kontrolliert werden muss. Gelingt es, Weiblichkeitsnormen zu erfüllen, kann darüber Selbstwert hergestellt werden, der jedoch immer insofern prekär bleibt, dass er von der Bewertung durch Andere abhängt (Rodin et al., 1984). Die Bewertung richtet sich also nach externen Ansprüchen und ist unter anderem davon abhängig, mit wem man verglichen wird. Dies kann erklären, wieso der soziale Vergleich mit anderen Frauen derart wichtig für die (körperliche) Selbstbewertung ist.

Neben den beschriebenen Aspekten von Objektivierung wurden auch andere vergeschlechtlichte Erfahrungen, die das Erleben von Subjektivität beeinträchtigen, als wichtig herausgestellt. Diese bilden zwei zusätzliche Aspekte:

- Nichtentsprechen (können) des zugeschriebenen Geschlechterbildes
- Negierung der eigenen Identität

Häufig thematisiert wurde die Erfahrung, die Anforderungen des zugeschriebenen Geschlechts nicht erfüllen zu können und dafür abgewertet zu werden, was zu einem Erleben eigener Mangelhaftigkeit und Unfähigkeit führte. Dieses Erleben war häufig an körperlichen Merkmalen festgemacht (vgl. Abschnitt V.I.2.). Aufgrund der überwiegend cis-weiblichen Perspektiven in den hier zugrundeliegenden Daten wurde dieser Aspekt hauptsächlich in Bezug auf das Nichtentsprechen von normativer Weiblichkeit geschildert. Es ist wichtig dabei im Blick zu behalten, dass auch Personen, die die Anforderungen normativer Weiblichkeit selbst gar nicht erfüllen wollen, wenn sie von Anderen als Frauen wahrgenommen werden anhand dieser Normen bewertet werden und dies als Abwertung oder Einschränkung erleben können. Dies wurde besonders deutlich mit Blick auf die Fälle von Interviewten mit lesbischer oder queerer sexueller Orientierung, die sich als stärker abgegrenzt von

Weiblichkeitsidealen beschrieben, aber sozialen Druck zu einer normativen Weiblichkeit erlebten (Fallbeispiel Charlie). Abwertung und Einschränkung kann jedoch nicht nur in Zusammenhang mit normativer Weiblichkeit, sondern mit heteronormativen Geschlechterbildern allgemein erlebt werden. Wenn Personen die Erfahrung machen, mit ihrer nicht-heterosexuellen Orientierung oder ihrer Geschlechtsidentität außerhalb des binären, cisgeschlechtlichen Mann-Frau-Spektrums nicht akzeptiert zu werden, kann dies einen Verlust von Subjektivität darstellen, der sich im Extremfall in dem Gefühl äußert, in der eigenen Identität nicht existieren zu können oder zu dürfen (Fallbeispiel Amy). Die körperliche Erscheinung zu kontrollieren wird dabei insofern wichtig, dass über den Körper die geschlechtliche Identität zugeschrieben bzw. nach außen hin dargestellt wird. Was im hier zugrundeliegenden Datenmaterial nicht thematisiert wird, aber auch bedeutsam sein könnte, ist, dass Personen, die zu geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten gehören, häufig Opfer homo- und transfeindlicher Aggression und Übergriffe werden. Auch dies kann als ein direkter Verlust von Subjektivität interpretiert werden, für den die körperliche Erscheinung der Person insofern bedeutsam sein könnte, dass eine nicht der Norm entsprechende körperliche Erscheinung den Anstoß zu Übergriffen geben kann.

An dieser Stelle soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass ein erlebter Verlust von Subjektivität auch auf weniger vergeschlechtlichte Weise bedeutsam sein kann. So werden in der Unterkategorie *Soziale Ausgrenzung, Mobbing und Gewalt* (Abschnitt IV.2.3.) z.B. auch abwertende Erfahrungen beschrieben, die keinen direkten Bezug zu Geschlecht oder Sexualität haben (Fallbeispiel Blanca).

Der Körper als Medium vergeschlechtlichter sozialer Positionen

Im vorherigen Abschnitt wurde ausgeführt, welche Relevanz weibliches Geschlecht sowie eine von der Norm abweichende sexuelle Orientierung und/oder Geschlechtsidentität für die Entwicklung eines negativen Selbst- und Körpererlebens haben kann. Dieser Abschnitt beschäftigt sich nun mit den explizit mit Geschlecht verknüpften Kategorien des zweiten Modellabschnitts (Erleben der Essstörung), die in der Überkategorie *soziales Verhandeln von Geschlecht* verortet sind (siehe Ergebnisteil Abschnitt IV.3.2.). Die einzelnen Unterkategorien beschreiben Versuche, durch gestörtes Essverhalten die eigene körperliche Erscheinung zu beeinflussen. Analog zu den Prozessen der Entwicklung des negativen Körper- und Selbsterlebens nimmt diese Beeinflussung des Aussehens innerhalb einer objektivierten oder abgewerteten Position die Funktion ein, entweder den eigenen sozialen Wert durch eine Anpassung an geschlechtsspezifische Normen zu stabilisieren, die eigene Identität zu

verkörpern, oder Objektivierung zu vermeiden. Auch hier zeigt sich also die zentrale Verbindung zwischen Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht.

Diese Kategorien sind ein besonders relevanter Teil der Ergebnisse, da sie darstellen, inwieweit gestörtes Essverhalten durch das Streben nach Erfüllung bestimmter Körpernormen motiviert ist, gleichzeitig aber die komplexe soziale Bedeutung dessen abbilden. Die Betroffenen erscheinen dabei weniger als passive Rezipient_innen sozialer Botschaften über den Wert von Schlankheit, sondern als soziale Akteur_innen, die gelernt haben, ihre soziale Position und ihre Identität über ihren Körper zu verhandeln. Auf ähnliche Weise wurde der Zusammenhang von Essstörungen mit weiblichen Schönheitsvorstellungen bereits bei Fredrickson und Roberts (1997) gedacht: Die Autorinnen postulierten, dass Essstörungen für Frauen entweder den Versuch darstellen könnten, innerhalb einer objektivierten sozialen Position den eigenen Wert zu stabilisieren, oder sich der Bewertung über den Körper ganz zu entziehen. Dies entspricht den Unterkategorien *Selbstwert durch begehrt werden* sowie *Erfüllung von Weiblichkeitsnormen* einerseits und *Objektivierung vermeiden* andererseits. Darüber hinaus zeigt sich hier der Mehrwert durch den Einbezug geschlechtlich diverser Perspektiven: Die Unterkategorie *Verkörperung der eigenen Geschlechtsidentität* bildet ab, dass es nicht für alle Betroffenen um das Aushandeln der eigenen Position als Frau innerhalb einer heterosexuellen Geschlechterhierarchie geht, sondern es auch um das Aushandeln der geschlechtlichen Identität an sich gehen kann. Dies bestätigt die Ergebnisse der qualitativen Studie von Ålgars et al. (2012) zu Essstörungssymptomatik bei transgeschlechtlichen Personen, in der die Befragten Abnehmen als Mittel der Anpassung des eigenen Körpers an die eigene Geschlechtsidentität schilderten.

Die Stabilisierung des eigenen sozialen Wertes und die Verkörperung der eigenen Identität wurden auf einer höheren Abstraktionsebene als Versuche der Herstellung von Subjektivität interpretiert, die in Zusammenhang mit einem vorausgegangenen Verlust oder Mangel an Subjektivität gesehen werden müssen. Diese Versuche zur Herstellung von Subjektivität sind jedoch selbstschädigend und verbleiben in einem gewissen Zwiespalt, der in Abschnitt V.3.2. noch genauer dargelegt wird.

V.2.2. Implikationen für psychologische Modellvorstellungen

Nachdem die explizit mit Geschlecht verknüpften Kategorien des ersten und zweiten Modellabschnitts in den letzten beiden Abschnitten zusammengefasst und interpretiert

wurden, werden sie in den kommenden Abschnitten in bestehende Diskurse der aktuellen Forschung eingeordnet und ihre Implikationen herausgearbeitet.

Unterschiede in der Prävalenz abhängig von Geschlecht und sexueller Orientierung

Die bisher abgeleiteten theoretischen Beziehungen bieten hypothetische Erklärungsmuster für die bekannten Unterschiede in der Prävalenz von Anorexie und Bulimie abhängig von Geschlecht und sexueller Orientierung. Sie könnten sowohl erklären, wieso der Großteil der von Essstörungen betroffenen Personen weiblich ist, als auch, wieso Personen, die zu geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten gehören, ein höheres Risiko für Essstörungen aufweisen als heterosexuelle, cisgeschlechtliche Männer:

- Frauen erleben häufiger Objektivierung, Sexualisierung und sexuelle Übergriffe
- Normative Weiblichkeit beinhaltet Selbsteinschränkung (Ausrichtung auf Andere, Passivität, zierlicher Körper) und fördert einen objektivierten Körperbezug
- Körperideale sind an Geschlechterideale geknüpft und Personen, die Geschlechternormen nicht erfüllen, werden sozial abgewertet: Die Nichterfüllung der Körperideale stellt daher auch in Frage, inwieweit eine Person an sich akzeptabel ist.
- Geschlechtliche und sexuelle Identitäten die außerhalb der cisgeschlechtlichen, heterosexuellen Norm liegen, werden häufig abgelehnt und die Personen dadurch in Frage gestellt. Der Körper ist hier ein zentrales Medium zum Ausdruck und zur Zuschreibung dieser Identität.

Entwicklungspsychologische Perspektive: Embodiment Theory

Aus den im Abschnitt V.2.1. dargestellten Zusammenhängen ergibt sich das Bild einer gemeinsamen Entwicklung eines negativen Selbst- und Körperbezuges, die eng mit Geschlecht und daran geknüpften sozialen Erfahrungen verbunden ist. Damit weisen die Ergebnisse dieser Arbeit zentrale Überschneidungen mit der Developmental Theory of Embodiment (McBride & Kwee, 2019; Piran, 2016a, 2016b, 2017) auf. Das Konzept von Embodiment als positives, integriertes Erleben von Körper und Selbst in einem vergeschlechtlichten sozialen Kontext ist vergleichbar mit der hier herausgearbeiteten Dreiecksbeziehung zwischen Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht. Inhaltlich lassen sich die im vorherigen Abschnitt zusammengefassten Aspekte zur Erklärung der hohen Prävalenzraten von Essstörungen bei Frauen und Angehörigen geschlechtlicher und sexueller Minderheiten quasi als Kehrseite der drei sozialen Faktoren interpretieren, welche als

grundlegend für die Entwicklung von Embodiment herausgearbeitet wurden: Physische Freiheit, mentale Freiheit und soziale Macht (Piran, 2017; für genauere Beschreibung siehe Theorieteil Abschnitt II.2.3.). Die Ergebnisse dieser Arbeit untermauern den Mehrwert einer entwicklungspsychologischen Perspektive: Sie betonen die Relevanz sozialer Prozesse, die deutlich über die Vermittlung von Schönheitsidealen hinausgehen, und bilden Entwicklungsverläufe ab, die das Zusammenwirken kultureller, sozialer und individueller Faktoren verständlich machen. Die Ergebnisse zeigen, dass Geschlecht für diese Entwicklungsverläufe hohe Relevanz besitzt. Da Geschlecht als komplexes Konstrukt sowohl die kulturelle, die soziale als auch die individuelle Ebene verbindet, schafft der Einbezug von Geschlecht in ätiologische Modelle Möglichkeiten, das Zusammenwirken dieser Ebenen besser zu verstehen. Soziokulturelle Modelle (Shroff & Thompson, 2006; Stice, 1994) könnten besonders von diesem Verständnis profitieren, um den Einfluss von Geschlecht über die Vermittlung geschlechtsspezifischer Körperideale hinaus adäquater abzubilden und auch der aktiven Rolle der Betroffenen innerhalb dieser Kontexte gerecht zu werden (vgl. Fitzsimmons-Craft, 2011). Der letztgenannte Aspekt wird im Abschnitt zur Objektivierungstheorie genauer ausgeführt.

Negatives Selbsterleben und traumatische Erfahrungen

Im multifaktoriellen Ätiologiemodell wird schlechter Selbstwert als ein wichtiger individueller prädisponierender Faktor angenommen. Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstützen die zentrale Bedeutung eines schlechten Selbstwertes, sprechen jedoch gleichzeitig dafür, dass die Rolle eines negativen Bezugs zu sich selbst für die Entwicklung gestörten Essverhaltens differenzierter betrachten werden sollte: Eine gängige Vorstellung ist, dass ein schlechter Selbstwert als individuelle Voraussetzung eine Person vulnerabel für soziale Botschaften über den Wert von Schlankheit macht und dadurch die Entwicklung einer Essstörung begünstigt. In den oben diskutierten Ergebnissen erscheint eine Verunsicherung über den eigenen Wert als Person jedoch vielmehr durch die gleichen abwertenden, an Geschlecht geknüpften sozialen Erfahrungen zu entstehen, die auch die Entwicklung eines negativen Körperbezugs erklären. Fraglich erscheint zudem, ob der Begriff Selbstwert hier umfassend genug ist. Selbstwert wird im Dorsch Lexikon der Psychologie (Wirtz, 2019) als Einstellung sich selbst gegenüber definiert und meint die Bewertung des Bildes von sich selbst. In dieser Arbeit wird stattdessen der Begriff Selbsterleben gebraucht, um sprachlich abzubilden, dass es nicht nur um eine kognitive Bewertung der eigenen Person geht, sondern um ein Erleben der eigenen Person, das neben kognitiven Bewertungen auch emotionale und soziale Aspekte beinhaltet. In psychodynamischen Modellen werden Prozesse der

Selbstentwicklung als zentral für die Entwicklung der Essstörungen angenommen (Bruch, 1980; Selvini Palazzoli, 1974; siehe Theoriekapitel Abschnitt II.1.4.). Sie ermöglichen daher hinsichtlich negativen Selbsterlebens mehr theoretische Komplexität. Jedoch werden dabei vor allem frühkindliche Prozesse diskutiert, die nicht im Fokus dieser Arbeit stehen. Auch in der kognitiven Forschung wurde darauf hingewiesen, dass auch Überzeugungen hinsichtlich anderer Aspekte des Selbst als die Bewertung der körperlichen Erscheinung und der Fähigkeit, diese zu kontrollieren, relevant seien (Leung et al., 1999). Es lässt sich festhalten, dass negatives Selbsterleben als wichtiger Aspekt in der Ätiologie von Essstörungen angenommen werden sollte und keinesfalls auf die Bewertung des eigenen Körpers reduziert werden darf.

Die Ergebnisse dieser Arbeit deuten zudem darauf hin, dass das Selbsterleben zumindest bei einem Teil der von Essstörungen betroffenen Personen sehr tiefgreifend beeinträchtigt sein könnte. Die Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung waren unterschiedlich gewaltvoll und hatten in manchen Fällen vermutlich eine traumatische Qualität, z.B. bei Henrietta und Amy. Selbstablehnung und ein Bedürfnis zur Selbstbestrafung zeigten sich bei diesen Fällen besonders deutlich als relevant für gestörtes Essverhalten. Die Unterkategorie *Härte gegen sich selbst als Schutz* (Ergebnisteil Abschnitt IV.3.1.), die sich auf selbstbestrafende und selbstdisziplinierende Tendenzen bezieht, weißt große Ähnlichkeit zum Konzept der Täterintrojekte bei Traumatisierungen (Peichl, 2008) auf, welches aus der Ego-State-Theorie (Watkins & Watkins, 1997) entwickelt wurde. Ein Täterintrojekt beschreibt die innere Übernahme der Position eines abwertenden oder gewalttätigen Anderen, zu dem sich die betroffene Person in Abhängigkeit befand oder sich ihm ausgeliefert erlebte (z.B. Eltern-Kind-Beziehung oder gewalttätige Übergriffe), mit der Funktion des Selbstschutzes gegen weitere Verletzungen (Peichl, 2008, S.224). Das psychische Erleben von Personen mit Täterintrojekten ist laut dieser Theorie gekennzeichnet durch Selbstabwertung, Selbstbestrafung, Selbstkontrolle und durch das Erleben von Ohnmacht. Traumatische Erfahrungen wie Kindesmisshandlung oder sexuelle Gewalt werden häufig mit Essstörungen in Verbindung gebracht (Madowitz et al., 2015; Rijkers et al., 2019). Auch wenn nur ein Teil der Personen mit Essstörungsdiagnosen gleichzeitig die Diagnosekriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung erfüllt (dem oben zitierten Review von Rijkers et al. entsprechend 8 – 24%), zeigen sich hier wichtige Überschneidungen, die dafür sprechen, dass theoretische Überlegungen zum Selbsterleben bei Traumatisierungen und ihnen entsprechende Behandlungsprinzipien auch für das Verstehen

und die Behandlung von negativem Selbsterleben bei Personen mit Essstörungen fruchtbar sein könnten.

Der Einfluss von Diskriminierung

Die beschriebenen *Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung oder Objektivierung* lassen sich häufig als Diskriminierungserfahrungen aufgrund von Geschlechtsidentität, Sexualität oder verschiedenen Normabweichungen beschreiben. Wie im Theoriekapitel in Abschnitt II.4. dargestellt, bestätigen quantitative Studien zur Entstehung von Essstörungen bei geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten die Relevanz von Diskriminierung bzw. Stigmatisierung und deren Internalisierung durch die Betroffenen. Diese Arbeit zeichnet ein detaillierteres Bild dieser Prozesse und kann sie in das anfangs vorgestellte theoretische Gefüge zwischen Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht, eingebettet in soziale und kulturelle Kontexte, einordnen. Damit bestätigen die Ergebnisse auch die im Theoriekapitel ausgeführte Überlegung, dass sich die Annahmen der Embodiment Theory (Piran, 2017) auch auf Personen, die zu geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten gehören, anwenden lassen, da von einer Einschränkung der mentalen Freiheit hinsichtlich der Bestimmung der eigenen Identität und von einer sozialen Entmachtung in Form von Diskriminierung ausgegangen werden kann (vgl. Theoriekapitel Abschnitt II.4.4.). Zugleich zeigt sich hier auch, wie in Bezug auf Frauen, egal ob sie einer geschlechtlichen oder sexuellen Minderheit angehören oder nicht, Diskriminierung in Form von Sexismus und Objektivierung als wichtiger Einfluss mitgedacht werden sollte, der das Selbsterleben negativ beeinflussen kann. Eine cis-weibliche, heterosexuelle Identität ist im Unterschied zu geschlechtlichen Identitäten außerhalb der cisgeschlechtlichen, heterosexuellen Norm eine gesellschaftlich nicht in Frage gestellte und nicht in diesem Sinne stigmatisierte Identität. Jedoch sprechen die Ergebnisse dafür, dass Weiblichkeit als kulturelles Konstrukt und als soziale Position an sich sehr problematisch sein kann.

Objektivierungstheorie

Die Ergebnisse dieser Arbeit sprechen für die Relevanz von Objektivierung und die Grundannahmen der Objektivierungstheorie nach Fredrickson und Roberts (1997). Ergänzend zu den im Theoriekapitel vorgestellten quantitativen Studien, welche die Bedeutung von Objektivierung für gestörtes Essverhalten bestätigen (Dakanalis et al., 2015; Schaefer & Thompson, 2018; siehe Theoriekapitel Abschnitt II.2.3.), ermöglichen es die Ergebnisse dieser qualitativen Arbeit, das Erleben von Objektivierung und deren Einfluss auf die Selbstbewertung in der subjektiven Erfahrung betroffener Personen nachzuvollziehen (siehe

Ergebniskapitel Abschnitte IV.2.3. und IV.2.4.). An dieser Stelle soll besondere Aufmerksamkeit auf Prozesse der Objektivierung, die unter Frauen stattfinden, gelenkt werden: Objektivierung zwischen Müttern und Töchtern sowie soziale Vergleiche. Mit dieser Fokussetzung soll die Bedeutung von sexualisierter Objektivierung, die als von Männern ausgehend beschrieben wurde, nicht relativiert werden, sondern lediglich der Blick auf einen Aspekt gelenkt werden, der bisher weniger Beachtung fand und möglicherweise wichtige Ansatzpunkte bietet.

Aus der Literatur ist die Bedeutung des Modellverhaltens von Müttern für gestörtes Essverhalten bekannt (Arroyo et al., 2017; Handford et al., 2018; Klein et al., 2017). Auch in den hier vorliegenden Daten kommt häufig eine Mutter vor, die ebenfalls schon Probleme mit ihrem Essverhalten und einen starken Fokus auf die Bewertung ihres Körpers hat. Das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter scheint in diesen Fällen von gegenseitiger Identifikation und zum Teil von Rivalität geprägt zu sein. Dies zeigt sich z.B. bei Sarah, die beschreibt, ihre Mutter habe den „kritischen Blick“, mit dem sie auf sich selbst sehe, auf ihre Tochter übertragen, oder bei Hanna, die beim Essen immer versucht habe weniger zu essen als ihre Mutter, welche ebenfalls ein problematisches Essverhalten habe, ohne dass Hanna von einer direkten Einmischung der Mutter in ihr Essverhalten berichtet. Es liegt also nahe, dass die Mütter hier selbst aus einer objektivierten Position heraus handeln, indem sie Maßstäbe einer erfolgreichen Weiblichkeit, nach denen sie selbst bewertet werden und nach denen sie sich zu richten scheinen, auf ihre Töchter übertragen. Dies kann dadurch geschehen, dass sie die Töchter offen nach diesen Maßstäben bewerten, oder ihnen auf subtilere Weise dieses Bild von Weiblichkeit als Identifikationsmöglichkeit anbieten. Damit muss dies als ein komplexer Prozess verstanden werden, für den soziokulturelle Vorstellungen von Weiblichkeit und vergeschlechtlichte soziale Strukturen ebenso bedeutsam sind wie interpersonelle Prozesse zwischen Müttern und Töchtern. Die behaviorale Vorstellung von Modelllernen ist sicherlich für diesen Prozess relevant, er sollte jedoch nicht darauf reduziert werden.

In ebendiesem komplexen Rahmen muss auch der soziale Vergleich mit anderen Frauen oder Mädchen verstanden werden. Die Wichtigkeit sozialer Vergleiche ist aus der Forschung zu soziokulturellen Modellen von Essstörungen bekannt (siehe Theoriekapitel Abschnitt II.1.3.) und zeigt sich in den Ergebnissen dieser Arbeit sehr deutlich. Fredrickson und Roberts (1997) sprechen in diesem Zusammenhang von Selbstobjektivierung, die sich sowohl in der kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, der habituellen Überprüfung seiner Erscheinung und dem Vergleich mit Anderen zeigt. Sie beziehen dies auf

Prozesse der Sozialisation und der Bildung eines Selbstkonzeptes innerhalb einer Kultur, in der der Wert einer Frau zu einem großen Teil an ihrer körperlichen Attraktivität (gemessen an heterosexuellen Normen) festgemacht wird:

> Therefore, women‘s attentiveness to their own physical appearance, which has often been interpreted as narcissism and vanity (Deutsch, 1944, 1945; Freud, 1933), might more appropriately be viewed as women‘s strategy for helping to determine how others will treat them (Silberstein, Striegel-Moore, & Rodin, 1987). This strategy need not to be conscious, or deliberately chosen. Instead, theories of socialization would predict that with repeated exposure to the array of subtle external pressures to enhance physical beauty, girls and women come to experience their efforts to improve their appearance as freely chosen, or even natural (Costanzo, 1992). (Fredrickson & Roberts, 1997, S.178f)

In diesem Zitat wird deutlich, wie der Fokus von Frauen auf das eigene Aussehen als Strategie zur Beeinflussung des Verhaltens Anderer gegenüber der eigenen Person interpretiert werden kann, wie es sich auch in den Daten dieser Arbeit zeigt (siehe oben, Abschnitt IV.2.1.).

Wichtig ist zudem die Annahme, dass diese Prozesse unbewusst ablaufen und der betroffenen Person als normal oder natürlich erscheinen können. Dementsprechend bezeichnet Bordo den Fokus auf das eigene Aussehen und Schönheitspraktiken als „conventional female practice“ (Bordo, 1993, S.178), also als etwas, das unter Frauen als normal gilt. In den Ergebnissen dieser Arbeit zeigt sich auch bei den Teilnehmenden, die soziale Erfahrungen von Objektivierung und Sexualisierung oder sozialen Druck zur Entsprechung von weiblichen Schönheitsnormen nicht explizit schilderten, ein kritischer und kontrollierender Bezug zum eigenen Körper und ein Vergleich mit den Körpern Anderer oder mit medial vermittelten Bildern. Susanne beispielsweise beschreibt diese Prozesse sehr eindrücklich als Form freundschaftlicher Interaktion mit gleichaltrigen Mädchen, z.B. durch Austausch über Diäterfolge oder gemeinsames Abwerten des eigenen Körpers und Aufwertung der Körper der Anderen (sich gegenseitig erzählen, dass man sich selbst für dicker hält als die Andere). In ihren Schilderungen kommt zwar auch ein gemeinsames Reflektieren darüber vor, dass dieses Diätverhalten auch problematisch ist, jedoch wird der Wert von Attraktivität an sich scheinbar nie in Frage gestellt oder mit sozialem Druck in

Verbindung gebracht. Auf die Frage, weshalb sie schlank sein als so wichtig empfunden habe, antwortete Susanne: „Mhhh. (3) Weil‘s schön ist? (schmunzelt)“ (Susanne, Z.1209).

Wie die Schilderungen von Susanne illustrieren, enthalten Interaktionen zwischen Frauen oder Mädchen, die sich um Schönheitspraktiken und die Bewertung der eigenen Körper drehen, neben dem Aspekt der Konkurrenz oftmals auch die gegenseitige Bestätigung und eine Art Solidarisierung. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass diese Interaktionen eine selbstobjektivierende Haltung begünstigen und aufrechterhalten, wie beispielsweise Literatur zu sogenanntem „Fat Talk“ zeigt (Guertin et al., 2017; Sharpe et al., 2013). Es könnte daher sowohl für die Forschung als auch für präventive und therapeutische Interventionen sinnvoll sein, diese Interaktionen genauer in den Blick zu nehmen. Das Ziel könnte sein, eine Haltung zu fördern, bei der nicht nur affirmiert werden soll, dass der eigene Körper oder die Körper der Anderen auch ohne Gewichtsverlust schön sind, sondern die Koppelung von sozialem Wert einer Person an normative Vorstellungen von Attraktivität auf Grundlage eines Verständnisses der sozialen Hintergründe hinterfragt werden kann. Eine Entwicklung in diese Richtung ist bereits in Präventionsansätzen zu erkennen, welche die aktive Einbindung der adressierten Jugendlichen und Stärkung einer kritischen Kompetenz im Umgang mit medialen Botschaften oder sozialen Wertungen anstreben (Levine & Piran, 2001; Piran, 2001, 2015).

V.2.3. Implikationen für Psychotherapie und Prävention

Verständnis von Geschlecht und Sexualität als Kategorien sozialer Ungleichheit

Die vorangegangen Ausführungen heben die Relevanz von Erfahrungen, die an Geschlecht und Sexualität als Kategorien sozialer Ungleichheit geknüpft sind, für die Entwicklung eines negativen Körperbezugs und gestörten Essverhaltens hervor. Vor allem der obige Abschnitt zur Objektivierungstheorie zeigt, dass diese Zusammenhänge nicht immer offensichtlich sind und gerade durch ihre weitreichende Verankerung in unserer Gesellschaft als normal oder gar natürlich empfunden werden können. Die daraus abgeleitete Empfehlung, in therapeutischen Kontexten und Präventionsansätzen die kritische Kompetenz der betroffenen Personen bzw. junger Menschen im allgemeinen zu stärken setzt ganz grundlegend voraus, dass Therapeut_innen und Pädagog_innen selbst ein Verständnis relevanter Kategorien sozialer Ungleichheit und eine kritische Kompetenz im Umgang damit

besitzen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sprechen also dafür, diese Themen in der Ausbildung von therapeutischem und pädagogischem Fachpersonal zu stärken.

Dysfunktionale Kognitionen und die Relevanz sozialer Bewertung

Die Arbeit mit dysfunktionalen Grundüberzeugungen und verzerrten Denkmustern ist ein grundlegender Bestandteil wirksamer Psychotherapie. Diese Grundüberzeugungen zeigen sich in den Daten dieser Arbeit als kognitive Aspekte des negativen Selbst- und Körpererlebens (Kategorie *Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung*). Die Relevanz der persönlichen kognitiven Überzeugungen muss den Ergebnissen dieser Arbeit zufolge vor einem komplexen psychischen und sozialen Hintergrund verstanden werden. An dieser Stelle werden die konkreten Implikationen dieser Zusammenhänge für das Verständnis dysfunktionaler Grundüberzeugungen betroffener Personen über den Wert von Gewicht und Figur zusammengefasst:

- Dysfunktionale Grundüberzeugungen über den Wert einer bestimmten körperlichen Erscheinung beziehen sich nicht nur auf geschlechtsspezifische Vorstellungen von Schönheit, sondern auf geschlechtsspezifische Vorstellungen einer sozial wertgeschätzten Identität (vgl. Ausführungen in Abschnitt V.I.2.)
- Die Grundüberzeugungen können zwar als dysfunktional und in gewissen Maße als verzerrt bezeichnet werden, da sie selbstschädigend wirken und eine unverhältnismäßige Bedeutung im Leben der Betroffenen einnehmen. Jedoch enthalten sie einen Realitätsgehalt der nicht übersehen werden darf, da sie real existierende und sozial wirksame kulturelle Normen widerspiegeln.
- Möglicherweise ist es weniger die Internalisierung im Sinne einer persönlichen Übereinstimmung mit solchen Normen, die hier wichtig ist, sondern die Frage, inwieweit diese Normen als wichtig für die soziale Bewertung und Akzeptanz der eigenen Person erlebt wurden.

Für den dritten Punkt sprechen auch Ergebnisse aus der Forschung zu soziokulturellen Modellen, bei denen, wie im Theoriekapitel (Abschnitt II.1.3.) hervorgehoben wurde, wiederholt auffiel, dass sozialer Druck auch einen Einfluss auf gestörtes Essverhalten hat, der nicht über die Internalisierung des Schlankheitsideals vermittelt wird (Coomber & King, 2008; Hosseini et al., 2017; Stice et al., 1998; Tylka, 2011; van den Berg et al., 2002). Für die Behandlung und Prävention von Essstörungen könnte dies bedeuten, dass der Fokus darauf gelegt werden sollte, eine Widerstandsfähigkeit gegen Bewertungen anhand geschlechtsspezifischer sozialer Normen zu stärken, anstatt auf die rationale Einsicht, dass

sich der Wert eines Menschen nicht über sein Aussehen bemesse (zumal dies zwar als soziale Realität wünschenswert wäre, aber der tatsächlichen sozialen Realität nur bedingt entspricht).

V.2.4. Einschub: Zweigeteiltes Erklärungsmodell?

Die vorigen Abschnitte V.2.1., V.2.2. und V.2.3. bezogen sich auf Kategorien des Körper- und Selbsterlebens in den ersten beiden Modellabschnitten, für die Geschlecht explizit relevant ist. Der folgende Abschnitt V.2.5. befasst sich mit Kategorien des sozialen Erlebens und der Selbstregulation (Kategorien *mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle, internalisierende und repressive Selbstregulation* und *gestörtes Essverhalten als sozial-emotionale Regulation;* siehe im Ergebnisteil Abschnitte IV.2.1., IV.2.2. und IV.3.1.), welche von den Interviewten nur vereinzelt in den Kontext geschlechtsspezifischer sozialer Anforderungen gestellt werden.

Es lässt sich festhalten, dass diese Kategorien im subjektiven Erleben der Interviewten sehr wichtig sind, aber im Gegensatz zu den bisher diskutierten Kategorien subjektiv nicht unbedingt als geschlechtsspezifisch angesehen werden. Diesem Unterschied in den Schilderungen der Interviewten soll Rechnung getragen werden, indem der Frage nach dem Zusammenspiel dieser unterschiedlich stark an Geschlecht geknüpften Kategorien sorgfältig nachgegangen wird. Dazu wird in diesem Einschub die Frage aufgeworfen, ob von einer Art Zweiteilung des Entstehungsmodells ausgegangen werden sollte: Ein Mangel an Raum für eigene Bedürfnisse und Gefühle im familiären Kontext und eine damit in Verbindung stehende internalisierende und repressive Selbstregulation könnten als geschlechtsunabhängige Bedingung angesehen werden, die dann mit geschlechtsspezifischen Prozessen von Abwertung und Objektivierung, die mit einem negativem Selbst- und Körpererleben verknüpft ist, zusammenwirkt.

Interessant ist hier der Blick auf die Teilnehmenden, die keine an Geschlecht und Körper geknüpften abwertenden Erfahrungen berichtet hatten, welche die Entwicklung ihres negativen Körpererlebens und einer daran geknüpften Selbstbewertung nachvollziehbar machen. Die Selbstbewertung anhand des Körpers erscheint in ihren Darstellungen als Teil einer weiblichen Lebensrealität, wird jedoch nicht genauer thematisiert. Eva und Daria bringen explizit ein subjektives Verständnis von Essstörungen zum Ausdruck, das durch eine Zweiteilung der Bedingungen in zugespitzter Form gekennzeichnet ist: Diesem Verständnis

nach habe das ‚eigentliche' Problem nichts mit Geschlecht zu tun, sondern lediglich der symptomatische Ausdruck dieses Problems in Form gestörten Essverhaltens sei geschlechtsspezifisch. Eva, die Geschlecht als wenig relevant beschrieb, antwortete folgendermaßen auf die Frage, ob sie glaube, ihre Geschichte wäre anders verlaufen, wenn sie ein Junge gewesen wäre:

> *„Doch, ich glaub schon. Weil ich hatte halt relativ lange son (.) schlechtes Gefühl über /also Komplexe, so Körperkomplexe hatte ich einfach schon lange. Und, ich kann natürlich nicht sagen, dass ich die als Junge nicht gehabt hätte. Aber ich glaube, ich hätte mich dann auf was anderes konzentriert. Also ich glaub ich hätte, eventuell wäre ich auch nicht grad gut mit der Situation umgegangen, aber ich weiß nicht ob ich essgestört geworden wäre. Mal überlegen, also ich hätte wahrscheinlich irgendwelche Substanzen zu mir genommen oder so, oder auch viel getrunken, ich weiß es nicht." (Eva, Z. 808ff)*

Die Bedeutung ihres negatives Körperbildes für ihre Essstörung führt Eva zunächst also als Beleg dafür an, dass ihre Identität als Mädchen schon wichtig gewesen sei, relativiert dies dann jedoch insofern, dass sie nicht sicher sagen könne, ob sie ihren Körper als Junge nicht auch so negativ erlebt hätte. In den folgenden Sätzen beschreibt sie eine Essstörung als weiblichen Umgang mit ihrer schwierigen Lebenssituation und Alkohol- oder Substanzmissbrauch als Umgang, der für einen Jungen naheliegender wäre. Auf ähnliche Weise äußert sich Daria, die ebenfalls davon ausgeht, dass sie als Junge die gleichen grundlegenden Probleme gehabt hätte, aber vermutlich einen anderen Umgang damit gefunden hätte als gestörtes Essverhalten. Dieses subjektive Verständnis von Essstörungen weist Ähnlichkeiten auf zu einem psychologischen Verständnis von Essstörungen, bei dem lediglich der Einfluss des soziokulturellen Körperideals als geschlechtsspezifischer Faktor angesehen wird, die restlichen Faktoren und Entwicklungsprozesse jedoch nicht auf ihre Verknüpfung mit Geschlecht geprüft werden, und zudem das Zusammenwirken dieser verschiedenen Faktoren unklar bleibt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit ermöglichen jedoch eine Erweiterung dieses Verständnisses. Zum einen, da sie, wie oben beschrieben, die Entwicklung von negativem Selbst- und Körpererleben und einer an den Körper geknüpften Selbstbewertung als mit Geschlecht und Sexualität zusammenhängenden Prozess beleuchten, zum anderen, da sich in den Daten auch immer wieder Hinweise darauf finden, dass es auch in den Kategorien

Mangel an Raum für Bedürfnisse und Gefühle, internalisierende und repressive Selbstregulation aus dem ersten Teil des Modells und in der Überkategorie g*estörtes Essverhalten als sozial-emotionale Regulation* aus dem zweiten Teil des Modells eine Verbindung zu Geschlecht gibt. Dabei sind die vergeschlechtlichte Qualität der als relevant beschriebenen Familiendynamiken sowie die inhaltliche Überschneidung des psychosozialen Erlebens mit normativer Weiblichkeit relevant. In den folgenden Abschnitten wird diesen Aspekten unter Rückgriff auf bestehende Theorien nachgegangen. Der Bezug zu Geschlecht ist hier stärker interpretativ hergestellt ist als in den bisher diskutierten Kategorien. Es bedarf daher im Vergleich zu den bisherigen Darstellungen einer stärkeren Einbettung in bestehende Theorien und Forschungsergebnisse und zum Teil einer ausführlicheren Explikation anhand von Fallbeispielen um die Bezüge zu Geschlecht herauszuarbeiten.

V.2.5. Soziales Erleben und Selbstregulation

Vergeschlechtlichte Rollenteilung: Fürsorge für Andere als weibliche Verantwortung

Hinsichtlich der Familienkonstellationen innerhalb derer das Erleben von mangelndem Raum für eigene Bedürfnisse und Gefühle zustande kommt wurde bereits im Ergebnisteil auf die Rollenteilung zwischen männlichen und weiblichen Elternteilen hingewiesen: In den meisten Fällen wird die Mutter als diejenige beschrieben, die in das Leben des Kindes involviert und verantwortlich ist, damit aber aus verschiedenen Gründen überfordert ist und/oder dieser Aufgabe nicht ausreichend gerecht wird. Der Vater hingegen kommt in den Schilderungen in der Regel deutlich weniger vor und wird meist als wenig emotional involviert und häufig auch physisch abwesend beschrieben. In fünf Fällen wird eine Geschwisterdynamik thematisiert, bei der die Probleme des Geschwisterkindes die Aufmerksamkeit der Eltern beanspruchen und die interviewte Person selbst ihre Sorgen zurückhält bzw. damit nicht gesehen wird. In vier dieser fünf Fälle ist die interviewte Person weiblich und das Geschwisterkind ihr Bruder[17]. Es gibt also auch Hinweise darauf, dass männliche und weibliche Kinder in den Familien der Interviewten unterschiedliche Positionen einnahmen.

Das Fallbeispiel von Estelle eignet sich hier sehr gut zur Veranschaulichung der vergeschlechtlichte Rollenteilung auf Ebene der Eltern und auch der Geschwister, da Estelle

[17] Der Ausnahmefall ist hier Amy, deren trans-weibliche Identität in ihrer Kindheit noch nicht bekannt war, in deren Familie die chronisch kranke Schwester viel Aufmerksamkeit beanspruchte.

diese selbst reflektiert: Estelle misst dem „funktionieren“ (Estelle, Z.87) Können in ihrer Jugend große Bedeutung für ihre Essstörung bei. Problematisch dabei seien die familiären Umstände gewesen: Die Mutter sei psychisch krank gewesen und vom Vater verlassen worden. Ihr Bruder habe ebenfalls Probleme gemacht und eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung diagnostiziert bekommen, was in der Familie als sehr schlimm angesehen wurde. Sie selbst habe als Erwachsene ebenfalls eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung diagnostiziert bekommen, die damals bei ihr jedoch nicht aufgefallen war und auch heute von ihrer Familie nicht ernst genommen werde. Bezüglich der familiären Belastung habe sie sich sehr verantwortlich gefühlt. Da ihre Mutter nicht ausreichend für sie und ihren Bruder habe da sein können, hätte sie sich verantwortlich gefühlt, ihren Bruder zu „retten“ (Estelle, Z.1109), was sie aber nicht habe leisten können. Estelle reflektiert dabei die vergeschlechtlichten Aspekte der Verantwortungsübernahme für Andere, die den weiblichen Familienmitgliedern zukommt, und des gesehen Werdens mit den eigenen Problemen oder Bedürfnissen, was scheinbar ihrem Bruder mehr zuteil wurde als ihr.

Allgemein ist die Fürsorge für Andere, das Wahrnehmen und Befriedigen ihrer Bedürfnisse, ein Teil des weiblichen Rollenbildes (vgl. Abschnitt I.3.). Es wird Frauen sowohl als Kompetenz als auch als Verantwortung zugeschrieben. Sich mit den eigenen Sorgen aus Rücksicht auf Andere zurückzunehmen oder nicht gesehen zu werden (Unterkategorien *keine Belastung sein* und *Mangel an Halt und Fürsorge*) könnte demnach mit weiblicher Sozialisation und/oder der Identifikation mit diesem Rollenbild zusammenhängen. Dies entspricht dem zentralen Argument der Theorie von Orbach (1986), welche bereits im Theoriekapitel dargelegt wurde und als eine feministische Ausarbeitung psychodynamischer Grundannahmen zu Essstörungen angesehen werden kann: Die Autorin sieht die Ausrichtung auf Andere und die Unterdrückung eigener Bedürftigkeit als psychologische Folgen einer Sozialisation gemäß normativer Vorstellungen von Weiblichkeit, welche die Bildung eines unabhängigen, sich seiner Bedürfnisse bewussten Selbst erschwert. Über die psychodynamische Annahme, dass dies weitgehend in frühkindlichen Entwicklungsprozessen stattfindet, für die der Umgang der Bezugsperson mit den Signalen des Kindes bedeutsam ist, lässt sich anhand der Daten dieser Arbeit keine Aussage treffen. Jedoch werden auch in den subjektiven Schilderungen der Interviewten die Prozesse, innerhalb derer das Erleben von Mangel an Raum für eigene Bedürfnisse und Gefühle stattfindet und sich internalisierende und repressive Selbstregulationsstrategien entwickeln, weitgehend innerhalb der Familie verortet. Laut Orbachs psychodynamischen Annahmen sind dafür vor allem Identifikationsprozesse von Seiten der Mutter und ihr Umgang mit der Tochter wichtig,

welche weitgehend auf einer unbewussten Ebene stattfinden, also keine rationale Überzeugung von Seiten der Mutter im Sinne von „dieses Kind ist ein Mädchen, daher behandele ich es auf diese Weise“ voraussetzen. Wenn die Interviewten in dieser Studie ihr sozial-emotionales Erleben in der Kindheit nicht als geschlechtsspezifisch reflektieren, heißt dies nicht zwangsläufig, dass Geschlecht dafür nicht relevant gewesen ist. Die Darstellung der Familien lässt darauf schließen, dass innerhalb der Familien der Betroffenen häufig eine Rollenteilung entsprechend normativer Geschlechterbilder reproduziert wurde, die noch immer kennzeichnend für die Gesellschaft im Allgemeinen ist[18]. Obgleich dies beim Vergleich der Fälle eine sehr offensichtliche Gemeinsamkeit war, wurde dies von den Interviewten (mit Ausnahme von Estelle) selten als etwas, das mit Geschlecht zu tun hat, thematisiert.

Dies soll am Fallbeispiel Sarah erläutert werden: Sarah führt ihr Erleben von Unsicherheit bezüglich sich selbst und ihr Streben nach Selbstdisziplin zum Teil auf Erfahrungen von Objektivierung und Sexualisierung zurück, die sie sehr deutlich als geschlechtsspezifisch reflektiert, zum Teil aber auch auf ein Erleben von Anderssein, Scham und mangelnder Fürsorge in der Kindheit. Letzteres wird von Sarah nicht als mit Geschlecht in Zusammenhang stehend geschildert, aber in den Kontext eines „chaotischen“ (Sarah, Z.798) Familienlebens gestellt. Die Beschreibungen dieses chaotischen Familienlebens drehen sich letztendlich um die berufstätige Mutter, welche im Gegensatz zu den Müttern der anderen Kinder in Sarahs Umfeld einer klassischen Hausfrauen- und Mutterrolle nicht entspricht, indem sie z.B. vergisst, Sarah aus dem Kindergarten abzuholen und das Haus nicht ordentlich hält. Bezüglich des Vaters wird lediglich erwähnt, er sei weniger unordentlich als die Mutter, welche Rolle oder Verantwortung er für Haus und Kinder hatte, bleibt unklar. Sarahs Mutter habe sich für das Chaos zu Hause geschämt und versucht, es vor Anderen zu verbergen. Diese Scham habe auch Sarah bereits als Kind empfunden. Später habe Sarah sowohl ihre eigene Unordentlichkeit als auch ihre empfundenen Probleme bei der Kontrolle ihres Körpergewichts und Essverhaltens als eine Form von Undiszipliniertheit erlebt, der sie mit Selbstkontrolle habe begegnen müssen. Auffällig ist in Sarahs Darstellung, dass sowohl die kritische Ausrichtung auf den Körper als auch das Erleben von Scham für mangelnde Selbstdisziplin in anderen Bereichen stark mit normativen Vorstellungen von Weiblichkeit

[18]Dabei geht es nicht unbedingt um ein traditionell-bürgerliches Familienmodell, in dem der Vater erwerbstätig ist und die Mutter die Hausarbeit und Kindererziehung leistet. Im heutigen Diskurs um Carearbeit bzw. Reproduktionsarbeit geht es viel mehr darum, dass solche traditionell Frauen zugeschriebenen und auch heute noch größtenteils von Frauen ausgeübten Tätigkeiten schlecht bezahlt sind, wenn sie in Form von Erwerbsarbeit stattfinden, und gar nicht bezahlt sind, wenn sie in Form von häuslicher Arbeit stattfinden. Darin zeigt sich, wie die Fürsorge für Andere gesellschaftlich als weibliche Verantwortung angesehen und gleichzeitig wenig wertgeschätzt wird.

zusammenhängen und beides schon als Problem der Mutter geschildert wurde. Zudem scheint beides zumindest teilweise auch durch kritische Kommentare von der Mutter an die Tochter weitergegeben worden zu sein. Dieses Beispiel illustriert, wie eine Rollenteilung bzw. Verantwortungszuschreibung entsprechend normativer Geschlechterbilder Einfluss auf die Lebenssituation und das Selbstbild von Kindern haben könnte, wobei gegenseitige Identifikationsprozesse zwischen Eltern und Kindern (hier meist Mütter und Töchter) für die Übernahme vergeschlechtlichter Ansprüche als wichtig angenommen werden sollten.

Die Ergebnisse dieser Arbeit können also als Beleg dafür interpretiert werden, dass geschlechtsspezifische soziale Anforderungen insofern eine Relevanz für die Ausbildung von Essstörungen besitzen könnten, dass sie intrafamiliäre Strukturen, soziale Interaktionsmuster und Emotionsregulationsstrategien prägen, welche wiederum für Essstörungssymptomatik relevant sind. Diese Prozesse verdienen daher mehr Aufmerksamkeit. Bevor diese Ergebnisse in Abschnitt V.2.6. genauer im Kontext bestehender Forschung diskutiert werden, werden im nächsten Abschnitt noch die Kategorien des zweiten Teils des Modell (Erleben der Essstörung) diskutiert.

Gestörtes Essverhalten als selbstschädigende Regulationsstrategie im Konflikt zwischen eigenen Bedürfnissen und vergeschlechtlichten sozialen Anforderungen

In den Kategorien der Überkategorie *sozial-emotionale Regulation* (siehe Abschnitt IV.3.1. des Ergebnisteils) wird das gestörte Essverhalten selbst als eine Art der Selbstregulation dargestellt, deren internalisierende und repressive Qualität innerhalb der wahrgenommenen Anforderungen des sozialen Kontextes als funktional erscheint. Im letzten Abschnitt wurde die vergeschlechtlichte Qualität dieser sozialen Anforderungen ausgeführt. In Übereinstimmung damit dreht sich die Kategorie *Funktionieren Können und Erwartungen erfüllen* zum einen darum, wie ein internalisierender Umgang mit Emotionen und ein Unterdrücken von Bedürfnissen es ermöglichen, den Erwartungen und Bedürfnissen Anderer zu entsprechen, zum anderen aber häufig auch explizit um die Erfüllung von Weiblichkeitsnormen wie Schönheit oder Zurückhaltung. *Herstellen von Freiheit und Autonomie* kennzeichnet in gewisser Weise den Gegenpol dazu: die Abschottung gegen die Erwartungen und Bedürfnisse Anderer, eine Konzentration auf sich selbst und das Erleben individueller Freiheit. Jedoch erscheint diese Unabhängigkeit im Datenmaterial als etwas, das männlich konnotiert ist und den Interviewten vorenthalten bzw. bei ihnen selbst negativ bewertet wird. Sie kann daher im sozialen Kontext der Interviewten nur auf Kosten sozialer Eingebundenheit und durch die Ablehnung bzw. Unterdrückung eigener sozial-emotionaler Bedürfnisse erreicht werden. Die Unterkategorie *Erleben und Verkörpern von Kontrolle*

beschreibt einen Weg, das Erleben von Unabhängigkeit und Stärke intraindividuell durch die Unterdrückung eigener körperlicher Bedürfnisse herzustellen. Damit macht die betroffene Person ihr Erleben dieser Eigenschaften unabhängig davon, ob die eigene soziale Lebensrealität die Möglichkeit zum Erleben von Kontrolle bietet und vermeidet entsprechende Auseinandersetzungen. Diese Perspektive macht den hohen Belohnungswert verständlich, der diesem Kontrollerleben bei Essstörungen zukommt, aber durch die Annahmen kognitiver Modelle nicht unbedingt erklärt werden kann (vgl. Diskussion bei Vitousek & Brown, 2015).

Dieser vergeschlechtlichte Konflikt und sein Zusammenhang mit dem Konzept der Subjektivität wird in Abschnitt V.3.2. dieses Kapitels noch ausführlicher aufgegriffen. Zunächst werden jedoch die Implikationen der letzten beiden Abschnitte für psychologische Modellannahmen und Forschung zu Essstörungen hervorgehoben.

V.2.6. Theoretische Bezüge und Implikationen für weitere Forschung

Die in diesem Unterkapitel diskutierten Ergebnisse sprechen dafür, dass der Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Gefühlen sehr relevant für die Entwicklung und das Erleben von Essstörungen ist und zudem durch eine internalisierende und repressive Qualität gekennzeichnet ist, für die wiederum vergeschlechtlichte soziale Erfahrungen und Anforderungen bedeutsam sein könnten. In den Folgen Absätzen wird ausgeführt, in welchem Verhältnis diese Ergebnisse zu bestehenden psychologischen Modellannahmen stehen. Zudem werden Perspektiven für eine weitere empirische Prüfung der hier stark interpretativ hergestellten, aber wichtigen Zusammenhänge mit Geschlecht erörtert.

Emotionsregulation und interpersonelle Prozesse

Durch den Fokus auf interpersonelle Prozesse innerhalb der Familie und ihre Verknüpfung mit dem psychischen Erleben der Betroffenen weisen die Kategorien *mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle* und *internalisierende und repressive Selbstregulation* große inhaltliche Ähnlichkeit zu den im Theoriekapitel beschriebenen psychodynamischen Modellvorstellungen auf: Zentral für Essstörungen ist demnach ein Gefühl der Delegitimation eigener Bedürfnisse und Schwierigkeiten im Wahrnehmen von und Handeln nach eigenen Impulsen (Bruch, 1978). Oben wurde bereits auf die Theorie von Orbach (1986) hingewiesen wurde, welche diese psychischen Charakteristika in den Kontext normativer Weiblichkeit stellt. Dies ist in Übereinstimmung mit den Ergebnissen dieser

Arbeit, wenngleich das Problem bestehen bleibt, dass sich über die dahinterstehenden psychodynamischen Grundannahmen anhand der Ergebnisse dieser Arbeit keine Aussage treffen lässt.

Im aktuellen Stand der psychologischen Forschung ist die Relevanz von Emotionsregulation und interpersonellen Schwierigkeiten für gestörtes Essverhalten gut belegt (Lavender et al., 2015; Oldershaw et al., 2015; Prefit et al., 2019; Treasure & Schmidt, 2013). Diese Konstrukte werden dementsprechend auch in kognitiv-behavioralen Modellen und Behandlungsansätzen berücksichtigt (siehe Theoriekapitel Abschnitt II.1.). In den Ergebnissen dieser Arbeit wird ein spezifisches Bild von diesbezüglichen Schwierigkeiten gezeichnet: Demnach geht es zum einen um das Erleben, eigenen Gefühlen und Bedürfnissen keinen Raum geben zu können oder zu dürfen, da dies innerhalb der sozialen Beziehungen der Betroffenen negative Konsequenzen hätte (z.B. eine weitere Überlastung der Eltern) oder nicht möglich erscheint (z.B. aufgrund mangelnden Vertrauens). Zum anderen wird ein Gefühl der Unabhängigkeit und Sicherheit daraus gewonnen, eigene Bedürfnisse und Gefühle mit Hilfe gestörten Essverhaltens kontrollieren zu können. Auf diese Art kann ein Ausleben von Emotionen und Bedürfnissen innerhalb sozialer Beziehungen, welches zu Konflikten oder weiteren Belastungen führen könnte, vermieden werden. Dies wurde in dieser Arbeit als internalisierende und repressive Selbstregulation bezeichnet. Die aus theoretischer Perspektive zentrale Annahme ist hier, dass die Möglichkeiten zur Selbstregulation stark von den wahrgenommenen Anforderungen des sozialen Umfelds beeinflusst sind.

Damit sind die Ergebnisse dieser Arbeit in Übereinstimmung mit anderen qualitativen Studien: Eine Metasynthese qualitativer Studien zu Emotionsregulation bei Personen mit Essstörungen (Henderson et al., 2019) zeigt, dass Forschungsarbeiten mit einem qualitativen Zugang wiederholt auf ebendiese Relevanz der wahrgenommenen Anforderungen sozialer Kontexte für die Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen aufmerksam gemacht haben. Henderson et al. (2019) bilden dementsprechend eine thematische Überkategorie, die als “the emotional self within a social context” bezeichnet wird. Allerdings wird Geschlecht in dieser Metasynthese nicht thematisiert. Im Fokus auf den sozialen Kontext liegt ein wichtiger theoretischer Unterschied zwischen den Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen dieser Arbeit und gängigen multifaktoriellen psychologischen Modellannahmen, in denen Defizite in der Selbstregulation als ein prädispositionierender und/oder aufrechterhaltender individueller Faktor angesehen werden. In der transdiagnostischen Darstellung bei Fairburn et al. (2003) beispielsweise erscheinen Schwierigkeiten in der Emotionsregulation als ein Defizit der betroffenen Personen, welches deren Kompetenz im Umgang mit interpersonellen

Schwierigkeiten beeinflusst, was sich wiederum auf das gestörte Essverhalten auswirkt. Diese Sichtweise schließt zwar nicht aus, dass dieses Defizit mit Lernerfahrungen in sozialen Kontexten zusammenhängt, aber sie unterschätzt möglicherweise die fortdauernde Relevanz der wahrgenommenen sozialen Anforderungen, indem sie auf Schwierigkeiten in der Selbstregulation als feststehendes psychologisches Charakteristikum der betroffenen Person fokussiert.

Die hier vorgestellte ätiologische Annahme über die soziale Qualität der Selbstregulationsschwierigkeiten bietet auch Implikationen für die therapeutische Behandlung, da ein genaueres Verständnis dieser Qualität für die Beziehung zwischen Therapeut_in und Patient_in hilfreich sein könnte und Ansatzpunkte dafür bietet, welche Art von Lernerfahrungen und Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen für den Aufbau adaptiverer Regulationsfähigkeiten wichtig sein könnten. Darauf wird in der Diskussion der Veränderungsprozesse in Abschnitt V.4. genauer eingegangen.

Die oben ausgeführten theoretischen Differenzen zwischen der Perspektive dieser Arbeit und dem gängigen multifaktoriellen Modell erschweren eine Einschätzung der Frage, ob das in dieser Arbeit vorgestellte spezifische Bild auch durch den Stand der quantitativen Forschung zu Emotionsregulation und interpersonellen Schwierigkeiten gestützt wird. Quantitative Studien in diesem Bereich prüfen und quantifizieren meist Zusammenhänge zwischen bestimmten Komponenten der Emotionsregulation oder interpersonellen Schwierigkeiten mit Essstörungen bzw. gestörtem Essverhalten, machen dabei aber nicht notwendigerweise eine Aussage über die Entwicklung etwaiger Defizite oder ihren Zusammenhang mit sozialen Anforderungen. Das Spektrum der geprüften Komponenten ist dabei breit und unterscheidet sich je nach Operationalisierung. Den hier entwickelten theoretischen Annahmen zufolge könnten folgende Komponenten eine besondere Relevanz besitzen: Unterdrückung oder Vermeidung von Emotionen, Angst vor intensiven emotionalen Zuständen, maladaptiver Ausgleich (z.B. durch Überessen oder gegen sich selbst gerichtete Aggression), soziale Isolation bzw. ein Mangel an Suche nach sozialer Unterstützung als adaptiver Regulationsstrategie sowie Vermeidung von Konflikten oder Unterwürfigkeit gegenüber Anderen. Die Relevanz dieser Komponenten emotionaler und interpersoneller Schwierigkeiten für Anorexie und Bulimie wird durch verschiedene Reviews bzw. metaanalytische Studien bestätigt (Lavender et al., 2015; Oldershaw et al., 2015; Prefit et al., 2019). Jedoch kommt diesen Übersichtsarbeiten zufolge auch anderen Komponenten ein großer Stellenwert zu, beispielsweise der Rumination, deren Relevanz zwar mit den hier dargelegten Annahmen nicht in Widerspruch steht, aber zumindest weiterer Erklärung

bedürfte. Daher wird nicht unbedingt spezifisch das hier entworfene Bild sozial-emotionaler Schwierigkeiten unterstützt, sondern eher die allgemeine Relevanz dieses Themenbereiches. An dieser Stelle wird deutlich, wie eine stärkere gegenseitige Bezugnahme hypothesenprüfender, quantitativer Forschungsansätze und theoriegenerierender, qualitativer Forschungsansätze zu theoretisch besser integrierten psychologischen Erklärungsmodellen beitragen könnte.

An dieser Stelle soll noch auf zwei theoretisch stärker ausgearbeitete Konstrukte eingegangen werden, die für den Themenkomplex der Emotionsregulation bei Essstörungen aufschlussreich sein könnten: Alexithymie und Self-Silencing. Alexithymie beschreibt Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und Beschreibung von Emotionen bei Personen mit psychosomatischen Erkrankungen (Sifneos, 1973). Eine Metaanalyse von Westwood et al. (2017) bestätigt die Relevanz von Alexithymie für Anorexie, Bulimie und Binge Eating. In einem kritischen Review weisen Nowakowski et al. (2013) darauf hin, dass wenig über die Rolle dieses Konstrukts für die Entwicklung von Essstörungen bekannt ist, es jedoch empirische Hinweise auf eine mediierende Rolle von Alexithymie zwischen Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter und Essstörungssymptomatik bei Frauen gibt. Die Autorinnen verweisen auf die Annahme, dass Betroffene aufgrund von Lernerfahrungen gestörtes Essverhalten zur Vermeidung und Regulation von Emotionen nutzen: „Specifically, an early childhood environment in which emotions are viewed as unacceptable or frightening leads to the development of the belief that emotions are bad and should not be experienced or expressed“ (Nowakowski et al., 2013, S.1). Sie beziehen sich dabei auf die Arbeit von Hambrook et al. (2011) in welcher mit dem Konstrukt von Self-Silencing gearbeitet wurde. Self-Silencing (Jack & Dill, 1992) wurde als geschlechtsspezifisches Konstrukt in einer Langzeitstudie mit depressiven Frauen entwickelt und beschreibt die Unterdrückung eigener Gefühle und Impulse innerhalb sozialer Beziehungen:

> This model suggests that cognitive schemas about how to create and and maintain safe, intimate relationships lead women to silence certain feelings, thoughts, and actions. This self-silencing contributes to a fall in self-esteem and feelings of a “loss of self” as a woman experiences, over time, the self-negation required to bring herself into line with schemas directing feminine social behavior. *(Jack & Dill, 1992)*

Die Nachzeichnung des wissenschaftlichen Diskurses zeigt, dass mit dem Einbezug des sozialen Kontextes auch Geschlecht als relevantes Konstrukt in den Vordergrund rückt.

Auf die Annahme der Geschlechtsspezifität wird im nächsten Absatz ausführlicher eingegangen. Wie im Theoriekapitel unter Abschnitt II.2.2. dargelegt, sprechen einige querschnittliche Studien für die Relevanz von Self-Silencing für Essstörungen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sprechen dafür, dass eine Interpretation der Literatur zu Emotionsregulationsdefiziten bei Personen mit Essstörungen gemäß der entwicklungspsychologischen Annahmen des Self-Silencing Konstrukts sinnvoll wäre. Insgesamt kann festgehalten werden, dass mehr empirisches Wissen über die Rolle von Emotionsregulation und interpersonellen Prozessen für die Entwicklung von Essstörungen und darüber, inwiefern vergeschlechtlichte soziale Erfahrungen oder Anforderungen dabei bedeutsam sind, benötigt wird. Im oben zitierten Review von Nowakowski et al. (2013) wird außerdem das Fazit gezogen, dass die Schwierigkeiten bei Personen mit Essstörungen möglicherweise treffender durch das Konstrukt der interozeptiven Wahrnehmung (interoceptive Awareness) als das der Alexithymie beschrieben werden. Ein Defizit in der Wahrnehmung innerer Zustände wiederum könnte gut durch die Objektivierungstheorie erklärt werden, wodurch auch eine theoretische Verbindung zwischen negativem Körpererleben und Emotionsregulationsschwierigkeiten geschaffen würde. An dieser Stelle sei auf die Arbeiten von Morrison und Sheahan (2009), sowie Piran und Cormier (2005) verwiesen, laut derer Kombinationen aus Self-Silencing und Objektivierung in signifikantem Zusammenhang mit gestörtem Essverhalten stehen.

Geschlechtsspezifität internalisierender und repressiver Selbstregulation: ein weiteres Erklärungsmuster für geschlechtsabhängige Prävalenzen?

In den vorangegangen Abschnitten wurde argumentiert, internalisierende und repressive Selbstregulation bei Essstörungen stehe in Zusammenhang mit vergeschlechtlichten sozialen Anforderungen. Dies legt wiederum nahe, dass es einen allgemeinen Geschlechterunterschied in diesen Selbstregulationsstrategien gebe, der ein weiteres Erklärungsmuster für geschlechtsspezifische Prävalenzen von Essstörungen bieten könnte. Da diese Annahme die empirische Grundlage dieser Arbeit übersteigt, wird sie in diesem Abschnitt in den Kontext der Fachliteratur zu allgemeinen Geschlechterunterschieden in der Emotionsregulation gestellt und der weitere Forschungsbedarf expliziert.

Dass Frauen und Männer unterschiedlich mit Emotionen umgehen, ist empirisch gut belegt (Pascual et al., 2016; Ricarte Trives et al., 2016; Ward & King, 2018; Zimmermann & Iwanski, 2014). Ein Review von Nolen-Hoeksema (2012) zu Geschlechterunterschieden in Emotionsregulation und Psychopathologie zeigt, dass Frauen im Selbstreport mit Ausnahme von Alkoholkonsum höhere Werte als Männer für alle Emotionsregulationsstrategien -

sowohl adaptive als auch maladaptive - aufweisen und dass Mädchen im Vergleich zu Jungen mehr „effortful control“, eine bewusste Beschäftigung mit Emotionen und Bemühungen, sie zu regulieren, aufweisen. In Bezug auf die Frage, ob Unterschiede in Emotionsregulationsstrategien erklären könnten, warum Frauen häufiger „internalisierende“ Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen entwickeln und Männer häufiger „externalisierende“ Störungen wie Alkoholmissbrauch oder antisoziale Verhaltensweisen aufweisen, kommt die Autorin zu dem Schluss, dass mehr Forschung nötig sei und dass die Beschäftigung mit Geschlecht grundlegende Fragen über die verwendeten Konstrukte zur Erforschung von Emotionsregulation aufwerfe. Sie weist auf ein grundlegendes Defizit an Wissen über Emotionsregulationsstrategien bei Männern hin und darauf, dass die Annahme, Männer würden mehr zur Unterdrückung von Emotionen neigen als Frauen, empirisch nicht bestätigt werde. In Bezug auf Frauen stellt Nolen-Hoeksema (2012) fest, dass abgesehen vom negativen Einfluss von Rumination auf Depression und Angstsymptomatik unklar bleibt, inwieweit ihre größere Beschäftigung mit Emotionen einen Vorteil oder einen Nachteil für ihre psychische Gesundheit darstelle. Studien, die Geschlechterunterschiede in Emotionsregulationsstrategien oder interpersonellen Schwierigkeiten spezifisch mit gestörtem Essverhalten in Verbindung bringen, finden zum Teil Unterschiede zwischen Männern und Frauen in einzelnen Komponenten der Emotionsregulation und deren Zusammenhang mit bestimmten Essstörungssymptomen, weisen aber auf die Relevanz von Emotionsregulation für gestörtes Essverhalten sowohl bei Männern als auch bei Frauen hin (Ambwani et al., 2014; Ivanova et al., 2017; Opwis et al., 2017; Perry & Hayaki, 2014; Smith et al., 2019). Studien mit einem solchen Design könnten jedoch nur Erkenntnis darüber generieren, ob gestörtes Essverhalten bei Männern und bei Frauen gleichermaßen mit Emotionsregulation zusammenhängt, jedoch nicht darüber, ob generelle Geschlechterunterschiede in der Emotionsregulation einen Beitrag zur Erklärung der Unterschiede in Prävalenzen und Symptomatik von Essstörungen zwischen Männern und Frauen leisten.

Entsprechend feministischer Theorien zu Essstörungen und den Ergebnissen dieser Arbeit kann die Hypothese aufgestellt werden, dass internalisierende und selbstrepressive Selbstregulationsstrategien bei Personen mit weiblichem Geschlecht häufiger auftreten, da sie eine Anpassung an soziale Anforderungen darstellen, die aufgrund vergeschlechtlichter sozialer Strukturen und normativer Geschlechterbilder eher an Mädchen als an Jungen gestellt werden. Wie in Abschnitt I.3. zum Verständnis von Geschlecht beschrieben wurde, wirken geschlechtsspezifische Strukturen und Diskurse jedoch nicht deterministisch auf das Individuum, sondern interagieren mit anderen sozialen Kategorien, variieren je nach

individueller Lebenssituation und sind zudem auch von Identifikationsprozessen auf Seiten des Individuums selbst abhängig. Daher werden vergeschlechtlichte soziale Anforderungen nicht für jedes Kind, dem ein weibliches Geschlecht zugeschrieben wird, gleich wirksam sein. Zudem kann auch ein Kind, dem ein männliches Geschlecht zugeschrieben wird, von den gleichen sozialen Anforderungen betroffen sein, es wäre nur weniger wahrscheinlich. Bezieht man diesen Gedankengang wieder auf Essstörungen zurück, wäre anzunehmen, dass sich bei cisgeschlechtlichen, männlichen Personen mit anorektischer oder bulimischer Symptomatik die gleichen oder zumindest ähnliche psychologische Charakteristika finden, diese Problematik jedoch insgesamt sehr viel seltener auftritt. Obgleich dahingehend sicherlich noch Forschungsbedarf besteht, legt der Stand der Forschung, wie er in Abschnitt II.3. des Theoriekapitels zusammengefasst wurde, nahe, dass dies der Fall sein könnte. Diese Argumentation birgt die Gefahr der Zirkularität, kann aber zumindest als begründete Hypothese gelten, die empirischer Prüfung bedarf. Interessant wären hierfür Studien, die nicht die Selbstregulationsstrategien von Männern und Frauen mit Essstörungen vergleichen, sondern von Männern mit Essstörungen und Männern ohne Essstörungen.

Geschlechtersozialisation durch vergeschlechtlichte Rollenteilung

Unter der Voraussetzung, dass internalisierende und repressive Selbstregulation tatsächlich bei Frauen häufiger auftritt als bei Männern und zu der ungleichen Prävalenz von Essstörungen beiträgt, bliebe noch die hier aufgestellte Hypothese zu prüfen, ob dies mit einer Sozialisation gemäß normativer Geschlechterbilder zusammenhängt und ob für diese Sozialisation eine vergeschlechtlichte Rollenteilung innerhalb der Familie und/oder wichtiger Bezugspersonen und Vorbilder relevant sind. Dies ist eine Frage der Sozial- und Entwicklungspsychologie und führt vom Fokus dieser Arbeit auf Essstörungen weg. Es sei aber an dieser Stelle auf die Social Role Theory of Gender (Eagly et al., 2000; Eagly & Steffen, 1984) verwiesen, die von genau dieser Verknüpfung von vergeschlechtlichter Arbeitsteilung, Geschlechterrollen und Geschlechterunterschieden auf individueller psychischer Ebene ausgeht.

V.3. Integriertes Erklärungsmodell

Im vorangegangenen Unterkapitel wurde entgegen der Annahme eines zweigeteilten Erklärungsmodell vorgebracht, dass auch die Kategorien, die sich auf das sozial-emotionale Erleben beziehen, vergeschlechtlichte Aspekte enthalten. In diesem Unterkapitel wird darüber hinaus das Zusammenwirken und die inhaltlichen Parallelen der zuvor getrennt voneinander beschriebenen Kategorien erläutert.

V.3.1. Gemeinsamer Entwicklungsprozess

Die vier Überkategorien des ersten Abschnitts des Modells spiegeln unterschiedliche inhaltliche Aspekte der psychosozialen Bedingungen wieder, innerhalb derer die Essstörung entwickelt wird, und wurden daher getrennt voneinander diskutiert. Letztendlich sind sie jedoch Aspekte desselben Entwicklungsprozesses. Das Zusammenwirken der Kategorien ist besonders deutlich in den Fällen zu erkennen, in denen die *Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung* auch innerhalb der Familie gemacht wurden, sodass das Erleben von mangelndem Raum und Fürsorge und das Erleben von Abwertung oder Objektivierung lediglich zwei Aspekte der gleichen interpersonellen Prozesse sind. Dies trifft z.B. auf den oben beschriebenen Fall von Sarah zu, bei der Objektivierung zwar nicht ausschließlich, aber insbesondere auch von der Mutter ausging. Zudem wird das Erleben von *Mangel an Raum für Bedürfnisse und Gefühle* in einigen Fällen weniger auf eine familiäre Überlastung zurückgeführt (siehe Unterkategorie *keine Belastung sein*, Ergebnisteil Abschnitt IV.2.1.), sondern auf eine problematische und wenig vertrauensvolle Beziehung zu den Eltern, von denen abwertende oder objektivierende Erfahrungen ausgingen. Ein Beispiel dafür ist der Fall von Charlie, die in ihrer lesbischen und nicht normativ weiblichen Identität keine Akzeptanz von ihrer Familie erfuhr und daher auch keine vertrauensvolle und unterstützende Beziehung zu ihren Eltern erlebte. Doch auch wenn abwertende oder objektivierende Erfahrungen ausschließlich außerhalb der Familie gemacht wurden, oder Objektivierung gar nicht als konkreter sozialer Prozess beschrieben wird (sondern nur im Sinne einer grundsätzlich wirkmächtigen Relevanz eines schönen, schlanken Körpers für Frauen erlebt wurde) erscheint es logisch einleuchtend, dass eine Person, die zu internalisierenden und

repressiven Selbstregulationsstrategien neigt, eine erfahrene Abwertung eher internalisieren wird als sich dagegen zu wehren. Dies wird in der Unterkategorie *Nachgeben statt Selbstbehauptung* deutlich. Der internalisierenden Selbstregulation käme dieser Annahme folgend eine mediierende Rolle zwischen den *Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung* und dem damit assoziierten psychischen Erleben in Form von *Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung* zu. Auch wenn negatives Selbsterleben in den Schilderungen der Interviewten deutlicher mit den abwertenden Erfahrungen in Verbindung gebracht wurde und daher auch in dieser Verbindung diskutiert wurde, enthalten letztendlich auch die Kategorien *Mangel an Raum für Bedürfnisse und Gefühle* und *internalisierende und repressive Selbstregulation* Informationen über das Selbsterleben der Betroffenen, das zwar nicht direkt negativ, aber zumindest mit einer großen Unsicherheit behaftet zu sein scheint.

V.3.2. Geteilte Bedeutungsebene im sozial-emotionalen und körperlichen Erleben: der vergeschlechtlichte Konflikt um Subjektivität

In Bezug auf die Kategorien des zweiten Teils des Modells, die das Erleben der Essstörung beschreiben, wurde bereits darauf hingewiesen, dass sich die Kategorien beider Überkategorien (*sozial-emotionale Regulation* und *soziales Verhandeln von Geschlecht*) in einem gewissen Zwiespalt bewegen, der im Ergebnisteil als Zwiespalt zwischen Anpassung und Autonomie bezeichnet wurde. Diese gemeinsame Bedeutungsebene wird an dieser Stelle genauer in den Blick genommen. Im Theorieteil wurde dargelegt, dass in feministischen Arbeiten zu Essstörungen bereits eine doppelte oder widersprüchliche Funktion gestörten Essverhaltens angeführt und mit Geschlecht verknüpft wurde. So spricht beispielsweise Orbach vom „dialektischen Kern“ (Orbach, 1990, S.83) gestörten Essverhaltens zwischen Anpassung an normative Weiblichkeit und Ablehnung derselben. Die Annahmen der vergeschlechtlichten Widersprüche und ihrer Verbindung zu gestörtem Essverhalten bewegen sich auf sehr abstraktem theoretischen Niveau. In den folgenden Abschnitten wird aufgezeigt, inwieweit die Ergebnisse dieser Arbeit die Annahmen feministischer Theorien bestätigen und inwieweit sie es ermöglichen, diese Annahmen auf konkreter, individueller Ebene nachzuvollziehen. Dafür sind zunächst einige theoretische Ausführungen nötig, die anschließend auf die Ergebnisse dieser Arbeit rückbezogen bzw. durch sie konkretisiert werden.

Female double bind: Verschwimmen der sozialen und körperlichen Ebene in der feministischen Theorie

Das zentrale Konzept zum Verständnis dieses Widerspruchs wurde im Theoriekapitel als female double bind vorgestellt (siehe Abschnitt II.2.2.). Demnach beinhaltet Weiblichkeit als soziales Konstrukt und soziale Position die Ausrichtung auf und Fürsorge für Andere, das Aufrechterhalten von Beziehungen als Aufgabe und Ziel, dem Unabhängigkeit und eigene Interessen untergeordnet werden müssen. Gleichzeitig werden Frauen jedoch auch am Ideal eines unabhängigen, leistungsstarken Individuums gemessen, und müssen diesem Ideal entsprechen, um gesellschaftlichen Erfolg und ökonomische Unabhängigkeit zu erlangen. Dieses Ideal des autonomen Individuums deckt sich dabei mit dem Ideal von Männlichkeit und steht im Widerspruch zum Ideal von Weiblichkeit. Gemäß der Vorstellung von Körper- oder Schönheitsidealen als Verkörperung von Geschlechteridealen wird in den vorgestellten Theorien nicht zwischen dem sozialen Selbsterleben und dem Körpererleben getrennt. Bei Bordo (1993) und MacSween (1995) wurde das extreme Streben nach Schlankheit bei Frauen mit Anorexie als Versuch interpretiert, die vergeschlechtlichten Bedeutungen des Körpers auf individueller Ebene zu verändern. Inhaltlich geht es dabei um die Transformation von einer Objektposition in eine Subjektposition: Der eigene weibliche Körper, der als weich, passiv-rezeptiv und den Bedürfnissen Anderer dienend wahrgenommen wird, soll in einen durch den eigenen Willen kontrollierten und gegen die Außenwelt abgegrenzten Körper transformiert werden. Dieses kontrollierte und abgegrenzte Körperkonzept markiert eine neutrale Subjektposition, die der Theorie nach dem Männlichen vorbehalten bleibt und mit dem Weiblichen in Widerspruch steht. Das Streben nach Schlankheit bzw. nach Kontrolle des eigenen Essverhaltens und Körpergewichts beschreibt demnach die Annäherung an diese neutrale Subjektposition durch eine gegen den eigenen Körper als Manifestation geschlechtlicher Zuschreibungen gerichtete Ausübung von Kontrolle. Das gestörte Essverhalten wurde in dieser Arbeit als subjektiv funktionaler Weg beschrieben, Subjektivität innerhalb einer sozialen Position herzustellen, die als objektiviert oder abgewertet empfunden wird oder innerhalb derer eigene Bedürfnisse hinter vergeschlechtlichten sozialen Anforderungen zurücktreten müssen. Damit wurden konkrete Entwicklungsprozesse beschrieben, innerhalb derer Geschlechterkonstruktionen für einzelne Individuen wirksam werden und ihren Bezug zu sich selbst und zu ihrem Körper beeinflussen. Ein Verständnis dieser konkreten Entwicklungsprozesse ermöglicht es, eine Brücke zu schlagen zwischen den Theorien, die sich auf der Ebene kultureller Bedeutungen bewegen, und dem psychologischen Verständnis von der Entwicklung von Essstörungen auf individueller Ebene. Im Gegensatz zu

den im Theorieteil vorgestellten feministischen Theorien wurden die Ebenen des körperlichen und des sozial-emotionalen Erlebens in den Ergebnissen dieser Arbeit als zwei verschiedene Aspekte behandelt und in unterschiedlichen Kategorien beschrieben. Wie in den feministischen Theorien zeigt sich jedoch eine gemeinsame Bedeutungsebene im Streben nach Subjektivität, das sich sowohl auf sozial-emotionaler Ebene als auch auf körperlicher Ebene mit vergeschlechtlichten Eigenschaften befasst. Mit den hier vorliegenden Daten zum Erleben betroffener Personen und dem daraus entwickelten Konzept der Subjektivität lässt sich das abstrakte Konzept des female double bind konkretisieren. Dafür ist der inhaltliche Unterschied zwischen diesem Konzept von Subjektivität und dem Begriff der Autonomie relevant, der im folgenden Absatz dargelegt wird.

Autonomie versus Subjektivität

Dem Streben nach Autonomie wird sowohl in feministischen als auch psychodynamischen Modellen ein hoher Stellenwert für das gestörte Essverhalten eingeräumt. Wie oben dargestellt, verweisen feministische Modelle auf den Widerspruch zwischen Autonomie und Weiblichkeit und erklären gestörtes Essverhalten als verkörperten Lösungsversuch dieses Widerspruchs. Die Konzepte von Subjektivität und Autonomie überschneiden sich im Aspekt der Handlungsfähigkeit: Autonomie wurde im Ergebnisteil als ein Erleben definiert, das sich durch die Komponenten Unabhängigkeit und Handlungsfähigkeit auszeichnet. Subjektivität hingegen wurde als ein Erleben definiert, das sich durch die Komponenten Selbstwert und Handlungsfähigkeit auszeichnet: Sich selbst als Person mit einer sozial akzeptierten, positiven Identität, die Einfluss auf ihr eigenes Leben nehmen kann, zu erleben. In den dargestellten Entwicklungsverläufen wird deutlich, dass dieses Erleben grundlegend eingebettet ist in das Erleben von sozialen Beziehungen: Selbstwert und Handlungsfähigkeit sind nicht etwas, das die Betroffenen für sich selbst und unabhängig von Anderen herstellen können, sondern etwas, das sich in sozialen Gefügen entwickelt und manifestiert. Genau in diesem Punkt zeigt sich der Unterschied zum Konzept von Autonomie: Anstelle von Selbstwert bzw. sozialem Wert wird bei Autonomie die Unabhängigkeit von Anderen betont. Es geht weniger darum, sich als sozial wertgeschätzte Person zu erleben, die Einfluss auf ihr Leben nehmen kann, sondern als Person, die handlungsfähig ist, *weil* sie von anderen unabhängig ist.

Die Eingebundenheit in soziale Beziehungen stellt dabei an Personen, denen ein weibliches Geschlecht zugeschrieben wird, andere Anforderungen als an Personen, denen ein männliches Geschlecht zugeschrieben wird: Im Gegensatz zu Weiblichkeit erscheint Männlichkeit als soziales Konstrukt und soziale Position in der Unabhängigkeit sozial

gefordert, aber auch sozial wertgeschätzt und unterstützt wird. Während das Streben nach traditionell männlich besetzten Eigenschaften für Frauen insofern notwendig ist, dass diese Voraussetzungen für ökonomischen Erfolg sind, besteht der gleiche Anlass für Männer in Bezug auf das Streben nach traditionell weiblichen Eigenschaften nicht. Obwohl heutzutage durch den Kampf um die Gleichberechtigung der Geschlechter vermehrt auch von Männern soziale Eigenschaften wie Fürsorglichkeit eingefordert werden, enthält normative Männlichkeit daher traditionell keinen double bind. Zusammengenommen ergibt sich damit eine aufeinander bezogene soziale Rollenteilung, bei der männliche Personen Unabhängigkeit auch in sozialen Beziehungen wahren müssen und dürfen, während soziale Bezogenheit von weiblichen Personen hergestellt werden soll, die damit die Unabhängigkeit männlicher Personen stützen (Tietge, 2016, 2019). Es geht also nicht nur darum, dass eine Frau, die nach Unabhängigkeit strebt, die Anforderungen normativer Weiblichkeit verletzt und ein Mann, der nach Unabhängigkeit strebt, die Anforderungen normativer Männlichkeit erfüllt, und dies gesellschaftlich unterschiedlich bewertet wird. Es geht darüber hinaus auch darum, dass ein Mann dabei mit größerer Wahrscheinlichkeit Fürsorge und soziale Eingebundenheit erleben kann, die von Frauen in seinem Leben aufrecht erhalten werden, während eine Frau, die nach Unabhängigkeit strebt, mit größerer Wahrscheinlichkeit einen Verlust an Fürsorge und sozialer Eingebundenheit hinnehmen muss[19]. Diese beiden Punkte erklären, weshalb innerhalb des female double binds die Herstellung von Subjektivität im Sinne eines gemeinsamen Erlebens von Selbstwert bzw. sozialem Wert und Handlungsfähigkeit schwierig bleibt.

Konkretisierung des Bedeutungsgefüges anhand der Ergebnisse

Die Analyse der vergeschlechtlichten Qualität des Widerspruches, in dem sich die Kategorien zum Erleben der Essstörung bewegen, ermöglicht es, diesen Widerspruch als female double bind auf sozial-emotionaler und körperlicher Ebene darzustellen (siehe Abbildung 13).

[19]Auch hierbei ist wieder mitzudenken, dass es keine zwangsläufige eins zu eins Entsprechung zwischen diesen in sozialen Strukturen verankerten Geschlechterkonstruktionen und der Geschlechtsidentität bzw. dem sozialen Erleben einzelner Individuen gibt (vgl. Abschnitt I.3.)

	normative Weiblichkeit	*female double bind*	**neutrales Individuum + normative Männlichkeit**
Sozial-emotionale Ebene	Beziehung, Fürsorge	⟷	Autonomie, Individualität
Körperliche Ebene	Attraktivität durch Schönheit		Stärke, Leistungsfähigkeit

Abbildung 13: female double bind auf sozial-emotionaler und körperlicher Ebene

Die Kategorien, die im Ergebnisteil tendenziell dem Pol der Anpassung an soziale Anforderungen zugeordnet wurden (z.B. *Funktionieren können und Erwartungen erfüllen* oder *Selbstwert durch begehrt werden*), beziehen sich sowohl auf der sozial-emotionalen als auch auf der körperlichen Ebene auf die Inhalte normativer Weiblichkeit. Kategorien, die tendenziell dem Pol der Autonomie zugeordnet wurden (z.B. *Erleben und Verkörpern von Kontrolle)*, beziehen sich hingegen auf beiden Ebenen auf Eigenschaften, die der Vorstellung eines unabhängigen, handlungsfähigen Individuums entsprechen und sich gleichzeitig mit normativer Männlichkeit decken. Personen, denen ein weibliches Geschlecht zugeschrieben wird und/oder die sich damit identifizieren, bewegen sich innerhalb des female double bind: Auf sozial-emotionaler Ebene bedeutet dies, dass das Streben nach Autonomie oder Individualität mit einer negativen sozialen Bewertung und/oder dem Verlust sozialer Eingebundenheit einhergeht. Auf einer körperlichen Ebene bedeutet dies, dass das Streben nach einem starken, leistungsfähigen Körper nur bis zu dem Punkt, an dem es die Vorstellung eines attraktiven Frauenkörpers nicht verletzt, mit sozialer Wertschätzung einhergeht. Während ein fitter, straffer Körper zwar als erstrebenswert gilt, entspricht zu muskulös oder zu groß zu sein, oder mehr auf die Funktionalität als auf das Aussehen des Körpers zu achten, nicht den Standards von weiblicher Attraktivität. Gestörtes Essverhalten erscheint als Strategie genau innerhalb dieses Widerspruchs funktional. Die Interviewten beschrieben, durch die Unterdrückung (restriktives Essverhalten) oder Ersatzbefriedigung (Überessen) eigener Bedürfnisse Unabhängigkeit zu erleben und in gewissem Maße sie selbst sein zu können, ohne dafür mit Anderen in Konflikt gehen zu müssen und ohne die Erwartungen Anderer oder Verantwortung für ihre Bedürfnisse explizit zurückweisen zu müssen. In dem Maße, in dem es gelingt, das eigene Essverhalten und Körpergewicht zu kontrollieren, wird

es möglich, sich innerhalb dieser Widersprüche als unabhängige, starke Person zu erleben und nach außen hin darzustellen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vorgestellten feministischen Theorien, welche mit ihrem hohen Abstraktionsgrad an sich für die Psychologie nur bedingt hilfreich sind, einen sinnvollen Interpretationsrahmen für die gefundenen Ergebnisse bieten. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, wie diese komplexen kulturellen Bedeutungen sich im Erleben von Betroffenen wiederfinden.

Widersprüche außerhalb der weiblichen Geschlechtsidentität

Obgleich die Auseinandersetzungen mit Weiblichkeit in den Daten dieser Arbeit sowohl in ihrer Intensität (gar keine bis grundlegend für die Identität) als auch in ihrer Qualität (affirmierend bis ablehnend) sehr unterschiedlich waren, ist Weiblichkeit für alle Interviewten dieser Studie in irgendeiner Form relevant: sei es einfach aufgrund der Tatsache, eine cisgeschlechtliche Frau zu sein, oder dadurch, eine komplexe Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsidentität durchlebt zu haben. Der female double bind hat daher für alle hier berücksichtigten Erfahrungen eine gewisse Relevanz. Die Verschiedenheit der Kategorien, die gestörtes Essverhalten als funktional beschreiben, spiegeln dabei die Verschiedenheit der Auseinandersetzung mit den vergeschlechtlichten Widersprüchen wider. Die Kategorie *Verkörpern der eigenen Geschlechtsidentität* greift dabei jedoch einen Aspekt auf, der nicht unmittelbar im female double bind aufgeht, sondern vielmehr die Schwierigkeit beschreibt, eine Identität verkörpern (und damit sozial herstellen) zu wollen, die der betreffenden Person aufgrund ihrer körperlichen Erscheinung nicht zugeschrieben wird. Dies betrifft vor allem Amy als transgeschlechtliche Frau, aber in gewisser Weise auch Personen wie z.B. Charlie, deren sportliches Körperideal mit der Ablehnung einer normativen Weiblichkeit verknüpft zu sein scheint. Diese Kategorie wurde tendenziell dem Pol der Autonomie zugeordnet, weil es darum geht, man selbst sein zu können. Der Widerspruch besteht hier jedoch darin, dass auch diese nicht der Norm entsprechende Identität durch eine Anpassung an normative Vorstellungen von Weiblichkeit oder Männlichkeit erreicht wird: Indem sie ihre körperliche Erscheinung verändern, können einzelne Personen die geschlechtlichen Zuschreibungen Anderer ihnen gegenüber beeinflussen, sie müssen sich dabei jedoch innerhalb des gesellschaftlichen Bedeutungsgefüges bewegen. So lag es für Amy beispielsweise nahe, sich an dem in ihrer Jugend wirkmächtigen weiblichen Idealbild von „Magermodels“ (Amy, Z.399) zu orientieren, um sich von Männlichkeit abzugrenzen und ihrem Selbsterleben Ausdruck zu verleihen.

V.4. Die Rolle von Geschlecht für die Verbesserung von Körperbezug und Essverhalten

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit den Kategorien des dritten Teils des Modells, welche die Veränderungsprozesse im Laufe der Entwicklung eines positiveren Körperbezuges und eines verbesserten Essverhaltens abbilden. Diese sind inhaltlich stark auf die in den psychosozialen Bedingungen beschriebenen Prozesse bezogen: Während Letztere einen Verlust von bzw. einen Mangel an Subjektivität beschreiben, bilden die Veränderungsprozesse die Entwicklung von Subjektivität durch Selbstakzeptanz und Selbstbestimmung ab. Im Ergebnisteil wurde hervorgehoben, wie stark die verschiedenen Kategorien der Veränderungsprozesse miteinander verknüpft sind. Die Kategorie geschlechtliche und sexuelle Identität deckt dabei die explizite Relevanz einer positiv erlebten und selbstbestimmten Geschlechtlichkeit ab, jedoch weisen auch die vier anderen Kategorien Bezüge zu den Themen Geschlecht und Sexualität auf und sind mit dieser Kategorie verbunden. Im den folgenden Abschnitten werden diese Verbindungen diskutiert und ihre Implikationen für psychotherapeutische Prozesse hervorgehoben. Zuletzt folgt ein Ausblick darauf, welche Rolle feministische und queere Überzeugungen für die Verbesserung von Körperbezug und Essverhalten spielen könnten.

V.4.1. Die Entwicklung von Subjektivität innerhalb der Dreiecksbeziehung von Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht

Im Zusammenwirken der Kategorien tritt die Verknüpfung zwischen Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht, wie sie für die vorherigen Abschnitte des Modells herausgearbeitet wurde, noch deutlicher hervor: Mit Blick auf das Modell wird deutlich, dass die drei Kategorien, welche Veränderungen im intrapsychischen Erleben beschreiben (*Bedürfnisse und Gefühle, Körperbezug* und *geschlechtliche und sexuelle Identität)*, genau diese Dreiecksbeziehung abbilden, denn sie befassen sich mit dem Selbsterleben auf sozial-emotionaler Ebene, auf körperlicher Ebene und auf Ebene der Geschlechtlichkeit. Hier wird erneut die Überschneidung mit der Embodiment Theory deutlich, die schon hinsichtlich des Entwicklungsprozesses der Essstörung dargelegt wurde, denn die Entwicklung eines positiven Körperbezuges, des Zugangs zu und Ausdruck von eigenen Bedürfnissen sowie das Erleben von Subjekthaftigkeit wurden auch als Dimensionen von Embodiment beschrieben (Piran,

2016a, 2016b; siehe Theorieteil Abschnitt II.2.3.) Durch die beiden übrigen Kategorien, *Erfahrung von Akzeptanz und Fürsorge* sowie *selbstbestimmte Lebensgestaltun*g, lässt sich die Verknüpfung der intrapsychischen Veränderungen mit Veränderungen im Außen herstellen.

Die Entwicklung von Selbstakzeptanz und Selbstbestimmung, die im Zentrum der verschiedenen inhaltlichen Kategorien steht, ist davon gekennzeichnet, dass bestimmte Ansprüche an sich selbst verändert werden, die stark vergeschlechtlicht sind: Diese Ansprüche haben eine körperliche Dimension, auf der bestimmten geschlechtsspezifischen Idealbildern entsprochen werden soll, und eine sozial-emotionale Dimension, auf der es um das Erleben von Raum für sich selbst, die eigene Identität und die eigenen Bedürfnisse geht. Für dieses Erleben kann sowohl eine Auseinandersetzung mit normativer Weiblichkeit und der darin geforderten Ausrichtung auf Andere als auch eine Auseinandersetzung mit heteronormativen Vorstellungen, die die eigene Identität negieren, wichtig sein. Die körperliche und die sozial-emotionale Ebene lassen sich zwar unterscheiden, aber nicht voneinander trennen, da der Körper sowohl Ort des direkten leiblichen Erlebens sozial-emotionaler Prozesse ist, als auch das Medium einer Verkörperung bestimmter Eigenschaften oder Vorstellungen im Sinne der symbolischen Darstellung nach außen. Mit diesem theoretischen Rahmen wird auch die Bedeutung sozialer Räume und Beziehungen für die Verbesserung des Selbst- und Körpererlebens fassbar, in denen die vergeschlechtlichten Ansprüche verhandelt werden. Eine Veränderung der Ansprüche an sich selbst erscheint in den Ergebnissen nicht als ein Prozess, den eine Person allein durch rationale Auseinandersetzung vollzieht, sondern als eingebettet in Veränderungen in den sozialen Räumen und Beziehungen, die ein verändertes Selbsterleben ermöglichen.

V.4.2. Veränderung des Selbsterlebens: Die Verbindung kognitiver, sozialer und emotionaler Aspekte

Die Veränderung internalisierter Ansprüche an sich selbst erinnert stark an das Konzept der dysfunktionalen Grundüberzeugungen, deren Veränderung den zentralen Ansatzpunkt des kognitiv-behavorialen Therapiemodells darstellt. In der Terminologie der kognitiv-behavioralen Psychologie bedeuten die obigen Ausführungen, dass für die Veränderung von Grundüberzeugungen neue interpersonelle Lernerfahrungen gemacht werden müssen, mit deren Hilfe dysfunktionale Kognitionen hinterfragt werden können und hilfreiche Kognitionen Bestätigung finden. Dies ist im Prinzip allgemein bekannt, jedoch

werden hier die in Abschnitt V.2.2. vorgebrachten Überlegungen zum Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen relevant. Diese besagen, dass dysfunktionale Grundüberzeugungen sich nicht nur auf den eigenen Körper oder das Aussehen beziehen, sondern auch tiefer gehend auf den Wert der eigenen Person bzw. die Legitimität der eigenen Identität, wobei Geschlecht eine große Rolle für ebendiese Verbindung spielt. Sie besagen außerdem, dass dysfunktionale Grundüberzeugungen real existierende soziale Normen widerspiegeln können und möglicherweise die Erwartung, nach diesen Normen bewertet zu werden, wichtiger ist als die eigene rationale Überzeugung hinsichtlich dessen, ob diese Normen wahr und richtig sind.

Ein Aspekt des Fallbeispiels Mira eignet sich hier besonders gut um zu illustrieren, welche Diskrepanzen zwischen der eigenen rationalen Überzeugung und dem sozialen Selbsterleben auftreten können: Mira beschreibt kritische Perspektiven, wie z.B. die Ablehnung von Schönheitsidealen und Oberflächlichkeit, oder das Hinterfragen medialer Bilder und Geschlechterstereotype, die sie sich im Kontext ihres Studiums angeeignet hat, als wichtig. Diese Perspektiven sind zum Teil hilfreich, da sie ihr alternative Maßstäbe für ihre Selbstbewertung bieten, erscheinen gleichzeitig jedoch auch selbst wieder als Ansprüche, denen Mira nicht genügen kann. Durch die Aneignung dieser Perspektiven scheint sich Miras prekäres Selbsterleben im Kern nicht verändert zu haben und sie erlebt noch immer ein starkes Bedürfnis nach Bestätigung von Anderen. Diese Bestätigung durch Andere kann jedoch meist nicht dadurch erreicht werden, alternativen, kritischen Perspektiven zu entsprechen, sondern durch die Anpassung an normative Vorstellungen von Schönheit und Weiblichkeit. Mira befindet sich damit im Zwiespalt zwischen verschiedenen Idealen und daran geknüpften Bewertungen. Im Gegensatz dazu haben viele andere Interviewte neue soziale Umfelder, in denen sie die Erfahrungen machen konnten, weniger mit normativen Ansprüchen konfrontiert zu sein, als wichtig und wirksam für die Veränderung ihres Selbsterlebens beschrieben (vgl. Ergebnisteil Abschnitt IV.4.1. und IV.4.2.)

Dem Selbsterleben in sozialen Kontexten kommt jedoch auch abgesehen von seiner Bedeutung für die Veränderung solcher Selbstbewertungen eine große Bedeutung zu, denn die Entwicklung von Selbstakzeptanz bezieht sich nicht nur auf das Aussehen und/oder die eigene Identität, welche nicht den Norm- oder Idealvorstellungen entsprechen, sondern auch ganz grundlegend auf das Empfinden, als Person mit Bedürfnissen und Gefühlen Raum einnehmen zu dürfen und eigene Grenzen respektieren zu können. An dieser Stelle wurde besonders häufig der Wert von Psychotherapie hervorgehoben: Zum Teil erlebten die Interviewten innerhalb einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung genau diesen Raum

für sich selbst, der ihnen in ihrem Lebensalltag fehlte. Dieser Raum scheint es zu ermöglichen, eigene Bedürfnisse und Gefühle nicht mehr als unakzeptabel, bedrohlich oder als Zeichen von Schwäche, der mit Selbstdisziplin zu begegnen ist, zu erleben und dadurch einen akzeptierenderen, weniger internalisierenden und repressiven Umgang mit Bedürfnissen und Gefühlen zu finden. Dieser Interpretation zufolge würde eine Veränderung im sozial-emotionalen Selbsterleben eine Veränderung in der Emotionsregulation ermöglichen. Die hohe Bedeutung, die der therapeutischen Beziehung zugesprochen wird, entspricht klassischen Ergebnissen der Therapieforschung, nach denen die therapeutische Beziehung einer der zentralen Wirkfaktoren der Behandlung ist (Grawe et al., 1994), sowie den Grundannahmen psychodynamischer Therapie (vgl. Theorieteil Abschnitt II.1.4.). Es entspricht auch spezifischer den Ergebnissen qualitativer Untersuchungen zur psychotherapeutischen Behandlung von Essstörungen: Einem Review von Conti et al. (2020) zufolge ist aus Sicht von Patient_innen mit Anorexie eine Beziehung zum_zur Therapeut_in, die von gegenseitigem Vertrauen geprägt ist, sowie das Gefühl, in der Therapie als Person gesehen zu werden und Handlungsfähigkeit zu erleben, von großer Bedeutung für den Erfolg der Behandlung.

Dass sowohl kognitive, als auch emotionale und soziale Aspekte für die Behandlung von Essstörungen relevant sind, ist sicherlich keine neue Erkenntnis. Die Ergebnisse dieser Arbeit vermitteln jedoch eine spezifischere Vorstellung von ihrem Zusammenwirken und heben Geschlecht als wichtiges Konstrukt für dieses Verständnis hervor. Zusammengenommen lassen sich die beschriebenen Veränderungen als eine Auflösung des vergeschlechtlichten Konfliktes um Subjektivität (vgl. Abschnitt V.3.2. dieses Kapitels) sowohl auf der körperlichen und der sozial-emotionalen Dimension interpretieren: Das Erfahren und Entwickeln von Akzeptanz für die eigene Identität, den eigenen Körper und die eigene Persönlichkeit, welche nicht normativen Vorstellungen von Geschlecht und Schönheit entsprechen müssen, sowie das Erleben und Herstellen von Raum für eigene Bedürfnisse und Gefühle in sozialen Beziehungen, ermöglichen es, weniger Selbsteinschränkung und Selbstdisziplinierung auszuüben, welche vorher zur Stabilisierung des Selbstwertes und des Erlebens von Handlungsfähigkeit als notwendig empfunden wurden. Parallel zu der in dieser Arbeit vorgebrachten Kritik an einem multifaktoriellen Ätiologiemodell, in welchem verschiedene Faktoren nebeneinander stehen deren Zusammenwirken weitgehend unklar bleibt, kann an dieser Stelle argumentiert werden, dass ein Verständnis des Zusammenwirkens kognitiver, sozialer und emotionaler Aspekte bei der Verbesserung von Körpererleben und

Essverhalten einen Zugewinn für die Behandlung von Essstörungen darstellt, in der diese Aspekte häufig in getrennten Modulen behandelt werden.

V.4.3. Die Auseinandersetzung mit Geschlecht: Wie hilfreich ist (queerer) Feminismus?

Wie im Theorieteil dargelegt wurde, haben feministische Autorinnen seit langem die Bedeutung sexistischer Vorstellungen und Erfahrungen für negatives Körpererleben und Essstörungen hervorgehoben. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen dies und weißen darüber hinaus auf die Bedeutung von Auseinandersetzungen mit diesen Themen für positive Veränderungen hin. Die Annahme, dass feministische Überzeugungen den negativen Auswirkungen sexistischer Vorstellungen und Erfahrungen auf Körperbezug und Essverhalten entgegen wirken könnten, wurde in psychologischer Forschung bereits aufgegriffen, wie im folgenden Absatz dargelegt wird. In dieser Arbeit lag der Fokus im Vergleich zu den im Theorieteil dargelegten Arbeiten nicht nur auf dem weiblichen Geschlecht, sondern auch auf geschlechtlicher und sexueller Diversität. Dementsprechend geht es auch um Auseinandersetzungen mit einem breiteren Spektrum an normativen Erwartungen und Erfahrungen. Feminismus als Bewegung gegen sexistische gesellschaftliche Bedingungen schließt nach Ansicht der Autorin auch den Einsatz für die Akzeptanz geschlechtlicher und sexueller Diversität ein. Dennoch soll betont werden, dass es unterschiedliche soziale Bewegungen für die Rechte von Frauen und für die Rechte von LGBTIQ bzw. queeren Personen oder einzelner Gruppen innerhalb dieses Spektrums gibt. Genauer auf Unterschiede, Konflikte und Überschneidungen dieser Bewegungen einzugehen, übersteigt jedoch den Rahmen dieser Arbeit. In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse dieser Studie im Kontext bisheriger Forschungsergebnisse, die sich hauptsächlich auf feministische Überzeugungen bei Frauen beziehen, diskutiert, aber auch auf übergreifende Aspekte queerer und feministischer Inhalte eingegangen.

Stand der Forschung: Feministische Überzeugungen versus feministische Identität?

Mit Hilfe des Fallbeispiels Mira wurde oben die Möglichkeit einer Diskrepanz zwischen kognitiven Überzeugungen und sozial-emotionalem Selbsterleben veranschaulicht und die Annahme ausgeführt, dass eine wirksame Veränderung der Selbstbewertung durch eine gemeinsame Veränderung von Überzeugungen und sozial-emotionalem Selbsterleben

ermöglicht wird. Eine nähere Betrachtung des Forschungsstandes zum Einfluss feministischer Überzeugungen im Kontext von Essstörungen stützt die Relevanz dieser Annahme, wie im Folgenden dargelegt wird.

Quantitative Studien, welche die Annahme prüfen, dass feministische Überzeugungen bzw. eine feministische Identität bei Frauen einen Schutzfaktor gegen ein negatives Körperbild und gestörtes Essverhalten darstellen, kommen häufig zu unterschiedlichen Ergebnissen für verschiedene Gruppen oder verschiedene Aspekte und Operationalisierungen dieser Konstrukte. In einer Metaanalyse über 26 Studien hinweg fanden Murnen & Smolak (2009) einen kleinen, aber signifikanten negativen Zusammenhang zwischen feministischen Überzeugungen und Körperunzufriedenheit. Dieser Zusammenhang zeigte sich stärker in Studien mit älteren Probandinnen als in Studien mit College-Studentinnen und stärker in Studien, in denen eine Selbstidentifikation als Feministin erfasst wurde und nicht nur die Übereinstimmung mit feministischen Überzeugungen. Die Autorinnen argumentieren, dass es möglicherweise einer stärker gefestigten feministischen Identität bedarf, um einen Schutzfaktor gegen ein negatives Körperbild darzustellen, und diskutieren die Rolle des kollektiven Einsatzes gegen Sexismus. Eine neuere Studie an einer großen Bevölkerungsstichprobe (N = 1241) kam zu dem Ergebnis, dass Frauen, die sich als Feministinnen identifizieren, größere Zufriedenheit mit ihren Körpern berichten als Frauen, die zwar feministische Überzeugungen teilen, sich aber nicht als Feministinnen identifizieren, und als Frauen, die keine feministischen Überzeugungen berichten (Borowsky et al., 2016). Dennoch unterschieden sich diese Gruppen nicht signifikant hinsichtlich gestörten Essverhaltens. Kinsaul et al. (2014) fanden bei Studentinnen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen feministischen Überzeugungen und weniger Körperunzufriedenheit, jedoch nicht mit gestörtem Essverhalten. Allerdings fanden sie einen Effekt von Selbstwirksamkeit sowohl auf Körperunzufriedenheit als auch auf gestörtes Essverhalten. Ähnlich diesem Ergebnis fanden Peterson et al. (2008) einen größeren Effekt von Empowerment als von feministischen Überzeugungen auf Körperunzufriedenheit und gestörtes Essverhalten. Diese Befunde deuten also darauf hin, dass feministische Überzeugungen zwar mit einer weniger kritischen Bewertung des Körpers einhergehen, ein negativer Zusammenhang zwischen Feminismus und gestörtem Essverhalten sich jedoch nur für eine feministische Identität zeigt, die nicht nur die Ebene rationaler Einstellungen umfasst, sondern auch das Selbsterleben im Sinne von Selbstwirksamkeit und Empowerment. In der oben zitierten Studie (Peterson et al., 2008) wurde das Konstrukt von Empowerment mit der *Empowerment Scale* (Rogers et al., 1997) erfasst und besteht aus Komponenten, die sowohl Selbstwert, als auch Selbstwirksamkeit und

die Überzeugung umfassen, in Gemeinschaft mit Anderen Einfluss auf das soziale Umfeld und die Zukunft nehmen zu können. Damit überschneidet sich dieses Empowerment-Konstrukt stark mit dem in dieser Arbeit vorgestellten Konstrukt der Subjektivität, das in dem hier erarbeiteten Modell im Zentrum sowohl der Entstehungsbedingungen als auch der Veränderungsprozesse von Essstörungen steht. Diese Ausführungen machen deutlich, dass eine Bezugnahme auf sozialen Aktivismus auch für psychologische Forschung und Praxis hilfreich und wichtig sein kann.

(Queerer) Feminismus als sozialer Erfahrungsraum

Im Hinblick auf Feminismus könnte entsprechend der Annahme von der Relevanz des sozial-emotionalen Selbsterlebens ausschlaggebend sein, inwieweit feministische Prinzipien auch den sozialen Kontext und die Lebensrealität der Betroffenen prägen. Feministische Prinzipien wären dabei nicht nur die Ablehnung von sexistischen Schönheitsidealen und Rollenzuschreibungen (kognitiver Aspekt), sondern, wie Murnen & Smolak (2009) hervorheben, auch der kollektive Einsatz gegen sexistische gesellschaftliche Bedingungen sowie der Aspekt der solidarischen und unterstützenden Bezugnahme auf Personen, die ebenfalls unter sexistischen oder auf andere Weise diskriminierenden Bedingungen leiden. Die beiden letzteren Aspekte können als Verbindung sozial-emotionalen Erlebens und sozialen Handelns bezeichnet werden. Dieses Ergebnis hat hat damit praktische Relevanz und lässt sich auf den konkreten sozialen Kontext betroffener Personen anwenden: Teilen und unterstützen Andere feministische Überzeugungen? Wird die betroffene Person darin bestärkt für ihre Bedürfnisse einzustehen oder eigene Ziele zu verfolgen, oder wird sie eher dafür abgewertet und dazu angehalten, Anderen zu gefallen? War und ist es möglich, sich mit sexistischen Erfahrungen oder Grenzüberschreitungen auseinanderzusetzen und Verständnis und Unterstützung zu erfahren? Erlebt die Person sich als in der Lage, aktiv zu werden und sich z.B. in Gemeinschaft mit Anderen gegen Sexismus zu wehren? Oder ist es im Gegensatz dazu so, dass Feminismus für die betroffene Person eher als eine Art Idealbild einer unabhängigen, starken Frau existiert, dem die Betroffene aus eigener Kraft entsprechen können muss, sodass der Vergleich mit diesem Ideal eher noch stärkere Verunsicherung und eine gefühlte Notwendigkeit zum Verstecken von Schwächen und Unsicherheiten verursacht? Eine solche Haltung entspräche eher dem Streben nach Unabhängigkeit von Anderen und Unterdrückung von Bedürftigkeit, welches als kennzeichnend für das Erleben von Essstörungen beschrieben wurde. Mit dem Fokus auf ein von Subjektivität geprägtes Selbsterleben in Abgrenzung zu einer rationalen Übereinstimmung mit feministischen Vorstellungen leistet diese Arbeit daher einen Beitrag zur Differenzierung bestehender

wissenschaftlicher Erkenntnisse sowohl der feministischen Theorie als auch der klinischen Psychologie.

Die Prinzipien des Hinterfragens gesellschaftlicher Vorstellungen, des kollektiven gesellschaftlichen Einsatzes und der solidarischen Unterstützung gelten sicherlich nicht nur für den Feminismus im Sinne einer Frauenbewegung, sondern auch für sozialen Aktivismus für die Anerkennung von geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten. Die Ergebnisse dieser Arbeit betonen die Relevanz der Diskriminierung von LGBTIQ-Personen für negatives Selbsterleben in dem Sinne, dass die eigene Identität delegitimiert wird. In Übereinstimmung damit betonen verschiedene Studien zu Essstörungen bei Personen, die geschlechtlichen oder sexuellen Minderheiten angehören, die Relevanz von sozialer Unterstützung versus Diskriminierung und von Selbstempathie (siehe Theoriekapitel Abschnitt II.4.). Trotz der besonderen Formen von Diskriminierung, die LGBTIQ-Personen erfahren können, sprechen die Ergebnisse dafür, dass beide Aspekte sowohl für LGBTIQ-Personen als auch für betroffene Personen, die Abwertung oder Diskriminierung aufgrund ihres weiblichen Geschlechts erfahren haben, bedeutsam sind. Dementsprechend war in den Fällen, die im Ergebnisteil als Ausnahmefälle mit eingeschränkter Entwicklung von Selbstakzeptanz beschrieben wurden (siehe Abschnitt IV.4.6.), im Gegensatz zu den anderen Fällen weniger Auseinandersetzung mit eigenem Leiden, negativen Erfahrungen oder eigenen Bedürfnissen erkennbar, sowie weniger Veränderung im Selbsterleben und weniger Auseinandersetzung mit den Themen Geschlecht und Sexualität.

Konkrete Implikationen für Psychotherapie

Im Abschnitt V.2.3. wurde in Bezug auf Prävention und Psychotherapie von Essstörungen bereits festgehalten, dass die Ergebnisse dieser Arbeit dafür sprechen, therapeutisches und pädagogisches Fachpersonal für die Relevanz von Geschlecht und Sexualität zu sensibilisieren, damit diese den sozialen und kulturellen Kontext ihrer Patient_innen bzw. Klient_innen mit berücksichtigen und kritische Kompetenzen stärken können. Dies soll an dieser Stelle hinsichtlich einer Veränderung des Selbstbildes und internalisierter Ansprüche an sich selbst im Kontext der therapeutischen Behandlung von Essstörungen spezifiziert werden: Die oben ausgeführte Interpretation der Ergebnisse spricht dafür, in therapeutischen Kontexten nicht nur auf die Überzeugungen und Gedanken der Patient_innen hinsichtlich ihres Selbstbildes, ihres Körpers und ihres Umgangs mit eigenen Bedürfnissen zu achten, sondern auch einen sozialen Kontext zu schaffen, in dem sie dazu ermutigt werden, normative Vorstellungen und Erwartungen zu hinterfragen, die Erfahrung zu machen, nicht nach diesen bewertet zu werden, und in dem sie lernen können, sich

akzeptierend und unterstützend auf sich selbst und Andere zu beziehen. Gerade in stationären Settings ist hier der Umgang der Patient_innen untereinander wichtig. Daher soll an dieser Stelle noch einmal auf die Überlegungen zu Objektivierung verwiesen werden, die, wie die Ergebnisse dieser Arbeit deutlich zeigten, auch die Beziehungen zwischen Frauen und Mädchen prägen kann, indem sie sich in Konkurrenz zueinander setzen und den Wert der jeweils anderen anhand ihres Körpers bemessen (siehe Abschnitt V.2.2. dieses Kapitels). Solchen Prozessen könnte beispielsweise entgegengewirkt werden, indem in Gruppentherapien über Objektivierung als gesellschaftliches Phänomen und seine Auswirkungen auf das Selbsterleben der Patient_innen und ihre Beziehungen zu Anderen gesprochen wird. Eine solche Intervention entspräche verschiedenen Ansatzpunkten, die bereits als wichtig herausgestellt wurden: die Veränderung von Überzeugungen, die Förderung einer selbstempathischen Haltung und eines akzeptierenderen Körperbezugs, sowie die Förderung von sozialer Unterstützung und Empowerment im Sinne einer Befähigung zu kollektiver Einflussnahme auf soziale Bedingungen.

V.5. Zusammenfassung und Fazit

Diese Forschungsarbeit untersuchte die Rolle von Geschlecht für die Entwicklung und Überwindung von Essstörungen mit einem theoriegenerierenden Forschungsdesign anhand der subjektiven Perspektiven eines diversen Samples ehemals von Anorexie oder Bulimie betroffener Personen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass soziale Erfahrungen und Anforderungen, die an normative bzw. sexistische Vorstellungen von Geschlecht und Sexualität geknüpft sind, für das Selbsterleben und den Körperbezug von Personen mit Essstörungen relevant sind. Dies bezieht sich sowohl auf konkrete Erfahrungen von Diskriminierung und sexuellen Übergriffen als auch auf eher alltägliche Formen von Abwertung, Objektivierung und Sexualisierung, bei denen dem eigenen Körper bzw. seiner (Nicht-)Entsprechung bestimmter Normvorstellungen eine große Bedeutung zukommt. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse darauf hin, dass vergeschlechtlichte soziale Anforderungen im Sinne einer Verantwortungsübernahme für die Bedürfnisse Anderer, welche Bestandteil normativer Weiblichkeit ist, im sozialen (insbesondere familiären) Kontext betroffener Personen wirksam sein könnten: Diese Anforderungen könnten zu einem internalisierenden und repressiven Umgang mit den eigenen Bedürfnissen und Emotionen

beitragen, für die es im Außen keinen Raum zu geben scheint. Das gestörte Essverhalten selbst erscheint in den Schilderungen der Betroffenen als subjektiv funktional im Umgang mit den hier zusammengefassten Aspekten: Die Beeinflussung der körperlichen Erscheinung ermöglicht die Beeinflussung geschlechtlicher Zuschreibungen und das an diese geknüpfte Verhalten Anderer gegenüber den Betroffenen. Gleichzeitig kommt dem gestörten Essverhalten eine wichtige Funktion bei der internalisierenden Regulation von Gefühlen und der Repression eigener Bedürfnisse zu.

Aus diesen Ergebnissen wurden konkrete Erklärungsmuster abgeleitet für die auffällig hohen Prävalenzraten von Frauen und Personen, die zu geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten gehören, im Vergleich zu heterosexuellen, cisgeschlechtlichen Männern. Diese sollten weiter empirisch geprüft werden. Die Ergebnisse betonen die Relevanz von sozialer Ungerechtigkeit, die an heteronormative Geschlechterbilder geknüpft ist. Präventionsansätze sollten daher solche Themen aufgreifen, um junge Menschen dazu zu befähigen, gesellschaftliche Normen zu hinterfragen, sowie um die Akzeptanz von Diversität hinsichtlich körperlicher Erscheinung, Geschlechtsidentität und Sexualität zu fördern.

Die Ergebnisse bestätigen zentrale Annahmen feministischer Theorien zu Essstörungen, darunter die Relevanz von Objektivierung, die Funktion des Körpers als soziales Medium und die Relevanz widersprüchlicher sozialer Anforderungen an Frauen, welche als female double bind bezeichnet wurden. Zudem wurde über weibliches Geschlecht hinaus auch der Themenbereich geschlechtlicher und sexueller Diversität miteinbezogen und damit eine wichtige Erweiterung bestehender feministischer Ansätze geleistet. Die psychologische Perspektive ermöglicht es, Inhalte feministischer Theorien, die sich auf der Ebene gesellschaftlicher Diskurse und Strukturen bewegen, auf die Ebene des konkreten psychosozialen Erlebens der Betroffenen zu übertragen bzw. an dieser individuellen Ebene zu validieren. Damit leistet diese Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur Integration und Ausdifferenzierung psychologischer und feministischer Modelle von Essstörungen. Die Ergebnisse sind in vielerlei Hinsicht in Übereinstimmung mit bestehenden psychologischen Modellvorstellungen, z.B. was die Relevanz eines schlechten Selbstwertes, internalisierter dysfunktionaler Ansprüche an sich selbst oder Schwierigkeiten in der Emotionsregulation angeht. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse immer wieder die Verstrickungen dieser Aspekte mit dem sozialen Kontext und Geschlecht als relevanter sozialer Dimension auf. Da Geschlecht als theoretisches Konstrukt sowohl die körperliche als auch die psychische, soziale und kulturelle Ebene umfasst, bietet es einen fruchtbaren theoretischen Rahmen, um

das Zusammenwirken dieser Aspekte zu verstehen und daraus Implikationen für biopsychosoziale ätiologische Modelle abzuleiten.

Hinsichtlich des Prozesses der Entwicklung eines positiveren Körperbezugs und eines gesünderen Essverhaltens zeigen die Ergebnisse, dass die Auseinandersetzung mit vergeschlechtlichten Erfahrungen und daraus resultierenden internalisierten Ansprüchen an die eigene Person sehr hilfreich sein kann. Zudem wurde die Relevanz von Veränderung in den sozialen Erfahrungsräumen der Betroffenen aufgezeigt: Soziale Räume, die mehr Selbstbestimmung ermöglichen und Akzeptanz sowohl für eine Identität, die nicht normativen Idealvorstellungen entspricht, als auch für grundlegende Bedürfnisse und Grenzen der Betroffenen bieten, ermöglichen den Ergebnissen dieser Arbeit zufolge ein verändertes Selbsterleben, welches über die Veränderung von Überzeugungen und Ansprüchen an sich selbst auf einer kognitiven Ebene hinausgeht. Daraus wurden konkrete Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung von Personen mit Essstörungen abgeleitet. Um betroffene Personen besser darin unterstützen zu können, die aus diesen Erfahrungen resultierenden internalisierten Ansprüche an sich selbst zu hinterfragen und zu verändern, sollten Psychotherapeut_innen demnach ein Verständnis für die komplexen sozialen Hintergründe und Erfahrungen von Ungleichheit oder Diskriminierung haben, die im Zusammenhang mit Essstörungen wichtig sein können. Feministische Prinzipien wie das Hinterfragen gesellschaftlicher Normen und Bedingungen, das Einnehmen einer aktiven Position und die solidarische Bezugnahme auf andere von (Hetero-)Sexismus betroffene Personen könnten auch in der Psychotherapie hilfreich sein, um die Beziehung zu Therapeut_innen und Mitpatient_innen zu einem sozialen Erfahrungsraum zu machen, in dem ein positiv verändertes Selbsterleben ermöglicht wird.

Literatur

Akgül, S., Akdemir, D., Kara, M., Derman, O., Çetin, F. Ç., & Kanbur, N. (2016). The understanding of risk factors for eating disorders in male adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *28*(1), 97–105. https://doi.org/10.1515/ijamh-2014-0078

Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., & Sandnabba, N. K. (2012). Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, *20*(4), 300–311. https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668482

Ambwani, S., Slane, J. D., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., & Grilo, C. M. (2014). Interpersonal dysfunction and affect-regulation difficulties in disordered eating among men and women. *Eating Behaviors*, *15*(4), 550–554. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.005

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Aufl.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Aufl.). American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2020). *Qualitative Design Reporting Standards (JARS-Qual)*. https://apastyle.apa.org/jars/qualitative

American Psychological Association, Task Force on the Sexualization of Girls. (2007). *Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls*. American Psychiatric Association. http://www.apa.org/pi/women/programs/girls/report-full.pdf

Andreoletti, C., Leszczynski, J. P., & Disch, W. B. (2015). Gender, Race, and Age: The Content of Compound Stereotypes Across the Life Span. *The International Journal of Aging and Human Development*, *81*(1–2), 27–53. https://doi.org/10.1177/0091415015616395

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2009). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2* (2. Aufl.). Huber.

Arroyo, A., Segrin, C., & Andersen, K. K. (2017). Intergenerational transmission of disordered eating: Direct and indirect maternal communication among grandmothers, mothers, and daughters. *Body Image*, *20*, 107–115. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.01.001

Baker, A., Elnakouri, A., & Blanchard, C. (2019). The Protective Role of Autonomous Motivation Against the Effects of the "Muscular Ideal" on Men's Self-Objectification, Appearance Schema Activation, and Cognitive Performance. *Media Psychology*, *22*(3), 473–500. https://doi.org/10.1080/15213269.2017.1412322

Baker, J. H., Higgins Neyland, M. K., Thornton, L. M., Runfola, C. D., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Bulik, C. M. (2019). Body dissatisfaction in adolescent boys. *Developmental Psychology*, *55*(7), 1566–1578. https://doi.org/10.1037/dev0000724

Ballantyne, R. P. (2012). *Internalized homophobia as a correlate of disordered eating in a sample of urban gay men* (2012-99080-259). ProQuest Information & Learning.

Bareket, O., & Shnabel, N. (2019). Domination and Objectification: Men's Motivation for Dominance Over Women Affects Their Tendency to Sexually Objectify Women. *Psychology of Women Quarterly*, 036168431987191. https://doi.org/10.1177/0361684319871913

Bayer, V., Robert-McComb, J. J., Clopton, J. R., & Reich, D. A. (2017). Investigating the influence of shame, depression, and distress tolerance on the relationship between internalized homophobia and binge eating in lesbian and bisexual women. *Eating Behaviors*, *24*, 39–44. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.12.001

Beck, A. T. (1976). *Cognitive theory and the emotional disorders.* International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual.* Guilford Press.

Bell, K., Rieger, E., & Hirsch, J. K. (2019). Eating Disorder Symptoms and Proneness in Gay Men, Lesbian Women, and Transgender and Gender Non-conforming Adults:

Comparative Levels and a Proposed Mediational Model. *Frontiers in Psychology*, *9*, 2692. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02692

Bell, M. J., Rodgers, R. F., & Paxton, S. J. (2017). Towards successful evidence-based universal eating disorders prevention: The importance of zooming out. *Eating Behaviors*, *25*, 89–92. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.012

Berenbaum, S. A., & Beltz, A. M. (2016). How early hormones shape gender development. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *7*, 53–60. https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.11.011

Bergen, A. W., Yeager, M., Welch, R. A., Haque, K., Ganjei, J. K., van den Bree, M. B. M., Mazzanti, C., Nardi, I., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D. B., Bulik, C. M., Bacanu, S.-A., Devlin, B., Berrettini, W. H., Goldman, D., & Kaye, W. H. (2005). Association of Multiple DRD2 Polymorphisms with Anorexia Nervosa. *Neuropsychopharmacology*, *30*(9), 1703–1710. https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300719

Biolcati, R., Ghigi, R., Mameli, C., & Passini, S. (2017). What can I do with my body? Boys and girls facing body dissatisfaction. *International Journal of Adolescence and Youth*, *22*(3), 283–295. https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1167748

Bordo, S. (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press.

Borowsky, H. M., Eisenberg, M. E., Bucchianeri, M. M., Piran, N., & Neumark-Sztainer, D. (2016). Feminist identity, body image, and disordered eating. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, *24*(4), 297–311. https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1123986

Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's Stepsisters: A Feminist Perspective on Anorexia Nervosa and Bulimia. *Signs*, *2*(2), 342–356.

Bosley, A. (2011). Body image and eating disturbance in gay and bisexual men: A review. *Journal of GLBT Family Studies*, *7*(5), 457–469. https://doi.org/10.1080/1550428X.2011.623962

Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E., & Fischer, S. (2017). Enhancing empowerment in eating disorder prevention: Another examination of the REbeL peer education model. *Eating Behaviors*, *25*, 38–41. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.05.003

Breithaupt, L., Hübel, C., & Bulik, C. M. (2018). Updates on genome-wide association findings in eating disorders and future application to precision medicine. *Current Neuropharmacology*, *16*(8), 1102–1110. https://doi.org/10.2174/1570159X16666180222163450

Bretz, L., & Lantzsch, N. (2013). *Queer_Feminismus: Label & Lebensrealität* (1. Aufl.). Unrast.

Breuer, F., Dieris, B., & Lettau, A. (2010). *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis* (2. Aufl.). Springer VS.

Brewster, M. E., Sandil, R., DeBlaere, C., Breslow, A., & Eklund, A. (2017). „Do you even lift, bro?“ Objectification, minority stress, and body image concerns for sexual minority men. *Psychology of Men & Masculinity*, *18*(2), 87–98. https://doi.org/10.1037/men0000043

Brewster, M. E., Velez, B. L., Breslow, A. S., & Geiger, E. F. (2019). Unpacking body image concerns and disordered eating for transgender women: The roles of sexual objectification and minority stress. *Journal of Counseling Psychology*, *66*(2), 131–142. https://doi.org/10.1037/cou0000333

Brewster, M. E., Velez, B. L., Esposito, J., Wong, S., Geiger, E., & Keum, B. T. (2014). Moving beyond the binary with disordered eating research: A test and extension of objectification theory with bisexual women. *Journal of Counseling Psychology*, *61*(1), 50–62. https://doi.org/10.1037/a0034748

Brown, L., Argyris, D., Attanucci, J., Bardige, B., Gilligan, C., Johnston, D., Miller, B., & al. (1988). *A guide to reading narratives of conflict and choice for self and moral voice*. Harvard Graduate School of Education, Center for the Study of Gender, Education, and Human Development.

Brownell, K. D. (Hrsg.). (2005). *Weight bias: Nature, consequences, and remedies*. Guilford.

Bruch, H. (1978). *The Golden Cage; The Enigma of Anorexia Nervosa.* Harvard University Press.

Bruch, H. (1980). *Der goldene Käfig: Das Rätsel der Magersucht*. Fischer.

Buchholz, A., Henderson, K. A., Hounsell, A., Wagner, A., Norris, M., & Spettigue, W. (2007). Self-silencing in a clinical sample of female adolescents with eating disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry / Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, *16*(4), 158–163.

Bulik, C. M., Blake, L., & Austin, J. (2019). Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatric Clinics of North America*, *42*(1), 59–73. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007

Bulik, C. M., Yilmaz, Z., & Hardaway, A. (2015). Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in Genomics and Genetics*, 131. https://doi.org/10.2147/AGG.S55776

Buss, D. M. (1998). Sexual strategies theory: Historical origins and current status. *The Journal of Sex Research*, *35*(1), 19–31. https://doi.org/10.1080/00224499809551914

Buss, D. M. (2004). *Evolutionäre Psychologie* (2. Aufl.). Pearson Studium.

Bussey, K., & Bandura, A. (2004). Social cognitive Theory of Gender Developement and Functioning. In A. H. Eagly, A. E. Beal, & R. J. Sternberg (Hrsg.), *The psychology of gender* (2. Aufl., S. 92–119). Guilford Press.

Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.

Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of „sex"*. Routledge.

Calogero, R. M. (2009). Objectification Processes and Disordered Eating in British Women and Men. *Journal of Health Psychology*, *14*(3), 394–402. https://doi.org/10.1177/1359105309102192

Calogero, R. M. (2012). Objectification Theory, Self-Objectification, and Body Image. In *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (S. 574–580). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00091-2

Calogero, Rachel M., Davis, W. N., & Thompson, J. K. (2005). The Role of Self-Objectification in the Experience of Women with Eating Disorders. *Sex Roles: A Journal of Research*, *52*(1–2), 43–50. https://doi.org/10.1007/s11199-005-1192-9

Castellini, G., Lelli, L., Ricca, V., & Maggi, M. (2016). Sexuality in eating disorders patients: Etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, *25*(2), 71–90. https://doi.org/10.1515/hmbci-2015-0055

Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2013). Influence of gender role orientation (masculinity versus femininity) on body satisfaction and eating attitudes in homosexuals, heterosexuals and transsexuals. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *18*(2), 115–124. https://doi.org/10.1007/s40519-013-0017-z

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*. SAGE Publications.

Chodorow, N. (1979). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender* (1. paperback print). Univ. of California Press.

Cikara, M., Eberhardt, J. L., & Fiske, S. T. (2011). From agents to objects: Sexist attitudes and neural responses to sexualized targets. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *23*(3), 540–551. https://doi.org/10.1162/jocn.2010.21497

Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone, C. J., Johnson, C. C., & Joseph, C. L. M. (2016). The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *Journal of Adolescent Health*, *59*(5), 489–495. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012

Conti, J. E., Joyce, C., Hay, P., & Meade, T. (2020). “Finding my own identity”: A qualitative metasynthesis of adult anorexia nervosa treatment experiences. *BMC Psychology*, *8*(1), 110. https://doi.org/10.1186/s40359-020-00476-4

Coomber, K., & King, R. M. (2008). The Role of Sisters in Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating. *Sex Roles*, *59*(1/2), 81–93. https://doi.org/10.1007/s11199-008-9413-7

Cooper, M. (1997). Cognitive theory in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *25*(2), 113–145. https://doi.org/10.1017/S1352465800018348

Cooper, M. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, *25*(4), 511–531. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.01.003

Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE Publications.

Crago, M., Yates, A., Fleischer, C. A., Segerstrom, B., & Gray, N. (1996). The Superwoman ideal and other risk factors for eating disturbances in adolescent girls. *Sex Roles*, *35*(11), 801–810. https://doi.org/10.1007/BF01544093

Cuddy, A. J. C., Wolf, E. B., Glick, P., Crotty, S., Chong, J., & Norton, M. I. (2015). Men as cultural ideals: Cultural values moderate gender stereotype content. *Journal of Personality and Social Psychology*, *109*(4), 622–635. https://doi.org/10.1037/pspi0000027

Culbert, K. M., Breedlove, S. M., Sisk, C. L., Keel, P. K., Neale, M. C., Boker, S. M., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2015). Age differences in prenatal testosterone's protective effects on disordered eating symptoms: Developmental windows of expression? *Behavioral Neuroscience*, *129*(1), 18–36. https://doi.org/10.1037/bne0000034

Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R. M., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*(8), 997–1010. https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1

De Beauvoir, S. (1949). *Le Deuxième Sexe*. Gallimard.

de Carvalho, P. H. B., Alvarenga, M. dos S., & Ferreira, M. E. C. (2017). An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women. *Appetite*, *116*, 164–172. https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.04.037

Decker, J. H., Figner, B., & Steinglass, J. E. (2015). On weight and waiting: Delay discounting in anorexia nervosa pretreatment and posttreatment. *Biological Psychiatry*, *78*(9), 606–614. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.12.016

Degele, N. (2008). *Gender, Queer Studies: Eine Einführung*. Fink.

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen. (2018). *S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen*.

Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., & Duncan, A. E. (2015). Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *Journal of Adolescent Health*, *57*(2), 144–149. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003

Drummond, M. J. N. (2002). Men, Body Image, and Eating Disorders. *International Journal of Men's Health*, *1*(1), 89–103. https://doi.org/10.3149/jmh.0101.89

Drummond, M. J. N. (2005). Men's Bodies: Listening to the Voices of Young Gay Men. *Men and Masculinities*, *7*(3), 270–290. https://doi.org/10.1177/1097184X04271357

Duffy, M. E., Henkel, K. E., & Joiner, T. E. (2019). Prevalence of self-injurious thoughts and behaviors in transgender individuals with eating disorders: A national study. *Journal of Adolescent Health*, *64*(4), 461–466. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.016

Eagly, A. H., Beal, A. E., & Sternberg, R. J. (Hrsg.). (2004). *The psychology of gender* (2. Aufl.). Guilford Press.

Eagly, A. H., & Steffen, V. J. (1984). Gender stereotypes stem from the distribution of women and men into social roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(4), 735–754. https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.735

Eagly, A. H., & Wood, W. (1991). Explaining Sex Differences in Social Behavior: A Meta-Analytic Perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *17*(3), 306–315. https://doi.org/10.1177/0146167291173011

Eagly, A. H., & Wood, W. (2013). The Nature–Nurture Debates: 25 Years of Challenges in Understanding the Psychology of Gender. *Perspectives on Psychological Science*, *8*(3), 340–357. https://doi.org/10.1177/1745691613484767

Eagly, A. H., Wood, W., & Diekman, A. B. (2000). Social role theory of sex differences and similarities: A current appraisal. In T. Eckes & H. M. Trautner (Hrsg.), *The developmental social psychology of gender.* (2000-03764-005; S. 123–174). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Ebert, I. D., Steffens, M. C., & Kroth, A. (2014). Warm, but maybe not so competent? - Contemporary implicit stereotypes of women and men in Germany. *Sex Roles*, *70*(9–10), 359–375. https://doi.org/10.1007/s11199-014-0369-5

Elias, A. S., & Gill, R. (2018). Beauty surveillance: The digital self-monitoring cultures of neoliberalism. *European Journal of Cultural Studies*, *21*(1), 59–77. https://doi.org/10.1177/1367549417705604

Ellemers, N. (2018). Gender Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, *69*(1), 275–298. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011719

Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, *11*(4), 707–711. https://doi.org/10.1017/S0033291700041209

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A „transdiagnostic“ theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509–528. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8

Fairburn, C. G., Czaja, J., & Bohn, K. (Hrsg.). (2012). *Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen*. Schattauer.

Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Hrsg.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment.* (1993-98750-016; S. 361–404). Guilford Press.

Feder, S., Isserlin, L., Seale, E., Hammond, N., & Norris, M. L. (2017). Exploring the association between eating disorders and gender dysphoria in youth. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, *25*(4), 310–317. https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1297112

Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders—Results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(4), 391–401. https://doi.org/10.1002/eat.22501

Fichter, M. M., Quadflieg, N., Crosby, R. D., & Koch, S. (2017). Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(9), 1018–1030. https://doi.org/10.1002/eat.22736

Fitzsimmons-Craft, E. E. (2011). Social psychological theories of disordered eating in college women: Review and integration. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1224–1237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.011

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Editions Gallimard.

Frank, G. K., Shott, M. E., Hagman, J. O., & Mittal, V. A. (2013). Alterations in brain structures related to taste reward circuitry in ill and recovered anorexia nervosa and in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, *170*(10), 1152–1160. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12101294

Frank, G. K. W. (2015). Recent Advances in Neuroimaging to Model Eating Disorder Neurobiology. *Current Psychiatry Reports*, *17*(4), 22. https://doi.org/10.1007/s11920-015-0559-z

Frank, J. B., & Thomas, C. D. (2003). Externalized self-perceptions, self-silencing, and the prediction of eating pathology. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, *35*(3), 219–228. https://doi.org/10.1037/h0087203

Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification Theory. *Psychology of Women Quarterly*, *21*(2), 173–206. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x

Friederich, H.-C., Schild, S., Herzog, W., & Wild, B. (2014). *Anorexia nervosa fokale psychodynamische Psychotherapie*. Hogrefe.

Friederich, H.-C., Wu, M., Simon, J. J., & Herzog, W. (2013). Neurocircuit function in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(5), 425–432. https://doi.org/10.1002/eat.22099

Fuglset, T. S., Landrø, N. I., Reas, D. L., & Rø, Ø. (2016). Functional brain alterations in anorexia nervosa: A scoping review. *Journal of Eating Disorders*, *4*. https://doi.org/10.1186/s40337-016-0118-y

Gannon, L. (2002). A critique of evolutionary psychology. *Psychology, Evolution & Gender*, *4*(2), 173–218. https://doi.org/10.1080/1461666031000063665

Garner, D. M. (1986). Cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Clinical Psychologist*, *39*(2), 36–39.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, *6*(2), 123–150. https://doi.org/10.1007/BF01183887

Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Hrsg.), *Handbook of treatment for eating disorders* (1997-08478-007; 2. Aufl., S. 94–144). The Guilford Press.

Gaudio, S., Brooks, S. J., & Riva, G. (2014). Nonvisual Multisensory Impairment of Body Perception in Anorexia Nervosa: A Systematic Review of Neuropsychological Studies. *PLoS ONE*, *9*(10), e110087. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110087

Geller, J., Srikameswaran, S., & Cassin, S. (2010). Eating disorders and self-silencing: A function-focused approach to treatment. In D. C. Jack & A. Ali (Hrsg.), *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world.* (2010-08771-017; S. 381–397). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195398090.003.0019

Gergen, K. J., & Gergen, M. (2009). *Einführung in den sozialen Konstruktionismus* (1. Aufl.). Carl-Auer Verlag GmbH.

Gervais, S. J., Holland, A. M., & Dodd, M. D. (2013). My eyes are up here: The nature of the objectifying gaze toward women. *Sex Roles: A Journal of Research*, *69*(11–12), 557–570. https://doi.org/10.1007/s11199-013-0316-x

Gibson, M., & Meem, D. T. (Hrsg.). (2002). *Femme/butch: New considerations of the way we want to go*. Harrington Park Press.

Gigi, I., Bachner-Melman, R., & Lev-Ari, L. (2016). The association between sexual orientation, susceptibility to social messages and disordered eating in men. *Appetite*, *99*, 25–33. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.12.027

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Gilligan, C. (2015). The Listening Guide method of psychological inquiry. *Qualitative Psychology*, *2*(1), 69–77. https://doi.org/10.1037/qup0000023

Gilligan, C., Spencer, R., Weinberg, M. K., & Bertsch, T. (2003). On the Listening Guide: A voice-centered relational method. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Hrsg.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design.* (2003-04376-009; S. 157–172). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10595-009

Girard, M., Chabrol, H., & Rodgers, R. F. (2018). Support for a Modified Tripartite Dual Pathway Model of Body Image Concerns and Risky Body Change Behaviors in French Young Men. *Sex Roles*, *78*(11–12), 799–809. https://doi.org/10.1007/s11199-017-0850-z

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung* (3. Aufl.). Verlag Hans Huber.

Glinka, H.-J. (2016). *Das narrative Interview: Eine Einführung für Sozialpädagogen* (4. Aufl.). Beltz Juventa.

Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *2*(3), 51–60. https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:3<51::AID-EAT2260020305>3.0.CO;2-N

Gordon, A. R., Austin, S. B., Krieger, N., White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). "I have to constantly prove to myself, to people, that I fit the bill": Perspectives on weight and shape control behaviors among low-income, ethnically diverse young

transgender women. *Social Science & Medicine*, *165*, 141–149. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.038

Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J. F., & Feldman, R. (2010). Oxytocin, cortisol, and triadic family interactions. *Physiology & Behavior*, *101*(5), 679–684. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.08.008

Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession* (3. Aufl.). Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Guertin, C., Barbeau, K., Pelletier, L., & Martinelli, G. (2017). Why do women engage in fat talk? Examining fat talk using Self-Determination Theory as an explanatory framework. *Body Image*, *20*, 7–15. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.10.008

Habermas, T. (1989). The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. *International Journal of Eating Disorders*, *8*(3), 259–273. https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3<259::AID-EAT2260080302>3.0.CO;2-#

Halim, M. L. D., Walsh, A. S., Tamis-LeMonda, C. S., Zosuls, K. M., & Ruble, D. N. (2018). The roles of self-socialization and parent socialization in toddlers' gender-typed appearance. *Archives of Sexual Behavior*. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1263-y

Halliwell, E., & Harvey, M. (2006). Examination of a sociocultural model of disordered eating among male and female adolescents. *British Journal of Health Psychology*, *11*(2), 235–248. https://doi.org/10.1348/135910705X39214

Hambrook, D., Oldershaw, A., Rimes, K., Schmidt, U., Tchanturia, K., Treasure, J., Richards, S., & Chalder, T. (2011). Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue syndrome: Emotional processing in AN and CFS. *British Journal of Clinical Psychology*, *50*(3), 310–325. https://doi.org/10.1348/014466510X519215

Handford, C. M., Rapee, R. M., & Fardouly, J. (2018). The influence of maternal modeling on body image concerns and eating disturbances in preadolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, *100*, 17–23. https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.11.001

Haug, F. (1988). Subjekt Frau: Kritische Psychologie der Frauen. In N. Kruse & M. Ramme (Hrsg.), *Hamburger Ringvorlesung Kritische Psychologie. Wissenschaftskritik, Kategorien, Anwendungsgebiete* (S. 208–226). Ergebnisse-Verlag.

Haug, F. (1993). Knabenspiele und Menschheitsarbeit—Geschlechterverhältnisse als Produktionsverhältnisse. *Ethik und Sozialwissenschaften*, *4*(2), 215–224.

Haug, F. (2005). Gender Relations. *Historical Materialism*, *13*(2), 279–302. https://doi.org/10.1163/1569206054127192

Hausen, K. (1976). Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“. Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In W. Conze (Hrsg.), *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas: Neue Forschungen* (1. Aufl., S. 363–393). Klett.

Hazzard, V. M., Schaefer, L. M., Schaumberg, K., Bardone-Cone, A. M., Frederick, D. A., Klump, K. L., Anderson, D. A., & Thompson, J. K. (2019). Testing the Tripartite Influence Model among heterosexual, bisexual, and lesbian women. *Body Image*, *30*, 145–149. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.07.001

Henderson, Z. B., Fox, J. R. E., Trayner, P., & Wittkowski, A. (2019). Emotional development in eating disorders: A qualitative metasynthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *26*(4), 440–457. https://doi.org/10.1002/cpp.2365

Henrichs-Beck, C. L., & Szymanski, D. M. (2017). Gender expression, body–gender identity incongruence, thin ideal internalization, and lesbian body dissatisfaction. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *4*(1), 23–33. https://doi.org/10.1037/sgd0000214

Hentschel, T., Heilman, M. E., & Peus, C. V. (2019). The multiple dimensions of gender stereotypes: A current look at men’s and women’s characterizations of others and themselves. *Frontiers in Psychology*, *10*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00011

Herpertz, S. (2015). Psychodynamische Modellvorstellungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl., S. 85–89). Springer.

Herpertz, S., Zwaan, M. de, & Zipfel, S. (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl.). Springer.

Herzog, W., Friederich, H.-C., Wild, B., Schauenburg, H., & Zipfel, S. (2015). Psychodynamische Psychotherapie. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl., S. 263–267). Springer.

Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2006). *Eating Disorder Examination—Questionnaire. Deutschsprachige Übersetzung.* (1. Aufl.). Verlag für Psychotherapie.

Hines, M. (2004). Androgen, Estrogen, and Gender: Contributions of the Early Hormone Environment to Gender-Related Behaviour. In A. H. Eagly, A. E. Beal, & R. J. Sternberg (Hrsg.), *The psychology of gender* (2. Aufl., S. 9–37). Guilford Press.

Hinney, A., & Volckmar, A.-L. (2015). Perspektiven der genetischen Forschung bei Essstörungen am Beispiel der Anorexia nervosa. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, *65*(01), 8–10. https://doi.org/10.1055/s-0034-1394405

Holmes, S. (2016). 'Blindness to the obvious'? Treatment experiences and feminist approaches to eating disorders. *Feminism & Psychology*, *26*(4), 464–486. https://doi.org/10.1177/0959353516654503

Holmes, S. C., & Johnson, D. M. (2017). Applying Objectification Theory to the Relationship Between Sexual Victimization and Disordered Eating. *The Counseling Psychologist*, *45*(8), 1091–1114. https://doi.org/10.1177/0011000017745977

Hosseini, E., Alepasand, S., & Rahimian Boogar, I. (2017). Body Image and Eating Problems: Testing a Tripartite Model. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *23*(2), 192–207. https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.2.192

Hübel, C., Leppä, V., Breen, G., & Bulik, C. M. (2018). Rigor and reproducibility in genetic research on eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. https://doi.org/10.1002/eat.22896

Humphrey, L. L., & Stern, S. (1988). Object Relations and the Family System in Bulimia: A Theoretical Integration. *Journal of Marital and Family Therapy*, *14*(4), 337–350. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1988.tb00756.x

Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Proulx, G., & Bissasda, H. (2017). Contribution of interpersonal problems to eating disorder psychopathology via negative affect in treatment-seeking

men and women: Testing the validity of the interpersonal model in an understudied population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(4), 952–964. https://doi.org/10.1002/cpp.2060

Jack, D. C., & Ali, A. (2010). *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world* (D. C. Jack & A. Ali, Hrsg.; 2010-08771-000). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195398090.001.0001

Jack, D. C., & Dill, D. (1992). The Silencing the Self Scale: Schemas of Intimacy Associated With Depression in Women. *Psychology of Women Quarterly*, *16*(1), 97–106. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1992.tb00242.x

Jackson, T., & Chen, H. (2015). Features of objectified body consciousness and sociocultural perspectives as risk factors for disordered eating among late-adolescent women and men. *Journal of Counseling Psychology*, *62*(4), 741–752. https://doi.org/10.1037/cou0000096

Jacobi, C., de Zwaan, M., Hayward, C., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, *130*(1), 19–65.

Jacobi, C., Thiel, A., & Paul, T. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa* (3. Aufl.). Beltz PVU. https://katalog.ub.uni-freiburg.de/link?id=281423814

Jacobson, H. L., & Hall, M. E. L. (2019). The Developmental Theory of Embodiment. In H. L. McBride & J. L. Kwee (Hrsg.), *Embodiment and Eating Disorders* (1. Aufl., S. 76–89). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315159645-7

Johnson, S., Edwards, K., & Gidycz, C. (2015). Interpersonal Weight-Related Pressure and Disordered Eating in College Women: A Test of an Expanded Tripartite Influence Model. *Sex Roles*, *72*(1–2), 15–24. https://doi.org/10.1007/s11199-014-0442-0

Jones, B. A., Haycraft, E., Murjan, S., & Arcelus, J. (2016). Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 81–94. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1089217

Joos, A. A. B., Saum, B., van Elst, L. T., Perlov, E., Glauche, V., Hartmann, A., Freyer, T., Tüscher, O., & Zeeck, A. (2011). Amygdala hyperreactivity in restrictive anorexia nervosa. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *191*(3), 189–195. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2010.11.008

Jordan-Young, R. M. (2012). Hormones, context, and „brain gender“: A review of evidence from congenital adrenal hyperplasia. *Social Science & Medicine*, *74*(11), 1738–1744. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.026

Jost, J. T. (2019). A quarter century of system justification theory: Questions, answers, criticisms, and societal applications. *British Journal of Social Psychology*, *58*(2), 263–314. https://doi.org/10.1111/bjso.12297

Jost, J. T., & Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, *33*(1), 1–27. https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1994.tb01008.x

Kane, G. D. (2010). Revisiting gay men’s body image issues: Exposing the fault lines. *Review of General Psychology*, *14*(4), 311–317. https://doi.org/10.1037/a0020982

Keating, C., Stephens, J., Thomas, N., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2016). Gender differences in weight-related and non-weight-related appearance concerns in a community sample: Appearance-related concerns. *Australian Journal of Psychology*, *68*(1), 11–19. https://doi.org/10.1111/ajpy.12092

Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 747–769. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.747

Keller, J. (2005). In Genes We Trust: The Biological Component of Psychological Essentialism and Its Relationship to Mechanisms of Motivated Social Cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*(4), 686–702. https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.4.686

Kiegelmann, M. (2000). Qualitative-Psychological Research Using the Voice-Approach. *Forum: Qualitative Social Research*, *1*(2), 124–131.

Kinsaul, J. A. E., Curtin, L., Bazzini, D., & Martz, D. (2014). Empowerment, feminism, and self-efficacy: Relationships to body image and disordered eating. *Body Image*, *11*(1), 63–67. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.08.001

Klein, K. M., Brown, T. A., Kennedy, G. A., & Keel, P. K. (2017). Examination of parental dieting and comments as risk factors for increased drive for thinness in men and women at 20-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(5), 490–497. https://doi.org/10.1002/eat.22599

Klimek, P., Murray, S. B., Brown, T., Iv, M. G., & Blashill, A. J. (2018). Thinness and muscularity internalization: Associations with disordered eating and muscle dysmorphia in men. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(4), 352–357. https://doi.org/10.1002/eat.22844

Klöppel, U. (2016). *Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter* (Bulletin - Texte). Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien der Humbold-Universität zu Berlin. https://www.gender.hu-berlin.de/forschung/publikationen/gender-bulletins

Klump, K. L., Culbert, K. M., Slane, J. D., Burt, S. A., Sisk, C. L., & Nigg, J. T. (2012). The effects of puberty on genetic risk for disordered eating: Evidence for a sex difference. *Psychological Medicine*, *42*(3), 627–637. https://doi.org/10.1017/S0033291711001541

Klump, K. L., Keel, P. K., Racine, S. E., Burt, S. A., Neale, M., Sisk, C. L., Boker, S., & Hu, J. Y. (2013). The interactive effects of estrogen and progesterone on changes in emotional eating across the menstrual cycle. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(1), 131–137. https://doi.org/10.1037/a0029524

Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(6), 363. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279

Kozee, H. B., & Tylka, T. L. (2006). A Test of Objectification Theory with Lesbian Women. *Psychology of Women Quarterly*, *30*(4), 348–357. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2006.00310.x

Kray, L. J., Howland, L., Russell, A. G., & Jackman, L. M. (2017). The effects of implicit gender role theories on gender system justification: Fixed beliefs strengthen masculinity to preserve the status quo. *Journal of Personality and Social Psychology*, *112*(1), 98–115. https://doi.org/10.1037/pspp0000124

Lanzieri, N., & Hildebrandt, T. (2016). Using Objectification Theory to Examine the Effects of Media on Gay Male Body Image. *Clinical Social Work Journal*, *44*(1), 105–113. https://doi.org/10.1007/s10615-015-0562-1

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, *40*, 111–122. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010

Legenbauer, T. (2015). Kognitive Verhaltenstherapie. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl., S. 269–278). Springer.

Legenbauer, T., Schütt-Strömel, S., Hiller, W., & Vocks, S. (2011). Predictors of improved eating behaviour following body image therapy: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, *19*(2), 129–137. https://doi.org/10.1002/erv.1017

Legenbauer, T., & Vocks, S. (2014). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie: Mit weit über 100 Arbeitsblättern und Abbildungen* (2. Aufl.). Springer.

Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Core Beliefs in Anorexic and Bulimic Women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*(12), 736.

Levine, M. P., & Piran, N. (2001). The prevention of eating disorders: Toward a participatory ecology of knowledge, action, and advocacy. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Hrsg.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice.* (2001-00683-012; S. 233–253). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10403-012

Levine, M. P., & Smolak, L. (2014). Paradigm clash in the field of eating disorders: A critical examination of the biopsychiatric model from a sociocultural perspective. *Advances in Eating Disorders*, *2*(2), 158–170. https://doi.org/10.1080/21662630.2013.839202

Lewis, H. B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis.* International Universities Press.

Linehan, M. (2008). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung* (Korrig. Aufl.). CIP-Medien.

Linkerhand, K. (Hrsg.). (2018). *Feministisch streiten: Texte zu Vernunft und Leidenschaft unter Frauen* (1. Aufl.). Querverlag.

Locker, T. K., Heesacker, M., & Baker, J. O. (2012). Gender similarities in the relationship between psychological aspects of disordered eating and self-silencing. *Psychology of Men & Masculinity*, *13*(1), 89–105. https://doi.org/10.1037/a0021905

MacSween, M. (1995). *Anorexic Bodies: A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa* (1. Aufl.). Routledge.

Madden, S. (2015). Biopsychiatric Theories of Eating Disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Hrsg.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders: Smolak/The Wiley Handbook of Eating Disorders* (S. 211–221). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/9781118574089

Madowitz, J., Matheson, B. E., & Liang, J. (2015). The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *20*(3), 281–293. https://doi.org/10.1007/s40519-015-0195-y

Magallares, A. (2015). Eating concerns, body dissatisfaction, thinness internalization and antifat attitudes and their relationship with gender ideology in a sample of men. *Anales de Psicología*, *32*(1), 167. https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.182651

Magallares, A. (2016). Drive for thinness and pursuit of muscularity: The role of gender ideologies. *Universitas Psychologica*, *15*(2), 353. https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.dtpm

Mangweth-Matzek, B. (2015). Essstörungen bei Männern. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl., S. 91–97). Springer.

Mason, T. B., Lewis, R. J., & Heron, K. E. (2018). Disordered eating and body image concerns among sexual minority women: A systematic review and testable model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *5*(4), 397–422. https://doi.org/10.1037/sgd0000293

Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: An interactive approach* (3. Aufl.). SAGE Publications.

McBride, H. L. (2019). Embodiment and Body Image. In H. L. McBride & J. L. Kwee (Hrsg.), *Embodiment and Eating Disorders* (1. Aufl., S. 6–16). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315159645-7

McBride, H. L., & Kwee, J. L. (2019). *Embodiment and eating disorders: Theory, research, prevention, and treatment* (1. Aufl.). Routledge.

McGuire, J. K., Doty, J. L., Catalpa, J. M., & Ola, C. (2016). Body image in transgender young people: Findings from a qualitative, community based study. *Body Image*, *18*, 96–107. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.06.004

Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Busetto, P., Solmi, M., Santonastaso, P., & Favaro, A. (2018). Eating disorders symptoms in sexual minority women: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, *26*(4), 275–292. https://doi.org/10.1002/erv.2601

Mensinger, J. L., Bonifazi, D. Z., & LaRosa, J. (2007). Perceived Gender Role Prescriptions in Schools, the Superwoman Ideal, and Disordered Eating Among Adolescent Girls. *Sex Roles*, *57*(7), 557–568. https://doi.org/10.1007/s11199-007-9281-6

Meyer, C., Waller, G., & Waters, A. (1998). Emotional states and bulimic psychopathology. In H. Hoek, J. Treasure, & M. Katzman (Hrsg.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (S. 271–290). Wiley. http://www.worldcat.org/oclc/473919039

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Sterss, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Mölbert, S. C., Klein, L., Thaler, A., Mohler, B. J., Brozzo, C., Martus, P., Karnath, H.-O., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2017). Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *57*, 21–31. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.005

Moradi, B., Dirks, D., & Matteson, A. V. (2005). Roles of Sexual Objectification Experiences and Internalization of Standards of Beauty in Eating Disorder Symptomatology: A

Test and Extension of Objectification Theory. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(3), 420–428. https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.420

Morrison, T. G., & Sheahan, E. E. (2009). Gender-Related Discourses as Mediators in the Association Between Internalization of the Thin-Body Ideal and Indicants of Body Dissatisfaction and Disordered Eating. *Psychology of Women Quarterly*, *33*(4), 374–383. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01515.x

Morton, T. A., Postmes, T., Haslam, S. A., & Hornsey, M. J. (2009). Theorizing gender in the face of social change: Is there anything essential about essentialism? *Journal Of Personality And Social Psychology*, *96*(3), 653–664. https://doi.org/10.1037/a0012966

Moulding, N. T. (2016). Gendered Intersubjectivities in Narratives of Recovery From an Eating Disorder. *Affilia*, *31*(1), 70–83. https://doi.org/10.1177/0886109915576519

Müller, B. (2018). Wert-Abjektion. Care-Arbeit, Care-Abhängigkeit und die Konstruktion von „Weiblichkeit“. *Freie Assoziation*, *21*(1), 9–29.

Murnen, S. K., & Smolak, L. (1997). Femininity, masculinity, and disordered eating: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, *22*(3), 231–242. https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199711)22:3<231::AID-EAT2>3.0.CO;2-O

Murnen, S. K., & Smolak, L. (2009). Are feminist women protected from body image problems? A meta-analytic review of relevant research. *Sex Roles: A Journal of Research*, *60*(3–4), 186–197. https://doi.org/10.1007/s11199-008-9523-2

Murnen, S. K., & Smolak, L. (2015). Gender and Eating Disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Hrsg.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders: Smolak/The Wiley Handbook of Eating Disorders* (S. 352–366). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/9781118574089

Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J., & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, *57*, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.001

Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa

among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(8), 903–918. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0808-z

Nasser, M. (2003). *Culture and Weight Consciousness*. http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=180084

Neumark-Sztainer, D., & Eisenberg, M. E. (2014). Body image concerns, muscle-enhancing behaviors, and eating disorders in males. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, *312*(20), 2156–2157. https://doi.org/10.1001/jama.2014.5138

Nguyen, H. B., Loughead, J., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., & Epperson, C. N. (2019). What has sex got to do with it? The role of hormones in the transgender brain. *Neuropsychopharmacology*, *44*(1), 22–37. https://doi.org/10.1038/s41386-018-0140-7

Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, *8*(1), 161–187. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109

Norwood, S. J., Bowker, A., Buchholz, A., Henderson, K. A., Goldfield, G., & Flament, M. F. (2011). Self-silencing and anger regulation as predictors of disordered eating among adolescent females. *Eating Behaviors*, *12*(2), 112–118. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.01.009

Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *Journal of eating disorders*, *1*, 21. https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21

O'Connor, S. M., Beam, C. R., Luo, X., Cohen, L. A., VanHuysse, J. L., Emery, R. E., Turkheimer, E., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M., Boker, S., & Klump, K. (2017). Genetic and environmental associations between body dissatisfaction, weight preoccupation, and binge eating: Evidence for a common factor with differential loadings across symptom type. *The International Journal Of Eating Disorders*, *50*(2), 157–161. https://doi.org/10.1002/eat.22625

Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-

report data. *Clinical Psychology Review*, *39*, 83–95. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005

Opwis, M., Schmidt, J., Martin, A., & Salewski, C. (2017). Gender differences in eating behavior and eating pathology: The mediating role of rumination. *Appetite*, *110*, 103–107. https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.12.020

Orbach, S. (1979). *Anti-Diätbuch. Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Eßsucht*. Frauenoffensive.

Orbach, S. (1986). *Hunger strike: The anorectic's struggle as a metaphor for our age*. Norton.

Orbach, S. (1990). *Hungerstreik: Ursachen der Magersucht; Neue Wege zur Heilung*. Econ.

Orbach, S. (1993). *Antidiätbuch 2. Eine praktische Anleitung zur Überwindung von Eßsucht* (8. Aufl.). Frauenoffensive.

Oswald, D. L., & Lindstedt, K. (2006). The Content and Function of Gender Self-stereotypes: An Exploratory Investigation. *Sex Roles*, *54*(7), 447–458. https://doi.org/10.1007/s11199-006-9026-y

Pascual, A., Conejero, S., & Etxebarria, I. (2016). Coping strategies and emotion regulation in adolescents: Adequacy and gender differences. *Ansiedad y Estrés*, *22*(1), 1–4. https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.04.002

Peichl, J. (2008). *Die inneren Trauma-Landschaften: Borderline, Ego-State, Täter-Introjekt ; mit 21 Tabellen* (1. unveränd. Nachdr). Schattauer.

Perry, R. M., & Hayaki, J. (2014). Gender differences in the role of alexithymia and emotional expressivity in disordered eating. *Personality and Individual Differences*, *71*, 60–65. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.07.029

Peterson, R. D., Grippo, K. P., & Tantleff-Dunn, S. (2008). Empowerment and Powerlessness: A Closer Look at the Relationship Between Feminism, Body Image and Eating Disturbance. *Sex Roles*, *58*(9), 639–648. https://doi.org/10.1007/s11199-007-9377-z

Pike, K. M., & Dunne, P. E. (2015). The rise of eating disorders in Asia: A review. *Journal of Eating Disorders*, *3*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s40337-015-0070-2

Pike, K. M., Hoek, H. W., & Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *27*(6), 436–442. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000100

Pimminger, I. (2012). *Was Bedeutet Geschlechtergerechtigkeit?: Normative Klärung und Soziologische Konkretisierung.* Barbara Budrich-Esser.

Piran, N. (2001). Re-inhabiting the body from the inside out: Girls transform their school environment. In D. L. Tolman & M. Brydon-Miller (Hrsg.), *From subjects to subjectivities: A handbook of interpretive and participatory methods.* (2001-16584-013; S. 218–238). New York University Press.

Piran, N. (2004). Teachers: On „Being“ (Rather than ’Doing’) Prevention. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, *12*(1), 1–9. https://doi.org/10.1080/10640260490267724

Piran, N. (2010). A feminist perspective on risk factor research and on the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, *18*(3), 183–198. https://doi.org/10.1080/10640261003719435

Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image*, *14*, 146–157. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.008

Piran, N. (2016a). Embodiment and well-being: The embodied journeys of girls and women. In T.-A. Roberts, N. Curtin, L. E. Duncan, & L. M. Cortina (Hrsg.), *Feminist perspectives on building a better psychological science of gender.* (2016-55878-004; S. 43–60). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32141-7_4

Piran, N. (2016b). Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the Experience of Embodiment construct from qualitative studies with girls and women. *Body Image*, *18*, 43–60. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.007

Piran, N. (2017). *Journeys of embodiment at the intersection of body and culture: The developmental theory of embodiment*. Academic Press, an imprint of Elsevier.

Piran, N., & Cormier, H. C. (2005). The Social Construction of Women and Disordered Eating Patterns. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(4), 549–558. https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.549

Pomerantz, E. M., Ng, F. F.-Y., & Wang, Q. (2004). Gender Socialization: A Parent x Child Model. In A. H. Eagly, A. E. Beal, & R. J. Sternberg (Hrsg.), *The psychology of gender* (2. Aufl., S. 120–144). Guilford Press.

Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I. F., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., & Fairburn, C. G. (2014). A Randomized Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *171*(1), 109–116. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121511

Prefit, A.-B., Cândea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, *143*, 104438. https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438

Pritchard, M. (2008). Disordered Eating in Undergraduates: Does Gender Role Orientation Influence Men and Women the Same Way? *Sex Roles*, *59*(3/4), 282–289. https://doi.org/10.1007/s11199-008-9449-8

Puvia, E., & Vaes, J. (2013). Being a body: Women's appearance related self-views and their dehumanization of sexually objectified female targets. *Sex Roles: A Journal of Research*, *68*(7–8), 484–495. https://doi.org/10.1007/s11199-012-0255-y

Quadflieg, N., & Fichter, M. M. (2019). Long-term outcome of inpatients with bulimia nervosa—Results from the Christina Barz Study. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(7), 834–845. https://doi.org/10.1002/eat.23084

Quiniones, C., & Oster, C. (2019). Embracing or resisting masculinity: Male participation in the proeating disorders (proana) online community. *Psychology of Men & Masculinities*, *20*(3), 368–378. https://doi.org/10.1037/men0000169

Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., & Hoek, H. W. (2014). A review of eating disorders in males. *Current Opinion in Psychiatry*, *27*(6), 426–430. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000113

Regehr, R. Y., & Owens, R. L. (2019). „Free To Be“: An Embodiment Program for Youth. In H. L. McBride & J. L. Kwee (Hrsg.), *Embodiment and Eating Disorders* (1. Aufl., S. 6–16). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315159645-7

Reich, G. (2003). *Familientherapie der Essstörungen*. Hogrefe.

Ricarte Trives, J. J., Navarro Bravo, B., Latorre Postigo, J. M., Ros Segura, L., & Watkins, E. (2016). *Age and gender differences in emotion regulation strategies: Autobiographical memory, rumination, problem solving and distraction*. https://doi.org/10.1017/sjp.2016.46

Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2004). A Biopsychosocial Model of Disordered Eating and the Pursuit of Muscularity in Adolescent Boys. *Psychological Bulletin*, *130*(2), 179–205. https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.179

Ricciardelli, L., & McCabe, M. (2015). Eating Disorders in Boys and Men. In L. Smolak & M. P. Levine (Hrsg.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders: Smolak/The Wiley Handbook of Eating Disorders* (S. 492–506). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/9781118574089

Rijkers, C., Schoorl, M., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2019). Eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Current opinion in psychiatry*, *32*(6), 510–517. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000545

Riva, G. (2012). Neuroscience and eating disorders: The allocentric lock hypothesis. *Medical Hypotheses*, *78*(2), 254–257. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2011.10.039

Riva, G., Gaudio, S., & Dakanalis, A. (2015). The neuropsychology of self-objectification. *European Psychologist*, *20*(1), 34–43. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000190

Rodgers, R. F., McLean, S. A., & Paxton, S. J. (2015). Longitudinal relationships among internalization of the media ideal, peer social comparison, and body dissatisfaction: Implications for the tripartite influence model. *Developmental Psychology*, *51*(5), 706–713. https://doi.org/10.1037/dev0000013

Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: A normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, *32*, 267–307.

Rogers, E. S., chamberlin, J., Langer Ellison, M., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, *48*(8), 1042–1047. https://doi.org/10.1176/ps.48.8.1042

Rogers, L. J. (2010). Sexing the Brain: The Science and Pseudoscience of Sex Differences. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, *26*(6S), S4–S9. https://doi.org/10.1016/S1607-551X(10)70051-6

Sachdev, P., Mondraty, N., Wen, W., & Gulliford, K. (2008). Brains of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images: An fMRI study. *Neuropsychologia*, *46*(8), 2161–2168. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2008.02.031

Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2018). Self-objectification and disordered eating: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(6), 483–502. https://doi.org/10.1002/eat.22854

Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, *13*(3), 283–293.

Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to Anorexia Nervosa*. Human Context Books. https://katalog.ub.uni-freiburg.de/link?id=040369617

Selvini Palazzoli, M. (1999). *Anorexie und Bulimie: Neue familientherapeutische Perspektiven*. Klett-Cotta. https://katalog.ub.uni-freiburg.de/link?id=077981502

Sevelius, J. M. (2013). Gender affirmation: A framework for conceptualizing risk behavior among transgender women of color. *Sex Roles: A Journal of Research*, *68*(11–12), 675–689. https://doi.org/10.1007/s11199-012-0216-5

Shagar, P. S., Donovan, C. L., Loxton, N., Boddy, J., & Harris, N. (2019). Is thin in everywhere?: A cross-cultural comparison of a subsection of Tripartite Influence Model in Australia and Malaysia. *Appetite*, *134*, 59–68. https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.025

Shahyad, S., Pakdaman, S., Shokri, O., & Saadat, S. H. (2018). The role of individual and social variables in predicting body dissatisfaction and eating disorder symptoms

among Iranian adolescent girls: An expanding of the tripartite influence model. *European Journal of Translational Myology*, *28*(1). https://doi.org/10.4081/ejtm.2018.7277

Sharpe, H., Naumann, U., Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). Is fat talking a causal risk factor for body dissatisfaction? A systematic review and meta-analysis: Fat Talking and Body Dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(7), 643–652. https://doi.org/10.1002/eat.22151

Shouse, S. H., & Nilsson, J. (2011). Self-Silencing, Emotional Awareness, and Eating Behaviors in College Women. *Psychology of Women Quarterly*, *35*(3), 451–457. https://doi.org/10.1177/0361684310388785

Shroff, H., & Thompson, J. K. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*, *3*(1), 17–23. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.10.004

Sieben, A. (2014). *Geschlecht und Sexualität in klassischen psychologischen Theorien: Eine historisch-systematische Untersuchung*. Europ. Univ.-Verl.

Sieben, A., & Scholz, J. (2012). *(Queer-)Feministische Psychologien: Eine Einführung*. Psychosozial-Verlag.

Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of „Alexithymic“ Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *22*(2/6), 255–262.

Simon, J. J., Skunde, M., Walther, S., Bendszus, M., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2016). Neural signature of food reward processing in bulimic-type eating disorders. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *11*(9), 1393–1401. https://doi.org/10.1093/scan/nsw049

Slevec, J., & Tiggemann, M. (2011). Media Exposure, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating in Middle-aged Women: A Test of the Sociocultural Model of Disordered Eating. *Psychology of Women Quarterly*, *35*(4), 617–627. https://doi.org/10.1177/0361684311420249

Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, N. L., & Lavender, J. M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships

between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eating Behaviors*, *32*, 95–100. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.01.003

Smolak, L., & Murnen, S. K. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. *Body Image*, *5*(3), 251–260. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.03.004

Smolak, L., Murnen, S. K., & Thompson, J. K. (2005). Sociocultural Influences and Muscle Building in Adolescent Boys. *Psychology of Men & Masculinity*, *6*(4), 227–239. https://doi.org/10.1037/1524-9220.6.4.227

Snapp, S., Hensley-Choate, L., & Ryu, E. (2012). A body image resilience model for first-year college women. *Sex Roles: A Journal of Research*, *67*(3–4), 211–221. https://doi.org/10.1007/s11199-012-0163-1

Springmann, M.-L. (2018). Kritik des Geschlechtermodells in der Psychologie am Beispiel der Forschung zu Essstörungen und Geschlecht. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, *40*(4), 53–74.

Springmann, M.-L., Svaldi, J., & Kiegelmann, M. (2020). Theoretical and Methodological Considerations for Research on Eating Disorders and Gender. *Frontiers in Psychology*, *11*, 586-196. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586196

Springmann, M.-L., Svaldi, J., & Kiegelmann, M. (2022). A qualitative study of gendered psychosocial processes in eating disorder development. *International Journal of Eating Disorders*. Advance online publication. https://doi.org/10.1002/eat.23734

Stanford, S. C., & Lemberg, R. (2012). A clinical comparison of men and women on the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) and the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, *20*(5), 379–394. https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715516

Stark-Wroblewski, K. S. (1999). *The relationship between acculturation, internalization of Western ideals, and eating disordered symptomatology* (1999-95014-252). ProQuest Information & Learning.

Steele, S. M., Belvy, L., Veldhuis, C. B., Martin, K., Nisi, R., & Hughes, T. L. (2019). Femininity, masculinity, and body image in a community-based sample of lesbian and bisexual women. *Women & Health*. https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1567645

Stefini, A., Salzer, S., Reich, G., Horn, H., Winkelmann, K., Bents, H., Rutz, U., Frost, U., von Boetticher, A., Ruhl, U., Specht, N., & Kronmüller, K.-T. (2017). Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy in Female Adolescents With Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(4), 329–335. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.01.019

Steinglass, J. E., Berner, L. A., & Attia, E. (2019). Cognitive Neuroscience of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *42*(1), 75–91. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.008

Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, *14*(7), 633–661. https://doi.org/10.1016/0272-7358(94)90002-7

Stice, E., Nemeroff, C., & Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *15*(3), 340–363. https://doi.org/10.1521/jscp.1996.15.3.340

Stice, E., Shaw, H., & Nemeroff, C. (1998). Dual pathway model of bulimia nervosa: Longitudinal support for dietary restraint and affect-regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *17*(2), 129–149. https://doi.org/10.1521/jscp.1998.17.2.129

Stice, E., & Van Ryzin, M. J. (2019). A prospective test of the temporal sequencing of risk factor emergence in the dual pathway model of eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *128*(2), 119–128. https://doi.org/10.1037/abn0000400

Strandjord, S. E., Ng, H., & Rome, E. S. (2015). Effects of treating gender dysphoria and anorexia nervosa in a transgender adolescent: Lessons learned. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(7), 942–945. https://doi.org/10.1002/eat.22438

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, *41*(3), 246–263. https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.3.246

Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*, *20*(5), 346–355. https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512

Strübing, J. (2008). *Grounded theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung* (2. Aufl.). Springer VS.

Suchan, B., Vocks, S., & Waldorf, M. (2015). Alterations in activity, volume, and connectivity of body-processing brain areas in anorexia nervosa. *European Psychologist*, *20*(1), 27–33. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000213

Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, *197*(1–2), 103–111. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009

Svaldi, J., Schmitz, F., Baur, J., Hartmann, A. S., Legenbauer, T., Thaler, C., von Wietersheim, J., de Zwaan, M., & Tuschen-Caffier, B. (2018). Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for Bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 1–13. https://doi.org/10.1017/S0033291718003525

Swift, W. J., & Letven, R. (1984). Bulimia and the Basic Fault: A Psychoanalytic Interpretation of the Binging-Vomiting Syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *23*(4), 489–497. https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60330-7

Tasca, G. A., Hilsenroth, M., & Thompson-Brenner, H. (2014). Psychoanalytic Psychotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *171*(5), 583–584. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121616

Testa, R. J., Rider, G. N., Haug, N. A., & Balsam, K. F. (2017). Gender confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health Psychology*, *36*(10), 927–936. https://doi.org/10.1037/hea0000497

Thompson, C., Russell-Mayhew, S., & Saraceni, R. (2012). Evaluating the effects of a peer-support model: Reducing negative body esteem and disordered eating attitudes and behaviours in grade eight girls. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, *20*(2), 113–126. https://doi.org/10.1080/10640266.2012.653946

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance.* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10312-000

Thornton, B., Leo, R., & Alberg, K. (1991). Gender role typing, the superwoman ideal, and the potential for eating disorders. *Sex Roles*, *25*(7), 469–484. https://doi.org/10.1007/BF00292535

Tietge, A.-M. (2016). Niemand ist dem anderen seine Mutti? Zu Mütterlichkeit in heterosexuellen Paarbeziehungen. In H. Holme, M. Dolderer, C. Jerzak, & A.-M. Tietge (Hrsg.), *O Mother Where Art Thou? (Queer-) Feministische Perspektiven auf Mutterschaft und Mütterlichkeit* (S. 189–202). Westfälisches Dampfboot.

Tietge, A.-M. (2019). *Make Love, Don't Gender!? Heteronormativitätskritik und Männlichkeit in heterosexuell definierten Paarbeziehungen*. Springer VS.

Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of eating disorders*, *1*, 13. https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13

Tylka, T. L. (2011). Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body Image*, *8*(3), 199–207. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.008

Tylka, T. L., & Andorka, M. J. (2012). Support for an expanded tripartite influence model with gay men. *Body Image*, *9*(1), 57–67. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.006

Valente, S., Di Girolamo, G., Forlani, M., Biondini, A., Scudellari, P., De Ronchi, D., & Atti, A. R. (2017). Sex-specific issues in eating disorders: A clinical and psychopathological investigation. *Eating and Weight Disorders*, *22*(4), 707–715. https://doi.org/10.1007/s40519-017-0432-7

Van Anders, S. M., & Goldey, K. L. (2010). Testosterone and partnering are linked via relationship status for women and 'relationship orientation' for men. *Hormones and Behavior*, *58*(5), 820–826. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2010.08.005

Van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., & Coovert, M. (2002). The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(5), 1007–1020. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00499-3

Van den Eynde, F., Suda, M., Broadbent, H., Guillaume, S., Van den Eynde, M., Steiger, H., Israel, M., Berlim, M., Giampietro, V., Simmons, A., Treasure, J., Campbell, I., & Schmidt, U. (2012). Structural magnetic resonance imaging in eating disorders: A systematic review of voxel-based morphometry studies. *European Eating Disorders Review*, *20*(2), 94–105. https://doi.org/10.1002/erv.1163

Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(2), 191–214. https://doi.org/10.1007/BF01176209

Vitousek, K. M., & Brown, K. E. (2015). Cognitive-Behavioral Theory of Eating Disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Hrsg.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders: Smolak/The Wiley Handbook of Eating Disorders* (S. 222–237). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/9781118574089

Vo, M., Lau, J., & Rubinstein, M. (2016). Eating Disorders in Adolescent and Young Adult Males: Presenting Characteristics. *Journal of Adolescent Health*, *59*(4), 397–400. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.005

Vocks, S., Busch, M., Grönemeyer, D., Schulte, D., Herpertz, S., & Suchan, B. (2010). Neural correlates of viewing photographs of one's own body and another woman's body in

anorexia and bulimia nervosa: An fMRI study. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, *35*(3), 163–176.

Vocks, S., Herpertz, S., Rosenberger, C., Senf, W., & Gizewski, E. R. (2011). Effects of gustatory stimulation on brain activity during hunger and satiety in females with restricting-type anorexia nervosa: An fMRI study. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(3), 395–403. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.07.012

Vukadinović, V. S. (Hrsg.). (2018). *Freiheit ist keine Metapher: Antisemitismus, Migration, Rassismus, Religionskritik* (1. Aufl.). Querverlag.

Wade, T. D., Gordon, S., Medland, S., Bulik, C. M., Heath, A. C., Montgomery, G. W., & Martin, N. G. (2013). Genetic variants associated with disordered eating: Genetic Variants. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(6), 594–608. https://doi.org/10.1002/eat.22133

Wagner, R., & Stevens, J. R. (2017). Clinical barriers to effective treatment of eating disorders and co-occurring psychiatric disorders in transgendered individuals. *Journal of Psychiatric Practice*, *23*(4), 284–289. https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000248

Ward, S. J., & King, L. A. (2018). Gender Differences in Emotion Explain Women's Lower Immoral Intentions and Harsher Moral Condemnation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *44*(5), 653–669. https://doi.org/10.1177/0146167217744525

Warner, L. R., Settles, I. H., & Shields, S. A. (2018). Intersectionality theory in the psychology of women. In C. B. Travis, J. W. White, A. Rutherford, W. S. Williams, S. L. Cook, & K. F. Wyche (Hrsg.), *APA handbook of the psychology of women: History, theory, and battlegrounds., Vol. 1.* (2017-45479-027; S. 521–539). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000059-027

Warren, C. S., Castillo, L. G., & Gleaves, D. H. (2010). The sociocultural model of eating disorders in Mexican American women: Behavioral acculturation and cognitive marginalization as moderators. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, *18*(1), 43–57. https://doi.org/10.1080/10640260903439532

Warschburger, P., Helfert, S., & Krentz, E. M. (2011). POPS: A school-based prevention programme for eating disorders. *Journal of Public Health*, *19*(4), 367–376. https://doi.org/10.1007/s10389-011-0425-3

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). *Ego states: Theory and therapy* (1. Aufl.). Norton.

Watson, L. B., Grotewiel, M., Farrell, M., Marshik, J., & Schneider, M. (2015). Experiences of Sexual Objectification, Minority Stress, and Disordered Eating Among Sexual Minority Women. *Psychology of Women Quarterly*, *39*(4), 458–470. https://doi.org/10.1177/0361684315575024

Watson, R. J., Veale, J. F., & Saewyc, E. M. (2017). Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(5), 515–522. https://doi.org/10.1002/eat.22627

Wechsler, L. S., Riggs, S. A., Stabb, S. D., & Marshall, D. M. (2006). Mutuality, Self-Silencing, and Disordered Eating in College Women. *Journal of College Student Psychotherapy*, *21*(1), 51–76. https://doi.org/10.1300/J035v21n01_05

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen - Klinisch diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Huber.

West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, *1*(2), 125–151. https://doi.org/10.1177/0891243287001002002

Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *99*, 66–81. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.007

Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Hrsg.), *Handbook of treatment for eating disorders* (1997-08478-006; 2. Aufl., S. 67–93). The Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment* (1. Aufl.). International Universities Press.

Wirtz, M. A. (Hrsg.). (2019). *Dorsch Lexikon der Psychologie* (19. Aufl.). Hogrefe. https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/selbstwert#search=92560c299f2bec11c9f202aab0d9fe3a&offset=0

Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. D. (2015). Dialectical Behavior Therapy and Eating Disorders: The Use of Contingency Management Procedures to Manage Dialectical Dilemmas. *American Journal Of Psychotherapy*, *69*(2), 129–140.

Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Brewin, N., Richards, C., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2015). Body Image Dissatisfaction and Eating-Related Psychopathology in Trans Individuals: A Matched Control Study. *European Eating Disorders Review*, *23*(4), 287–293. https://doi.org/10.1002/erv.2362

Yamamiya, Y., Shroff, H., & Thompson, J. K. (2008). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with a Japanese sample. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(1), 88–91. https://doi.org/10.1002/eat.20444

Yiend, J., Parnes, C., Shepherd, K., Roche, M.-K., & Cooper, M. J. (2014). Negative Self-Beliefs in Eating Disorders: A Cognitive-Bias-Modification Study. *Clinical Psychological Science*, *2*(6), 756–766. https://doi.org/10.1177/2167702614528163

Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H.-C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., Ehrlich, S., Cuntz, U., Zipfel, S., & Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *9*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00158

Zentner, M., & Eagly, A. H. (2015). A sociocultural framework for understanding partner preferences of women and men: Integration of concepts and evidence. *European Review of Social Psychology*, *26*(1), 328–373. https://doi.org/10.1080/10463283.2015.1111599

Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development*, *38*(2), 182–194. https://doi.org/10.1177/0165025413515405

Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet (London, England)*, *355*(9205), 721–722.

Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., & Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, *383*(9912), 127–137. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mehrdimensionales Modell von Geschlecht.....25
Abbildung 2: Dreiteiliges Gesamtmodell.....110
Abbildung 3: Unterkategorien mangelnder Raum für Bedürfnisse und Gefühle.....114
Abbildung 4: Unterkategorien internalisierende und repressive Selbstregulation.....119
Abbildung 5: Unterkategorien Erfahrungen von Abwertung, Misshandlung und Objektivierung.....121
Abbildung 6: Unterkategorien Verunsicherung, Selbstabwertung und Selbstobjektivierung 128
Abbildung 7: Unterkategorien sozial-emotionale Regulation.....142
Abbildung 8: Unterkategorien soziales Verhandeln von Geschlecht.....152
Abbildung 9: Veränderungsprozesse.....159
Abbildung 10: Unterkategorien geschlechtliche und sexuelle Identität.....165
Abbildung 11: Relevanz von Geschlecht im Gesamtmodell.....179
Abbildung 12: Dreiecksbeziehung zwischen Selbsterleben, Körpererleben und Geschlecht im sozialen und kulturellen Kontext.....180
Abbildung 13: female double bind auf sozial-emotionaler und körperlicher Ebene.....214

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig angefertigt wurde, wörtliche wie inhaltliche Entlehnungen kenntlich gemacht sind und außer den in der Dissertation genannten keine weiteren Hilfsmittel Verwendung fanden.

Freiburg, den 08.04.2021 M. Springm

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass die Dissertation weder ganz noch in Teilen Gegenstand eines Promotionsverfahrens an einer anderen Hochschule war und der Text der Dissertation weder ganz noch in Teilen Gegenstand einer anderen Abschlussarbeit war.

Freiburg, den 08.04.2021 M. Springm